

GAZETA L E K A R S K A

**PISMO IZB
LEKARSKICH**

WYDANIE SPECJALNE

KRYZYS NARODZIN

**ODWLEKANE DECYZJE, ŻYCIE
W POJEDYNKĘ I OBawy O STABILNOŚĆ
STOJĄ ZA DEMOGRAFICZNĄ KATASTROFĄ**

- ZAMYKANE PORODÓWKI
- NIEPŁODNOŚĆ I KOLEJKI DO IN VITRO
- MNIEJ DZIECI, WIĘCEJ SINGLI

PODATKI
KRAJOWY SYSTEM
E-FAKTUR JUŻ OD
KWIETNIA: CZY JEST
SIĘ CZEGO BAĆ

STOMATOLOGIA
NA GRANICY
OPŁACALNOŚCI
– GIGANTYCZNE RÓŻNICE
W KONTRAKTACH Z NFZ

KSZTAŁCENIE
LEKARZE I STUDENCI
MEDYCYNY NIE
ZGADZAJĄ SIĘ NA
SKRÓCENIE STAŻU

HOBBY
ANTARKTYCZNE
WYZWANIE: ORTODONTKA
ZDOBYWA KORONĘ
WULKANÓW ZIEMI

TYLKO U NAS



**PRAKTYCZNY
PORADNIK:
JAK SIĘ BRONIĆ
PRZED AGRESJĄ**

Nic o nas bez nas

ŁUKASZ JANKOWSKI
PREZES NACZELNEJ RADY
LEKARSKIEJ



Chaos informacyjny, uniki i lekceważenie spraw istotnych dla lekarzy – tak niestety ostatnio wyglądają kontakty z Ministerstwem Zdrowia. Mam wrażenie, że spotkania przedstawicieli resortu z samorządem lekarskim są organizowane nie z potrzeby konsultacji i dialogu, a raczej dla statystyk – żeby nikt nie mówił, że kontakty zostały zamrożone.

W rzeczywistości jednak wieje chłodem. Brak realnych konsultacji ze środowiskiem lekarzy i lekarzy dentyków w obliczu prac nad nowelizacją ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentydy wiedzie prostą drogą do katastrofy. Z informacji, jakie do nas docierają, wynika, że w projekcie znajduje się co najmniej kilka istotnych punktów spornych. To sprawy dla samorządu lekarskiego absolutnie kluczowe. Ale nawet nie to jest w tym wszystkim najgorsze – spory i dyskusje, różne punkty widzenia są przecież czymś zupełnie normalnym. Najgorsze jest to, że wedle naszej wiedzy nikt nie dysponuje kompletnym projektem nowelizacji ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentydy, o którym moglibyśmy dyskutować. To, co wiemy, pochodzi tylko z relacji przedstawicieli ministerstwa. Brak oficjalnej ścieżki konsultacji nie wróży dobrze i nie buduje zaufania dla obecnej ekipy resortowej.

Na kolejne pisma wysyłane do ministerstwa z prośbami o wyjaśnienie i dialog nie otrzymujemy nawet odpowiedzi. Urzędnicy resortu zdrowia próbują również „dobierać” sobie uczestników spotkań w taki sposób, aby głos sprzeciwu samorządu lekarskiego utonął w ogólnej wrzawie.

Dziś wiemy, że chyba jedyną dobrą zmianą może być likwidacja pytań z bazy egzaminacyjnej LEK i LDEK. Samorząd lekarski wiele razy zwracał uwagę, że obecna formuła przeprowadzania egzaminu, w której zdecydowana większość pytań jest znana wcześniej – można je znaleźć w internecie – prowadzi do tego, że wynik egzaminu nie jest żadnym wyznacznikiem rzeczywistej wiedzy. I to widać – nie zdaje go tylko niewielki odsetek, a średnia liczba punktów jest bardzo wysoka. I, jak się wydaje, również Ministerstwo Zdrowia zauważyło ten problem.

Zaproponowaliśmy, aby niebudzącą kontrowersji kwestię pytań egzaminacyjnych procedować oddzielnie – w oderwaniu od innych spraw. Wyraźnie zasygnalizowaliśmy, że wiele postanowień budzi nasz sprzeciw, ale w tych sprawach, w których się zgadzamy, jesteśmy gotowi współpracować z Ministerstwem Zdrowia. Niestety kierownictwo resortu – przynajmniej na razie – nie odpowiedziało na nasz postulat.

Spraw spornych jest dużo więcej. Negatywnie oceniamy propozycję przywrócenia obowiązkowej części ustnej PES niezależnie od wyniku w części testowej, a także pomysł uwolnienia szkolenia specjalistycznego w trybie pozarezydenckim. Powiem otwarcie: w mojej ocenie to powrót do załatwiania spraw po znajomości, a nie na podstawie rzeczywistych kompetencji.

Zamiast poważnych rozmów zrobiono nową „wrzutkę” – propozycję skrócenia stażu, a prawdopodobnie w przyszłości również całkowitą rezygnację z niego. Pomysł skrócenia stażu nazwano „kompromisowym”, ale oprócz Ministerstwa Zdrowia orędownikami tego rozwiązania byli tylko przedstawiciele KRAUM. Bardzo szeroka reprezentacja lekarzy opowiedziała się przeciwko pomysłowi. Propozycję stanowczo odrzucili również sami studenci, którzy najwyraźniej lepiej niż niektórzy rektorzy zdają sobie sprawę z tego, jak powinno wyglądać przygotowanie lekarza do pracy w zawodzie.

Jedna korzystna zmiana wobec kilkunastu pułapek – a to tylko te, o których wiemy – każe nam poruszać się ze zdwojoną ostrożnością. Miało być inaczej.

Ale jest coś, co Ministerstwu Zdrowia się udało. To zjednoczenie naszego środowiska ponad podziałami – wspólne stanowisko w obronie stażu podjęła Naczelna i Okręgowe Izby Lekarskie, a także środowiska rezydentów i studentów medycyny.

Lepiej byłoby jednak, gdybyśmy mogli uczestniczyć w pracach nad naszą ustawą w sposób merytoryczny, w odniesieniu do konkretnych zapisów, inaczej niż tylko broniąc się przed wrzucanymi do przestrzeni publicznej zapowiedziami zmian w przepisach, które pogorszą jakość świadczeń w systemie ochrony zdrowia.

- 3 Nic o nas bez nas
Łukasz Jankowski
- 5 (Nie)bezpieczny zawód
Klaudiusz Komor
- 6 Newsy z kraju i ze świata
- 8 Czego pragną kobiety
Piotr Kościelniak

TEMAT NUMERU

- 8 **Kryzys narodzin**
238 tys. urodzeń i 406 tys. zgonów – bilans 2025 r. nie pozostawia złudzeń. Polska wchodzi w okres trwałego spadku liczby ludności
- 14 **Oddział zamknięty**
Lesko, Leżajsk, Turek – lista miast bez porodówek rośnie. Rozwiązaniem mają być „pokoje narodzin”. Pytanie: czy wystarczającym?
- 18 **Czas działa przeciwko płodności**
- 20 **Refundacja in vitro: sukces, który przerósł system**

WAŻNY TEMAT

- 22 **Demokratyzacja kolejek: kliknięcie skraca dystans**
Nowy system działa od kilku tygodni. To dobra i potrzebna zmiana, ale do prawdziwego przełomu jeszcze długa i kręta droga.

AKTUALNOŚCI

- 24 **Kształcenie lekarzy: taniej nie znaczy lepiej**
Ministerstwo Zdrowia zapowiada skrócenie stażu podyplomowego lekarzy i lekarzy dentystów.

PRAWO I MEDYCYNĄ

- 27 **Gdy zawodzi zawodowa ostrożność**
- 28 **Granice władzy lekarza psychiatry**

PODATKI I FINANSY

- 30 **KSeF: czy jest się czego bać?**
- 31 **W Polsce przybywa milionerów**

PRAKTYKA LEKARSKA

- 32 **Gdy teoria nie działa w praktyce**
Paweł Barucha



**PRAKTYCZNY PORADNIK:
JAK SIĘ BRONIĆ PRZED AGRESJĄ**
STRONY 39–46



TEMAT NUMERU
STRONY 8–21

Odwlekane decyzje, życie w pojedynkę i obawy o stabilność ekonomiczną stoją za demograficzną katastrofą

Wydanie specjalne „Gazety Lekarskiej” dociera do wszystkich lekarzy niezależnie od wyboru subskrypcji wersji elektronicznej.

- 32 **Kropla jednak drąży skałę**
- 34 **Gigantyczne różnice w kontraktach stomatologicznych**
- 36 **Technologia, która ratuje najmniejszych pacjentów**
- 47 **Polska się kurczy**
Mariusz Politowicz
- 48 **Plan leczenia jak układanie puzzli**
- 50 **Mistrz Yoda i Darth Vader**
Jakub Sieczko
- 52 **Dieta i sport są ważne w leczeniu raka**
- 56 **Europejska Unia Lekarzy Specjalistów dla młodych lekarzy**
- 57 **Jak to widzi pacjent**
Anna Gołębicka
- 58 **Potrzebna opieka dla dorosłych z mukowiscydozą**

SAMORZĄD ZAWODOWY

- 60 **Ministerstwo dziwnych kroków**
Jakub Kosikowski
- 60 **O tym się mówi/Mówią o nas**

OŚRODEK KSZTAŁCENIA

- 62 **Diabeł tkwi w szczegółach**

HOBBY LEKARSKIE

- 64 **Wzywa mnie cichy zew gór**
Warto odważyć się zaryzykować, bo taka jest droga do spełnienia marzeń – mówi Beata Rucińska-Grygiel, ortodontka i zdobywczyni Korony Wulkanów Ziemi oraz trójboju antarktycznego.

PO GODZINACH

- 66 **Życie jest piosenką**
Jarosław Wanecki
- 68 **Gdy džungla maszeruje**
- 72 **Błąd malarski**
– Pod skrzydłami
- 74 **Zastrzyk emocji**
Igrzyska Lekarskie odbędą się w Cetniewie – mówi dr Ryszard Golański.
- 75 **Kalejdoskop kulturalny**
- 76 **Przychodzi wena do lekarza**
- 76–78 **Czytelnia**
- 80 **Ogłoszenia**
- 82 **Jolka lekarska**

JEDNYM GŁOSEM

(Nie)bezpieczny zawód

Wszyscy pracownicy ochrony zdrowia powinni przyjrzeć się swojemu otoczeniu i miejscu pracy pod kątem obrony przed agresją. Czy zapewnia ono ochronę przed ewentualnym atakiem? Czy umożliwia bezpieczną ucieczkę i daje narzędzia samoobrony? Czy wdrożono odpowiednie procedury wzywania pomocy?

KLAUDIUSZ KOMOR
WICEPREZES NACZELNEJ
RADY LEKARSKIEJ



Wydawać by się mogło, że zawód lekarza jest jednym z najbezpieczniejszych zawodów – dzięki posiadanej wiedzy i doświadczeniu lekarz sam u siebie najszybciej rozpozna pierwsze symptomy rozpoczynającej się choroby, co więcej najlepiej wie, co robić, żeby ryzyko jej wystąpienia jak najbardziej ograniczyć. W małych, lokalnych społecznościach mieszkańcy dbają o swojego doktora, doceniając fakt, że jest między nimi. Nawet w najgorszym czasie wojny obie strony najpilniej strzegą swoich lekarzy jako dobra narodowego.

Tymczasem patrząc na ostatnie miesiące, w naszym kraju zawód lekarza jawi się jako zajęcie wyższego ryzyka, bo ataki i napady zdarzają się chyba częściej niż na policjantów. O potencjalnych przyczynach tego faktu już pisałem w poprzednich felietonach w „Gazecie Lekarskiej”, więc nie będę do tego wracał. Chciałbym skupić się na czym innym.

Jeżeli każdy z nas sięgnie wstec do swoich wspomnień zawodowych, z pewnością znajdzie w nich jakieś incydenty związane z agresją na lekarza. Najczęściej są to ataki słowne czy pyskówki. Ja również z czasów mojej pracy w pogotowiu ratunkowym mam kilka takich mało przyjemnych wspomnień. Jednak teraz skala i rozmiar ataków jest nieporównywalnie większa.

Ostatnio, kiedy nami wszystkimi wstrząsnęła wiadomość o kolejnym ataku na lekarzkę w Częstochowie, wszedłem do swojego gabinetu w szpitalu i spojrzałem na biurko. Przez myśl przemknęło mi, że jeżeli ktoś próbowałby zaatakować mnie w tym pomieszczeniu,

Najczęstsze incydenty związane z agresją na lekarza to ataki słowne i pyskówki; niemal każdy lekarz ma takie wspomnienia

to byłbym jak w pułapce – drugie piętro, wąski pokój ograniczony meblami i biurko naprzeciw drzwi. Do tego grube przedwojenne mury i kilkanaście metrów od kolejnego gabinetu. Spróbujcie wszyscy spojrzeć na swoje miejsca pracy w podobny sposób. Wyobrazić sobie jak wyglądałby atak i jak powinna wyglądać Wasza reakcja?

W tym wydaniu „Gazety Lekarskiej” zamieszczamy specjalny poradnik przygotowany we współpracy ze specjalistami z zakresu bezpieczeństwa i deeskalacji dotyczący bezpieczeństwa w miejscu pracy. Znajdziecie w nim nie tylko podstawowe zasady: jak powinien byćumeblowany gabinet, ale również informacje, jakie symptomy w zachowaniu pacjenta mogą zwiastować zbliżający się atak. Podpowiadamy Wam również, jak w najprostszym sposobie deeskalować napięcie, jak w sekretny sposób wezwać pomoc, czy jak zachować się po ewentualnym ataku. W poradniku znajduje się również specjalny dział dla kierowników jednostek w postaci listy kontrolnej instruktażu bezpieczeństwa. Na zakończenie umieszczamy kompendium przepisów prawnych z tego zakresu, przydatnych w różnych sytuacjach. Gorąco zachęcam nie tylko do zapoznania się z tym materiałem, ale również do zachowania go i przekazania innym lekarzom. W końcu o własne bezpieczeństwo najlepiej zadbamy my sami. ●

NEWSY Z KRAJU I ZE ŚWIATA

LIDIA SULIKOWSKA, SYLWIA WAMEJ

Rekordowo w transplantologii

Zwstępnych informacji udostępnionych przez Centrum Organizacyjno-Koordynacyjne ds. Transplantacji „Poltransplant” wynika, że w Polsce w 2025 r. było 781 rzeczywistych zmarłych dawców narządów – to najwyższy wskaźnik w dotychczasowej historii polskiej transplantologii. Od zmarłych dawców przeszczepiono 2298 narządów. Drugie życie otrzymało 2254 pacjentów. Najwięcej było przeszczepień nerek (1227) i wątroby (671). Ponadto zarejestrowano 169 przeszczepień serc, 133 – płuc oraz 10 – trzustek. Odbłyły się też transplantacje skojarzone, między innymi w konfiguracji nerka z trzustką, nerka z sercem, nerka z wątrobą. Dodatkowo przeprowadzono 106 przeszczepień od dawców żywych oraz 1654 przeszczepienia tkanek oka.

Odra w odwrocie i w natarciu

Liczba zachorowań na odrę w Europie i Azji Środkowej znacząco spadła – wynika z wstępnych danych zgłoszonych przez 53 kraje zaliczane do Europejskiego Regionu WHO. W 2025 r.



▲ Ryzyko epidemii odry wciąż istnieje – ostrzega WHO

raportowano ok. 34 tys. przypadków odry, podczas gdy w 2024 r. było ich ponad 127 tys. Spadek zachorowań dotyczy

większości krajów, w tym Polski. UNICEF i WHO przestrzegają jednak przed nadmiernym optymizmem, zaznaczając, że ryzyko wystąpienia epidemii istnieje, a aby jej zapobiec, konieczne jest osiągnięcie 95-proc. wyszczepialności społeczeństw tych krajów dwiema dawkami szczepionki przeciw odrze.

Odwrotny trend zachorowań na odrę występuje w regionie Ameryk. W 2025 r. potwierdzono tam w sumie prawie 15 tys. przypadków tej choroby, podczas gdy w całym 2024 r. odnotowano ich zaledwie 466. W pierwszych trzech tygodniach tego roku było już ponad tysiąc nowych zachorowań w siedmiu krajach regionu Ameryk.

Źródło: WHO Europe/PAHO

Kołnierz po udarze

Naukowcy z Univeristy of Cambridge opracowali przenośne urządzenie, które pomaga pacjentom po udarze płynniej i naturalniej się komunikować – bez konieczności stosowania inwazyjnych implantów mózgowych. Revoice jest miękkim kołnierzem wyposażonym w ultraczułe czujniki i algorytmy sztucznej inteligencji do dekodowania sygnałów mowy i bodźców emocjonalnych. Noszony na szyi, rejestruje tętno oraz delikatne wibracje mięśni gardła pojawiające się, gdy użytkownik stara się wypowiedzieć, i na tej podstawie generuje w czasie rzeczywistym słowa, a nawet bardziej rozbudowane zdania. W badaniu z udziałem kilku pacjentów z dysfagią urządzenie miało tylko 4,2 proc. błędów słownych i 2,9 proc. błędów zdaniowych. Naukowcy planują badanie kliniczne na szerszej próbie jeszcze w tym roku. Szczegóły na temat tej innowacyjnej opaski wspierającej rehabilitację poudarową opisano w „Nature Communications”.

Źródło: University of Cambridge

Post przerywany czy dieta

Najnowszy przegląd 22 randomizowanych badań klinicznych obejmujących blisko 2 tys. dorosłych nie potwierdza, by post przerywany był skuteczniejszy w redukcji masy ciała niż tradycyjne zalecenia dietetyczne lub brak interwencji. Analiza, przeprowadzona przez zespół z Universidad Hospital Italiano de Buenos Aires, objęła różne formy postu: od postu co drugi dzień po ograniczenie czasowe jedzenia, i wykazała brak



▲ Badania nie potwierdzają, że post przerywany jest skuteczniejszy niż tradycyjna dieta

klinicznie istotnych różnic w utracie masy ciała. Autorzy zwracają uwagę na niespójne raportowanie działań niepożądanych oraz ograniczoną liczbę badań, często z małymi grupami uczestników. Podkreślają też, że większość danych pochodzi z populacji krajów o wysokich dochodach, co ogranicza możliwość uogólnienia wyników.

Mikrobiota wpływa na serce

Leczenie niewydolności serca może wpływać na skład mikrobioty jelitowej, a ta z kolei modyfikuje metabolizm leków – wskazują naukowcy z Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu

w przeglądzie opublikowanym w „Heart Failure Reviews”. U chorych często dochodzi do dysbiozy związanej z obrzękiem ściany jelit i zwiększoną przepuszczalnością bariery jelitowej, co sprzyja przewle-

fot.: Shutterstock.com



▲ Mikrobiom może wpływać na skuteczność leków immunosupresyjnych

kłemu stanowi zapalnemu. Szczególne znaczenie mikrobiota ma u pacjentów po transplantacji serca, wpływa na metabolizm leków immunosupresyjnych i może modyfikować ryzyko odrzucania przeszczepu. Autorzy podkreślają, że choć rola mikrobioty jest coraz lepiej poznana, nie ma podstaw do rutynowego stosowania terapii ukierunkowanych na jelita.

Dym odbiera selen

Naukowcy z Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu postanowili sprawdzić, czy ekspozycja ciężarnej kobiety na dym tytoniowy może wpłynąć na stężenie selenu w organizmie dziecka. Prof. Paweł Gać i prof. Krystyna Pawlas wraz z zespołem zbadali 299 dzieci w wieku wczesnoszkolnym z terenów uprzemysłowionych. Okazało się, że dzieci, których matki były narażone na dym w okresie ciąży (palenie aktywne lub bierne), miały znacząco niższe stężenie selenu. Wyniki swoich obserwacji naukowcy opublikowali na łamach „Frontiers in Public Health”. Zdaniem autorów badania prenatalna ekspozycja na dym tytoniowy powinna być uznawana za niezależny czynnik ryzyka niedoboru selenu u dziecka.

Źródło: UMW

Dziewczynki zagrożone FGM

Szacuje się, że tylko w 2026 r. około 4,5 mln dziewcząt, w tym wiele poniżej 5. roku życia, jest narażonych

na okaleczenie żeńskich narządów płciowych (FGM) – alarmuje WHO wspólnie z kilkoma innymi organizacjami. W wydanym komunikacie podkreśla się, że obecnie ponad 230 mln dziewcząt i kobiet żyje po przejściu tej okaleczającej praktyki. Co ważne, różnego rodzaju interwencje podejmowane w ciągu ostatnich 30 lat na rzecz wyeliminowania FGM dają rezultaty, bo prawie dwie trzecie populacji w krajach, w których praktyka ta jest powszechna, wyraża poparcie dla jej wyeliminowania.

Źródło: WHO

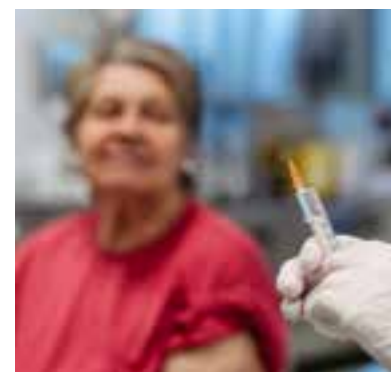
Insulinooporność powiązana z rakiem

Nowe badanie naukowców z Uniwersytetu Tokijskiego pokazuje, że insulinooporność może wiązać się ze zwiększonym ryzykiem aż 12 typów nowotworów. Analiza danych 500 tys. osób z UK Biobank wykazała wyraźnie podwyższone ryzyko raka: macicy, nerek, przetyku, trzustki, jelita grubego, piersi. Zauważalny wzrost ryzyka dotyczył także m.in. nowotworów żołądka, wątroby, płuc, a także białaczek. Naukowcy planują dalsze badania nad rolą genetyki i mechanizmami łączącymi insulinooporność z procesem nowotworowym. Podkreślają też, że kluczowe znaczenie nadal ma styl życia, dieta, aktywność fizyczna i masa ciała.

Szczepienia RSV dla seniorów

RSV jest szczególnie groźny dla osób starszych, zwiększa ryzyko powikłań sercowo-naczyniowych i zgonu. U dorosłych zwykle przypomina przeziębienie, ale u seniorów i przewlekle chorych może prowadzić do arytmii, niewydolności krążenia czy zawału. Cięższy przebieg częściej dotyczy

osób z astmą, POChP, chorobami serca, cukrzycą, otyłością i obniżoną odpornością. Infekcja często destabilizuje choroby współistniejące i bywa częstszą przyczyną hospitalizacji niż grypa. Diagnostyka u seniorów jest trudniejsza, bo testy antygenowe mają niższą czułość, a wirus krócej utrzymuje się w górnych drogach oddechowych – negatywny wynik nie wyklucza zakażenia. Dlatego kluczowa jest profilaktyka. Dostępne są dwie szczepionki (dwuwalentna i mo-



fot.: Shutterstock.com

▲ Testy antygenowe mają niższą czułość przez co diagnostyka u seniorów jest trudniejsza

nowalentna), a od 2025 r. obie są bezpłatne dla osób 65+ i częściowo refundowane dla grupy 60–64 lata; szczepionka dwuwalentna jest też bezpłatna dla kobiet w ciąży.

Przeciw dezinformacji

NASK i Główny Inspektorat Sanitarny podpisały porozumienie dotyczące wspólnych działań przeciwko dezinformacji medycznej. Celem współpracy jest wzmocnienie bezpieczeństwa informacyjnego obywateli, promowanie rzetelnej wiedzy oraz ograniczanie wpływu fałszywych treści na decyzje zdrowotne. Instytucje zapowiadają tworzenie rekomendacji dla podmiotów publicznych, prowadzenie kampanii społecznych oraz analizę zagranicznych rozwiązań, by skuteczniej przeciwdziałać fake newsom dotyczącym zdrowia, szczepień czy procedur medycznych.

Czego pragną kobiety

PIOTR KOŚCIELNIAK
REDAKTOR NACZELNY



Lekroć mowa o przyczynach demograficznego krachu, pojawiają się te same odpowiedzi. Katalog – choć stały – jest dość szeroki. „Bo ich nie stać”. „Bo nie mają z kim”. „Bo się boją”. Inaczej mówiąc, destrukcyjnie na społeczeństwo wpływają brak stabilności ekonomicznej, kłopoty mieszkaniowe, ale też rozczarowanie mężczyznami, którzy nie potrafią odnaleźć się w nowej rzeczywistości oraz – tu sprawa jest kontrowersyjna – trudniejszy dostęp do aborcji w Polsce. Zmienia się też generalne podejście do wyboru: rodzina–kariera. Jeszcze dwie, trzy dekady temu to raczej mężczyźni unikali „wiązań się”, dziś coraz więcej kobiet deklaruje, że wolą „psiecko”.

Są też oczywiście powody medyczne: coraz późniejszy wiek, w którym panie decydują się na dziecko, pogarszający się stan zdrowia nawet w młodszych rocznikach – i to u obu płci (tak, jestem zwolennikiem coraz bardziej ryzykownego twierdzenia, że płcie są dwie). Na zdolność par do spłodzenia potomstwa wpływa też skażenie środowiska, otyłość, zła dieta czy korzystanie z używek.

Ta mnogość przyczyn pokazuje jednak, że tak naprawdę nie potrafimy wskazać źródła problemu, a tym samym nie umiemy wdrożyć strategii, która skutkowałaby odwróceniem trendu. Przypomina się w tym miejscu pierwotny program 500+, który wprawdzie demografię nie poprawił, ale za to w znaczący sposób przyczynił się do ucywilizowania warunków pracy (i płacy) w kraju.

Ocenę sytuacji komplikuje fakt, że demograficzny kryzys dotyka praktycznie wszystkie kraje Unii Europejskiej, w tym znacznie bogatsze od Polski, gwarantujące pewność pracy i dobry „socjał”, że o pełnym dostępie do aborcji nie wspomnę. Logika nakazuje zatem szukać powodów gdzie indziej. Tym bardziej że w tych samych krajach UE funkcjonują społeczności, w których najmniejszych problemów z dietnością nie ma. W dodatku społeczności te są generalnie słabiej sytuowane finansowo, a do spraw wolności wyboru i bezpieczeństwa kobiet podchodzi się tam – najdelikatniej rzecz ujmując – inaczej niż u nas.

W tej sytuacji każde, nawet najdrobniejsze działanie, które może wpłynąć na decyzje par o posiadaniu dzieci powinno być starannie rozważone. Czy tak stało się z decyzją o „porodach na SOR”? Wątpię. I choć na tytułowe pytanie: „czego pragną kobiety?” odpowiedzi nie znam, to wiem, czego pragnie pani minister zdrowia. Oszczędności. Tyle że akurat w tej sprawie oszczędzać moim zdaniem nie można.

Na zakończenie wyjaśnienie: to jedno z czterech w tym roku wydań specjalnych, które decyzją Naczelnej Rady Lekarskiej trafią do wszystkich lekarzy i lekarzy dentystów, niezależnie od wyboru sposobu subskrypcji „Gazety Lekarskiej”. ●



Według wstępnych danych Głównego Urzędu Statystycznego liczba ludności Polski na koniec 2025 r. wyniosła nieco ponad 37,3 mln i była mniejsza o około 157 tys. w porównaniu do stanu sprzed roku. W ciągu ostatnich kilkunastu lat populacja naszego kraju zmniejszyła się o ponad milion ludzi. Jak podkreśla GUS, przyczyną tego stanu rzeczy jest przede wszystkim ujemny przyrost naturalny, wynikający z niskiej i wciąż malejącej liczby urodzeń przy wysokiej liczbie zgonów.

Z roku na rok rodzi się coraz mniej dzieci. Tkwimy w tym trendzie z dekady na dekadę i notujemy kolejne niechlubne rekordy. Szacunki wstępne za 2025 r. mówią o 238 tys. urodzeń żywych (to ok. 14 tys. mniej niż w 2024 r.) i 406 tys. zgonów ogółem. Tak źle nie było od początku wykonywania pomiarów. Dla porównania: chociażby jeszcze w 2015 r. urodziło się 369,3 tys. dzieci, a w 1990 r. niemal 548 tysięcy. O baby boomie z 1983 r. (723 tys. dzieci) możemy już tylko pomarzyć.

– Zmniejszająca się liczba urodzeń to proces, który zachodzi w Polsce od ponad 30 lat i cały czas postępuje – podkreśla Mateusz Łakomy, ekspert ds. demografii. Zaznacza, że w tym okresie zdarzały się momenty drobnych odbić, np. w 2017 r., ale generalnie tendencja jest wyraźnie spadkowa. – Co prawda w ostatnich dwóch latach obserwujemy lekkie wypłaszczenie po silnych pikach od czasu pandemii COVID-19, ale to tylko lekkie spowolnienie. W najbliższej dekadzie spodziewamy się dalszego spadku liczby urodzeń – prognozuje specjalista, dodając jednak, że w kolejnych latach będą wchodzić w wiek reprodukcyjny kobiety z tych kilku stosunkowo liczniejszych roczników, w których rodziło się więcej dzieci, więc przez moment będzie lepiej. To jednak chwilowy trend.

– Jeśli państwo nie podejmie systemowych działań, które rzeczywiście będą oddziaływać na wzrost wskaźnika dietności, to pod koniec lat 30. i na początku

TEMAT NUMERU

Kryzys narodzin

LIDIA SULIKOWSKA, SYLWIA WAMEJ

238 tys. urodzeń i 406 tys. zgonów – bilans 2025 r. nie pozostawia złudzeń. Polska wchodzi w okres trwałego spadku liczby ludności. To efekt nie tylko zmian kulturowych, ale także ekonomicznych, medycznych i systemowych barier.

lat 40. XXI w. można się spodziewać jeszcze bardziej dynamicznego spadku urodzeń – uważa Mateusz Łakomy.

LUKA PŁODNOŚCI

Prognozy są bezlitosne: coraz starsza struktura ludności każe przewidywać, że w najbliższych latach problem będzie się pogłębiał, a według symulacji eksperymentalnej GUS liczba ludności w 2060 r. może się zmniejszyć nawet do 28,4 mln. Przyjmuje się, że w państwach rozwiniętych zastępowalność pokoleń zapewnia utrzymanie współczynnika dzietności na poziomie 2,1. Tymczasem w naszym kraju wyniósł on zaledwie 1,16 w 2023 r. Co gorsza, biorąc pod uwagę dostępne już krajowe dane za 2024 r., obniżył się do poziomu 1,10.

Jak wypadamy na tle innych krajów? Średnia dla krajów OECD w 2023 r. (najnowsze dostępne dane) oscylowała wokół 1,43. Rekordowo wysoko pod tym względem wypadł Izrael (2,89), pozostałe 37 krajów wchodzących w skład Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju nie dobiły do pułapu 2,1, ale zdecydowana większość osiągnęła lepszy wynik niż my. W zestawieniu gorsze współczynniki dzietności zanotowały tylko Hiszpania (1,12) i Korea Południowa (0,72). Z kolei biorąc pod uwagę wszystkie kraje z Europy, plasujemy się w grupie z najniższą dzietnością na kontynencie – wspólnie z Hiszpanią, Litwą i Maltą (dane Eurostatu).

DLACZEGO TAK SIĘ DZIEJE?

Sytuację dość precyzyjnie tłumaczy opracowanie „Sytuacja demograficzna Polski. Raport 2023–2024” autorstwa Rządowej Rady Ludnościowej. W dokumencie,



ilustracja: Michał Trusz

który ujrzał światło dzienne pod koniec ubiegłego roku, podkreśla się, że Polki rodzą pierwsze dziecko coraz później – średnio w wieku 28,2 lat – oraz coraz częściej rezygnują z urodzeń kolejnych dzieci. Autorzy opracowania zwracają uwagę, że utrzymywanie się niskiej dzietności w Polsce wynika z tego, że spadek natężenia urodzeń w młodszym wieku (do 30. roku życia) nie jest kompensowany wzrostem urodzeń w starszym wieku (30–49 lat).

Iga Wermińska-Wisnicka, socjolożka i członkini centrum badawczego „Młodzi w Centrum Lab”

działającego przy Instytucie Nauk Społecznych Uniwersytetu SWPS, wyjaśnia, że jednym z kluczowych pojęć opisujących spadek dzietności w krajach wysokorozwiniętych jest „drugie przejście demograficzne”. Oznacza ono, że wraz ze wzrostem jakości życia, łatwiejszym dostępem do antykoncepcji, zmianami w strukturze rodziny oraz rosnącym znaczeniem indywidualnych potrzeb ludzie coraz rzadziej decydują się na posiadanie wielu dzieci.

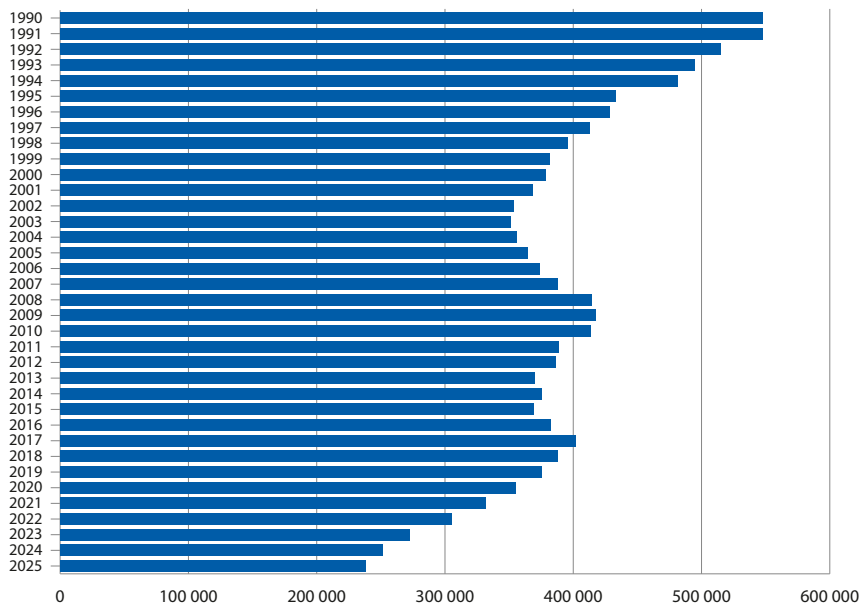
Dr Justyna Kopczyńska, socjolożka z Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie, podkreśla, że choć w debacie publicznej często mówi się o kryzysie demograficznym, z socjologicznego punktu widzenia jest to uproszczenie.

– Owszem, mamy do czynienia z trwałym spadkiem dzietności i starzeniem się społeczeństwa, jednak określenie „kryzys” sugeruje nagle załamanie czy tąpnięcie, podczas gdy obserwowane procesy są w dużej mierze efektem długofalowych, strukturalnych zmian: wzrostu poziomu edukacji kobiet i ich aktywności zawodowej, postępującej urbanizacji, a także zmiany modelu rodziny. Zamiast nostalgii za modelem rodziny z lat 70. i 80. potrzebne są – jak wskazuje – skuteczne polityki publiczne odpowiadające na nowe realia społeczne.

NIEPEWNOŚĆ, BARIERY SYSTEMOWE, ZMIANY KULTUROWE

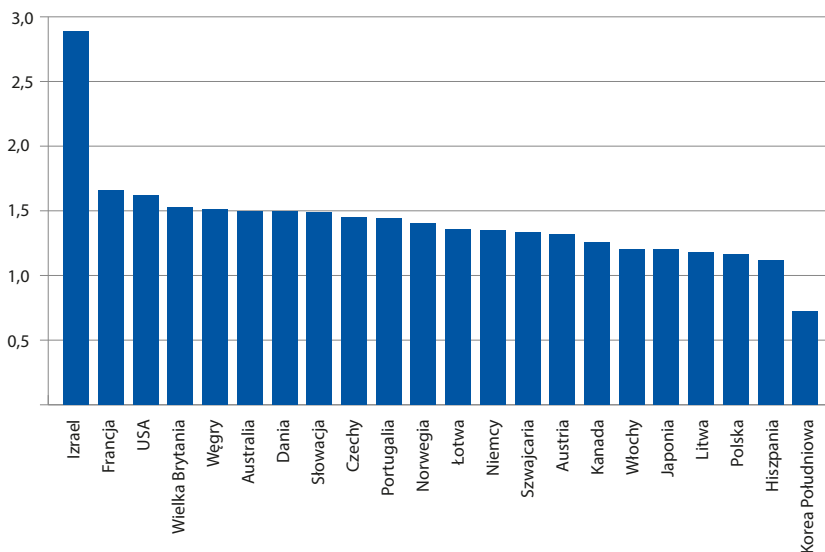
Przyczyny spadku dzietności w Polsce mają dziś przede wszystkim charakter społeczno-ekonomiczny.

URODZENIA ŻYWE W POLSCE (w tys.)



Źródło: GUS

WSPÓŁCZYNNIK DZIETNOŚCI W WYBRANYCH KRAJACH



źródło: OECD, dane za 2023 r.

Dr Kopczyńska zwraca uwagę, że medialna narracja często sprowadza decyzję o bezdzietności do egoizmu, podczas gdy w rzeczywistości kluczową rolę odgrywa poczucie niepewności.

– Przede wszystkim wpływa na to powszechne poczucie niepewności zatrudnienia, dochodów czy przyszłości. Młodzi Polacy funkcjonują w warunkach przedłużającej się

tymczasowości, są zatrudniani na niskopłatne umowy czasowe, ponoszą nieproporcjonalnie wysokie koszty życia, do tego warto dodać niestabilny rynek mieszkaniowy, i to wszystko sprawia, że decyzja o macierzyństwie czy rodzicielstwie jest odsuwana w czasie. W Polsce to kobiety ponoszą największy koszt rodzicielstwa – przerwy w karierze, wolniejszy awans, a w konsekwencji niższe emerytury. Dla wielu dobrze wykształconych kobiet decyzja o dziecku wiąże się z realnym ryzykiem zawodowej degradacji.

Wraz z przemianami społecznymi macierzyństwo przestało być jedyną społecznie poprawną ścieżką. Coraz większa akceptacja dla różnorodności sprawia, że decyzja o założeniu rodziny staje się świadomym wyborem, a nie obowiązkiem.

Socjologowie podkreślają, że możliwe jest jednocześnie tworzenie warunków sprzyjających rodzicielstwu i akceptacja decyzji o nieposiadaniu dzieci. Jak zauważa Iga Wermińska-Wisnicka, empatyczna postawa wobec wyborów innych osób poprawia jakość relacji społecznych. – W dłuższej perspektywie taka postawa społeczna może pośrednio doprowadzić do zwiększenia liczby narodzin, kiedy młode osoby będą czuły, że społeczeństwo jest im przychylne jako młodym rodzicom i stara się pomóc albo nie przeszkadzać, zamiast krytykować i nadmiernie zażądać „trudne” zachowania dzieci w przestrzeni publicznej.

Dr Kopczyńska z kolei zaznacza, że stabilność zatrudnienia, dochodów oraz dostęp do usług publicznych, zwłaszcza opieki medycznej i instytucjonalnej, mają kluczowe znaczenie dla decyzji prokreacyjnych. – W badaniach widzimy, że wiele osób deklaruje chęć posiadania dzieci, ale odkłada tę decyzję w czasie lub z niej rezygnuje z powodów ekonomicznych, mieszkaniowych czy zdrowotnych. Warto też pamiętać o rosnącym problemie niepłodności, związanym często z wysokim poziomem stresu i późnym wiekiem podejmowania decyzji prokreacyjnych. Bezdzietność często nie jest więc wyrazem braku chęci, lecz konsekwencją systemowych ograniczeń.

Choć w mediach częściej mówi się o kobietach, również wielu mężczyzn nie chce mieć dzieci. Jednocześnie

► Polki rodzą pierwsze dziecko coraz później – średnio w wieku 28,2 lat – oraz coraz częściej rezygnują z urodzeń kolejnych dzieci



foto: Shutterstock.com

to kobiety doświadczają większej presji społecznej i ponoszą większe ryzyko związane z rodzicielstwem. Justyna Kopczyńska zauważa, że kobiety są dziś bardziej niezależne ekonomicznie i symbolicznie, co należy traktować jako cywilizacyjny sukces. Jednak instytucje: rynek pracy, polityka rodzinna czy normy kulturowe, nie nadążają za tą zmianą. To może prowadzić do napięć określanych jako kryzys damsko-męski. Nowe oczekiwania wobec związków, czyli partnerstwo, równość, otwarta komunikacja, zderzają się ze starymi wzorcami ról płciowych. Budowanie relacji wymaga dziś więcej czasu, bezpieczeństwa i kompetencji emocjonalnych.

ILUZJA IDEALNEGO PARTNERA

Joanna Godecka i Sylwia Stodulska-Jurczyk, autorki książki „Epoka singli. Jak zbudować związek w czasach scrollowania”, podkreślają, że wirtualny świat diametralnie zmienił sposób budowania relacji. Godecka zauważa, że wielu singli boi się odsłonięcia prawdy o sobie: – Prawdziwa relacja nie rodzi się z dobrze przygotowanego scenariusza, tylko z odwagi, by pokazać się takim, jakim się jest z całą niepewnością, lękiem i niedoskonałością.

Jak podkreśla w tej publikacji dr n. med. Robert Kowalczyk, psycholog i certyfikowany seksuolog kliniczny,

aplikacje randkowe stały się „miłosnym Zalando”, supermarketem uczuć. – To paradoks współczesnych relacji. Z jednej strony możemy przebierać, przesuwając palcem w lewo lub prawo, ale z drugiej – często nie zauważamy, że sami również stajemy się elementem tego rynku.

W efekcie więzi stają się warun-

Każdego roku znika z mapy Polski miasto wielkości średniego powiatu. Ujemny przyrost naturalny przestał być prognozą – stał się rzeczywistością

kowe, oparte na spełnianiu listy oczekiwań, które często są projekcją naszych pragnień i deficytów. – Relacja powinna być przestrzenią dialogu, kompromisu i różnorodności – zauważają autorki książki. Wszystkie opisane czynniki – ekonomiczne, kulturowe, emocjonalne i technologiczne – wpływają na decyzje dotyczące posiadania dzieci.

Co ważne, coraz rzadziej dziecko jest traktowane jako „projekt zastępczy” dla niesatysfakcjonującej relacji czy braku sensu w życiu, co socjologowie oceniają jako pozytywną zmianę.

NIEPŁODNOŚĆ I JEJ PRZYCZYNY

Na dzietność wpływają też czynniki stricte medyczne. Według szacunków Światowej Organizacji Zdrowia niepłodność definiowana jako niemożność zajścia w ciążę po 12 miesiącach regularnego współżycia seksualnego bez zabezpieczenia dotyczy jednej na sześć osób w wieku rozrodczym. To problem, z którym się mierzy 60–80 mln par na świecie. U części par jest on związany z męską niepłodnością, u innych z kobiecą, często jednak zdarza się u obydwójga partnerów. Jak duża jest skala zjawiska w Polsce? Na podstawie badań z innych państw szacuje się, że może dotyczyć 1–1,5 mln par w wieku rozrodczym. Niestety nie wiemy tego dokładnie, bo brakuje danych epidemiologicznych dotyczących naszego kraju.

Do głównych przyczyn niepłodności u kobiet zaliczamy zaburzenia

NFZ PŁACI ZA BADANIE

Od stycznia 2024 r. Narodowy Fundusz Zdrowia poprawił dostęp do badania ogólnych parametrów nasienia (seminogram), zmieniając sposób jego finansowania. Wyodrębniono je z grupy badań mikroskopowych i wyceniono jako oddzielną pozycję. NFZ płaci za badanie wykonane na podstawie skierowania od lekarza specjalisty w poradniach: położniczo-ginekologicznej, urologicznej, endokrynologicznej, andrologicznej, leczenia niepłodności, a także planowania rodziny i rozrodczości po spełnieniu określonych kryteriów dotyczących pacjenta.

owulacji, niedrożność jajowodów oraz endometrioze. – Najczęstszym powodem zaburzeń owulacji jest zespół policystycznych jajników. Wyróżnia się cztery fenotypy PCOS, z których ostatni – D – jest mało charakterystyczny i trwa dyskusja nad wyłączeniem go z klasyfikacji do tego zespołu. Poważnym problemem jest coraz częściej rozpoznawane przedwczesne wygasanie czynności jajników, które ma trudne rokowania terapeutyczne. Na kobiecą płodność mogą także wpływać choroby tarczycy i hiperprolaktynemia – mówi prof. Artur Wdowiak, kierownik Zakładu Położnictwa i Ginekologii na Wydziale Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Lublinie.

Na obniżenie płodności kobiet istotnie wpływa również endometrioza. – Choroba ta powoduje przewlekły stan zapalny w miednicy mniejszej i sprzyja powstawaniu zrostów wewnątrztrzewnowych, które mogą wywołać niedrożność jajowodów oraz problemy z pękaniem pęcherzyka. Endometrioza może też tworzyć ogniska w jajniku, nie zawsze widoczne w badaniu ultrasonograficznym. Komórki jajowe wzrastające w takim środowisku mają mniejszy potencjał rozrodczy, co obserwujemy dopiero u kobiet poddawanych procedurze zapłodnienia pozaustrojowego – wyjaśnia prof. Wdowiak.

– Podejrzewa się, że negatywnie na płodność kobietą mogą również oddziaływać czynniki środowiskowe, między innymi kumulowanie się w organizmie mikroplastiku i działanie pyłów zawieszonych w powietrzu czy pól

elektromagnetycznych, ale ten obszar nie jest jeszcze wystarczająco zbadany i brakuje twardych dowodów naukowych. Mikroplastik ma działanie zbliżone do działania estrogenów, można więc przypuszczać, że skumulowany w dużej ilości w organizmie kobiety może zaburzać owulację – dodaje kierownik Zakładu Położnictwa i Ginekologii UM w Lublinie.

Biorąc pod uwagę wyraźnie widoczny trend podejmowania decyzji o macierzyństwie w coraz późniejszym wieku, jednym z największych wyzwań w walce z niepłodnością staje się upływający czas rozrodczy. Wiek jest ważnym czynnikiem wpływającym na płodność – u mężczyzn pogarsza się jakość nasienia (m.in. liczba, ruchliwość i budowa plemników), a w przypadku kobiet postępujący proces starzenia organizmu obniża jakość i liczbę komórek

Bezdietność coraz częściej nie jest wyborem, lecz konsekwencją niepewności ekonomicznej, późnego macierzyństwa i narastających problemów zdrowotnych

jajowych. – Obecnie bardzo często zgłaszają się pacjentki, których problemy z niepłodnością są związane z ich zaawansowanym wiekiem rozrodczym. To ma kluczowe znaczenie w podejściu do leczenia i sprawia, że u starszych kobiet zaleca się przyspieszenie diagnostyki i terapii niepłodności. Trzeba też uczciwie uświadomić parę, jaką mają szansę na ciążę przy zastosowaniu danej metody leczniczej – stwierdza prof. Artur Wdowiak.

MĘSKIE SPRAWY

Czynnik męski niepłodności jest najczęściej związany z obniżonymi parametrami nasienia. – W większości przypadków, poza sytuacjami, w których stwierdzamy azoospermie, mężczyźni nie są niepłodni, lecz mają obniżoną płodność w stopniu od lekkiego do ciężkiego. Część z nich zostaje ojcami w sposób

naturalny, choć może to trwać nieco dłużej – mówi prof. Michał Radwan, konsultant wojewódzki w zakresie endokrynologii klinicznej i rozrodczości dla województwa łódzkiego. W takich sytuacjach mężczyźni nie trafiają do ośrodków leczenia niepłodności, lecz po prostu odbierają swoje dzieci z porodówek. Dotyczy to zwłaszcza przypadków, gdy partnerka ma dobrą płodność, wynikającą m.in. z młodego wieku, prawidłowej jakości komórek jajowych, regularnych cykli owulacyjnych oraz braku innych czynników obniżających szanse na ciążę. – Dlatego gdy parametry nasienia znajdują się poniżej zakresu referencyjnego, sytuację pary zawsze należy analizować łącznie z oceną płodności kobiety – zwraca uwagę specjalista.

Na jakość nasienia niebagatelny wpływ mają zaburzenia czynności hormonalnej jąder.

– Nieprawidłowości hormonalne obniżające męską płodność bardzo często dotyczą rozregulowania hormonalnego układu podwzgórze – przysadka – jądra, odpowiedzialnego za proces spermatogenezy i produkcję testosteronu – tłumaczy prof. Jolanta Słowikowska-Hilczer, kierownik Katedry Andrologii i Endokrynologii Płodności oraz Zakładu Endokrynologii Płodności Uniwersytetu Medycznego w Łodzi.

Jakie są tego przyczyny? – Jest ich mnóstwo, w tym wiek i czynniki środowiskowe, m.in. nieodpowiedni styl życia, otyłość, niedożywienie, zbyt mała/nadmierna aktywność fizyczna, niektóre choroby ogólnoustrojowe. Wiemy też coraz więcej na temat potencjalnie negatywnego wpływu substancji chemicznych, w tym plastiku, który ma działanie estrogenopodobne i antyandrogenne – wylicza prof. Słowikowska-Hilczer. Ekspertka wyjaśnia, że zaburzenia hormonalne można próbować wyrównywać farmakologicznie, szczególnie jeśli mamy do czynienia z niedoczynnością podwzgórza, przysadki lub jąder, i w ten sposób pobudzać jądra do produkcji plemników i testosteronu. – Jeśli pomimo stymulacji procesu spermatogenezy i zmiany stylu życia nie udaje się poprawić płodności, jedyną szansą pozostaje zapłodnienie pozaustrojowe (in vitro) – zwraca uwagę prof.

Słowikowska-Hilczer. Dodaje, że może się również zdarzyć, że z produkcją plemników jest wszystko w porządku, ale występują zaburzenia ich transmisji przez drogi wyprowadzające lub istnieje problem ze zdolnością plemnika do zapłodnienia komórki jajowej. Problem ten może mieć podłoże genetyczne, ale mogą go powodować także infekcje bakteryjne lub wirusowe oraz stany zapalne w męskim układzie płciowym.

Jak tłumaczy prof. Michał Radwan, w większości przypadków nie jesteśmy w stanie jednoznacznie zidentyfikować przyczyn obniżenia parametrów nasienia. – Coraz więcej danych wskazuje, że między innymi starzenie się mężczyzny zaczyna mieć istotne znaczenie dla płodności, szczególnie po 40. roku życia. Wpływ ten jest jednak zdecydowanie mniejszy niż w przypadku kobiet – podkreśla prof. Radwan. Dodaje, że wśród rzadko występujących przyczyn, lecz prowadzących do ciężkich nieprawidłowości nasienia, znajdują się czynniki genetyczne. Jak wyjaśnia, obecnie znamy kilka z nich: są to nieprawidłowości w kariotypie oraz mutacje odpowiedzialne za azoospermie, w tym mutacje genu CFTR, związane z mukowiscydozą. Niewykluczone jednak, że w przyszłości zidentyfikowane zostaną kolejne uwarunkowania genetyczne.

Podstawą diagnostyki męskiej niepłodności jest seminogram, czyli badanie ogólnych parametrów nasienia. Ponieważ podlegają one naturalnym wahaniom, w przypadku stwierdzenia nieprawidłowości badanie należy powtórzyć po około miesiącu. W wybranych sytuacjach wskazana jest bardziej pogłębiona diagnostyka. – Należy jednak podkreślić, że wiele komercyjnych tzw. rozszerzonych badań nasienia nie ma udokumentowanej wartości klinicznej zgodnie z zasadami medycyny opartej na dowodach. Do standardowej diagnostyki należą natomiast badania hormonalne. W celu wykluczenia chorób układu moczowo-płciowego lub zaburzeń anatomicznych pacjent powinien zostać skierowany do urologa – stwierdza prof. Radwan.

– Możliwe jest poprawienie jakości nasienia w sytuacjach, gdy przyczyną są zaburzenia hormonalne lub infekcyjne. W wybranych

przypadkach wykonuje się również operacyjne leczenie żyłaków powrózka nasiennego, choć skuteczność tych zabiegów u części pacjentów pozostaje przedmiotem dyskusji. Niestety, bardzo często nie mamy możliwości leczenia przyczynowego i wówczas konieczne jest zastosowanie zapłodnienia pozaustrojowego – ocenia specjalista.

W raporcie autorstwa Rządowej Rady Ludnościowej podkreśla się, że

na wzrost płodności po 30. roku życia może wpłynąć poprawa dostępu do diagnostyki i leczenia niepłodności oraz możliwości zapłodnienia pozaustrojowego. Według najnowszej edycji rankingu Europejskiego Atlasu Polityki Dostępu do Leczenia Niepłodności (2025), w którym uwzględniono 49 państw, Polska zajęła 19. miejsce, tym samym awansując o 22 pozycje w odniesieniu do 2021 r.

reklama

TEMAT NUMERU

Oddział zamknięty

LIDIA SULIKOWSKA

DZIENNIKARKA

Lesko, Leżajsk, Turek – lista miast bez porodówek rośnie. Dla jednych to nieunikniona konsekwencja demografii i rachunku ekonomicznego. Dla innych ryzyko wydłużonego transportu i samotnego porodu bez zaplecza specjalistycznego. Nowe „pokoje narodzin” mają być rozwiązaniem. Pytanie: czy wystarczającym?

Jak wynika z danych NFZ, w 2010 r. w Polsce było ponad 403 tys. porodów, pięć lat później ta liczba spadła do niecałych 364 tys. W 2020 r. zarejestrowano już 345 tys. porodów, a cztery lata później tylko 244,4 tys. Rodzi się coraz mniej dzieci i według prognoz demograficznych ten trend będzie się utrzymywał. W 2025 r. tylko w woj. małopolskim przyjęto o 754 porodów mniej niż w 2024 r. To oznacza wymierne konsekwencje dla oddziałów ginekologiczno-położniczych. Te, w których rodzi się mało dzieci, są sukcesywnie zamykane lub przekształcane w ginekologię planową, bez porodówek.

MAPA PORODÓWEK SIĘ KURCZY

Według danych z biuletynów statystycznych Ministerstwa Zdrowia w 2017 r. w szpitalach stacjonarnych ogólnych mieliśmy 18 tys. łóżek na oddziałach ginekologiczno-położniczych, a w 2024 r. ta liczba spadła do 12,8 tys. W 2014 r. w Polsce działało około 400 oddziałów ginekologiczno-położniczych, ale mapa porodówek z roku na rok się kurczy. Z doniesień „Rzeczpospolitej” dowiadujemy się, że pod koniec 2025 r. w Polsce działały 284 porodówki, a teraz jest ich jeszcze mniej, bo w styczniu zamknięto 18 z nich.

Wraz z początkiem roku oficjalnie wygaszono działalność ostatniej porodówki w Bieszczadach. To była formalność, bo faktycznie oddział położniczy w Lesku nie działał od lipca, tyle że był zawieszony. Z danych NFZ wynika, że w pierwszej połowie ubiegłego roku przyjęto w nim 72 porody, a w całym 2024 r. było ich 198. – „Z Wetliny czy Wołosatego to jest ponad dwie godziny dojazdu do najbliższej porodówki. To realny czas,

a nie wyliczenia z mapy. Najbliższe szpitale z oddziałami położniczymi znajdują się w Brzozowie, Krośnie, Przemyślu i Rzeszowie” – tak skomentował tę sytuację w radiu Tok FM lokalny działacz społeczny Duszan Augustyn.

Z końcem roku przestał też działać oddział ginekologiczno-położniczy i noworodkowy w szpitalu w Leżajsku, pozostała tam tylko ginekologia planowa. Pacjentki z regionu najbliższe porodówki mają w Łańcucie (ok. 30 km dalej) i Rzeszowie (ok. 45 km dalej).

Rząd mówi o racjonalizacji systemu. Jednak część środowiska medycznego ostrzega: poród nie zawsze daje czas na logistykę

Jak wyjaśnia dyrektor tej placówki Jerzy Jama, podjęto taką decyzję ze względu na małą liczbę porodów przy jednoczesnych dużych kosztach utrzymania.

– W ubiegłym roku urodziło się u nas jedynie 273 dzieci. To mniej niż jeden poród na dobę. Mieliśmy stratę rzędu kilku milionów złotych – tłumaczy dyrektor szpitala w Leżajsku.

BYŁA STRATA. ZACHĘCAMY, BY RODZIĆ W INNYM MIEJSCU

Wcześniej z prowadzenia oddziałów położniczych zrezygnowały

m.in. szpitale w Nowym Tomysłu, Chodzieży, Gostyniu, Przeworsku, Nowym Mieście Lubawskim, Ostródzie, Zorach, Siemianowicach Śląskich i w Brzesku, gdzie dotychczasowy oddział ginekologiczno-położniczy przekształcono w oddział ginekologii i ginekologii onkologicznej. Porodówki od dłuższego czasu nie ma też m.in. w szpitalu w Busku-Zdroju. W zamian jest ginekologia jednego dnia. Z komunikatu zamieszczonego na stronie placówki dowiadujemy się, że oddziały ginekologiczno-położniczy i neonatologiczny wygenerowały w 2023 r. stratę w wysokości ponad 3,4 mln zł. W związku z zaistniałą sytuacją szpital zachęca rodzące pacjentki do korzystania z Kliniki Położnictwa i Ginekologii WSzZ w Kielcach.

W szpitalu w Turku oddział położniczy i noworodkowy oficjalnie zamknięto 1 lutego br., ale de facto nie działał już wcześniej. Zawieszono jego działalność już w lipcu ubiegłego roku. Powód zamknięcia: starta finansowa i rażący spadek liczby porodów.

– W ostatnich dwóch miesiącach działalności mieliśmy 5–7 porodów miesięcznie – mówi Jacek Sawicki, dyrektor placówki.

INTERWENCYJNY DYŻUR POŁOŻNEJ

Tam, gdzie nie ma już porodówek, mają powstawać tzw. interwencyjne punkty położnicze, nazywane także izbami porodowymi albo salami czy pokojami narodzin. Od 31 stycznia obowiązują przepisy

► Cisza zamiast pierwszego krzyku noworodka. Tak wygląda codzienność w kolejnych wygaszanych oddziałach położniczych

wprowadzające świadczenie zorganizowanej całodobowej opieki położnej wraz z zapewnieniem zabezpieczenia transportowego w szpitalach posiadających izbę przyjęć lub szpitalny oddział ratunkowy, ale które nie mają porodówki i są oddalone od najbliższej placówki z oddziałem ginekologiczno-położniczym o ponad 25 km.

Zgodnie z nowelizacją rozporządzenia ministra zdrowia świadczenie „opieka nad kobietą w ciąży lub kobietą rodzącą realizowana przez położną” obejmuje zbadanie przez położną ciężarnej, która się zgłosi do szpitala, ocenę stanu zaawansowania akcji porodowej i w razie potrzeby transport pacjentki do szpitala z porodówką albo przyjęcie porodu wynikające z etapu jego zaawansowania. Opieka musi być realizowana w specjalnie przygotowanym pomieszczeniu, wyposażonym m.in. w aparat KTG, kardiomonitor, łóżko porodowe, łóżeczko dla noworodka, fotel ginekologiczny, stanowisko do resuscytacji noworodka, urządzenie do nieinwazyjnego wsparcia oddechu, inkubator zamknięty lub otwarty do opieki podstawowej i zestaw porodowy. Jednym z wymogów zapisanych w rozporządzeniu jest zapewnienie całodobowego dostępu do środka transportu z odpowiednim wyposażeniem oraz z udziałem położnej i ratownika medycznego.

Biuro Komunikacji Społecznej i Promocji NFZ tłumaczy, że świadczenie może być realizowane w placówkach medycznych, które spełniają kryteria określone w rozporządzeniu, po zgłoszeniu chęci jego realizacji do właściwego oddziału wojewódzkiego. Zgodnie z zarządzeniem NFZ z 9 lutego br. świadczenie będzie finansowane w sposób ryczałtowy. Zostało ono dodane jako skojarzony zakres świadczeń do umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w przypadku realizacji świadczeń SOR lub IP. Dobowy ryczałt wynosi 8664 zł.

GWAŁTOWNY PRZEBIEG I BEZPIECZEŃSTWO

Ministerstwo Zdrowia w opublikowanym komunikacie zapewnia, że porody w takim miejscu mają się odbywać incydentalnie – tylko gdy stopień zaawansowania akcji porodowej uniemożliwi



foto: Shutterstock.com

bezpieczny transport pacjentki do najbliższego szpitala posiadającego oddział ginekologiczno-położniczy. Podczas konferencji prasowej, która odbyła się w połowie stycznia, wiceminister zdrowia Tomasz Maciejewski wyjaśniał, że w interwencyjnych punktach położniczych nie będzie planowych porodów fizjologicznych. „To miejsca, w których będzie możliwość zapewnienia bezpieczeństwa w sytuacji nieplanowanego porodu, który może mieć gwałtowny przebieg. W Polsce zdarzają się one niezwykle rzadko” – uspokajał wiceszef resortu zdrowia.

Rozporządzenie wzbudziło jednak obawy, żeby nie powiedzieć, że wręcz zderzyło się z falą krytyki. O pomyśle w alarmującym tonie zaczęły się rozpisywać media. Zanim dokument zaczął obowiązywać, w styczniu w Sejmie odbyła się dyskusja na jego temat, podczas której Urszula Rusecka (PiS) mówiła, że „od grudnia 2023 r. zamknięto 42 oddziały położnicze” i że teraz „kobiety mają rodzić na SOR-ach”, a Barbara Bartuś (PiS) stwierdziła, że „to rozporządzenie jest zielonym światłem do likwidacji porodówek” i że „cofa opiekę okołoporodową o 20 lat”. Obecny w Sejmie wiceminister Tomasz Maciejewski odpowiedział, że rozporządzenie nie przenosi porodów na SOR, a wprowadza w wydzielonych pomieszczeniach pokoje narodzin tylko na nagłe i rzadkie

sytuacje. Podkreślił też, że standardem pozostaje poród w oddziale ginekologiczno-położniczym.

UMKNEŁO TO, CO KLUCZOWE?

W związku z pojawiającymi się wątpliwościami związanymi z zamknięciem nierentownych porodówek i próbami zastępowania ich tzw. izbami porodowymi rodzi się pytanie, czy jednak nie byłoby bezpieczniej dla pacjentki, gdyby miała porodówkę w szpitalu bliżej miejsca zamieszkania? Czy nie lepiej doinwestować te małe porodówki, zamiast godzić się z ich likwidacją?

– W położnictwie umiejętności praktyczne są bardzo ważne. Jeżeli się ich nie praktykuje codziennie, to doświadczenie jest mniejsze, a opieka okołoporodowa dużo gorsza. Utrzymywanie oddziału z niedużą liczbą porodów nie tylko jest nierentowne, ale też niebezpieczne, więc ta centralizacja ma uzasadnienie – ocenia prof. Przemysław Kosiński, kierownik Oddziału Klinicznego Położnictwa, Perinatologii, Ginekologii i Rozrodczości Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego.

Podobne zdanie w tej kwestii ma prof. Sebastian Kwiatkowski, kierownik Kliniki Położnictwa i Ginekologii Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego nr 2 PUM w Szczecinie, wiceprezes Polskiego Towarzystwa Ginekologów

i Położników. – Większa koncentracja oddziałów położniczych jest właściwym krokiem. Zespoły funkcjonujące na porodówkach, gdzie rodzi się mało dzieci, są mniej doświadczone, zwłaszcza jeśli chodzi o groźne powikłania. Ponadto większe ośrodki mogą sobie pozwolić na szersze spektrum działania, w tym bank krwi i odpowiednio rozbudowany zespół, co daje pełne bezpieczeństwo kobietom – mówi prof. Sebastian Kwiatkowski.

Dodaje, że w samej dyskusji o tzw. pokojach narodzin zawiodła komunikacja. – Rzucono hasło „porody na SOR-ze” i rozpoczęła się lawina krytyki. Niestety tym, którzy wdrażają ten pomysł w życie, nie udało się skutecznie skorygować tego przekazu. To spowodowało wzrost poczucia niepewności wśród kobiet. Umknęło natomiast to, co jest kluczowe, czyli żeby docelowo pacjentki trafiły do miejsc, w których można im zapewnić najlepszą opiekę – uważa prof. Sebastian Kwiatkowski. Jednocześnie zwraca uwagę, że brakuje przemyślanej, długofalowej strategii dla położnictwa.

– Najpierw należałoby zaprezentować ogólnopolski plan sieci oddziałów położnictwa zgodny z mapą potrzeb zdrowotnych i na tej podstawie podejmować decyzje o zamykaniu porodówek, ich konsolidacji lub utrzymaniu, również uwzględniając kryteria jakościowe, jakie trzeba zapewnić. Potem wyjaśnić, jak będzie wyglądał transport i opieka dla sytuacji awaryjnych. Tymczasem można odnieść wrażenie, że działamy reaktywnie, bo zaczynamy od próby zaradzenia problemowi zamykania porodówek bez informacji, czy jest na to wszystko jakiś szerszy plan – ocenia wiceprezes Polskiego Towarzystwa Ginekologów i Położników.

UWAG NIE UWZGLĘDNIONO

W przestrzeni publicznej pojawiły się głosy krytyczne co do konkretnych rozwiązań zawartych w ministerialnym rozporządzeniu dotyczącym tzw. pokojów narodzin. Wątpliwości zgłaszano już na etapie projektowania dokumentu. Pojawiła się m.in. uwaga dotycząca kryterium odległościowego 25 km od najbliższego oddziału ginekologiczno-położniczego. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Obornikach wskazał, że „kluczowym czynnikiem dla bezpieczeństwa pacjentki jest rzeczywisty czas dotarcia do placówki udzielającej świadczeń dla kobiet w ciąży lub rodzących, a nie odległość pomiędzy

placówkami udzielającymi świadczenia”. Uwagi nie uwzględniono.

Z kolei Fundacja Rodzić po Ludzku m.in. zwróciła uwagę, że projekt „mimo dobrej intencji nie odpowiada na główne wyzwania, z którymi mierzy się dziś system opieki okołoporodowej”. W ocenie Fundacji zabrakło wskazania kierunku reorganizacji opieki w związku z zamykaniem się oddziałów położniczych. „Projekt nie przedstawia strategii, która odpowiadałaby na pytanie, jak zapewnić równy i bezpieczny dostęp do opieki w sytuacji dynamicznych zmian

Mapa porodówek w Polsce kurczy się na naszych oczach. Krytycy pytają: czy to plan na bezpieczeństwo kobiet, czy plan na oszczędności

demograficznych” – podkreśliła organizacja w uwagach do projektu rozporządzenia.

W raporcie z konsultacji publicznych czytamy też m.in. o uwagach dotyczących potrzeby zapewnienia całodobowej dostępności lekarza specjalisty w dziedzinie położnictwa i ginekologii oraz pediatrii/neonataloga. Tej uwagi też nie uwzględniono, pozostając przy zespole: położna przeszkolona w zakresie resuscytacji noworodka plus ratownik medyczny. W wymogach zapisano natomiast, że w godz. 8.00–18.00 w dni powszednie ma działać poradnia położniczo-ginekologiczna z lekarzem na pokładzie.

– Nieraz doświadczyłam sytuacji, w której poród przebiegał książkowo i nagle zaczynały się komplikacje, ale na oddziale położniczym jest zespół, który wspiera się nawzajem. Tymczasem w pokoju narodzin położna jest osamotniona, bez lekarza. Sama idea nie jest zła i może dać realne wsparcie kobietom w miejscach, gdzie zamykane są porodówki, ale to powinno być inaczej zorganizowane – ocenia Anna Janik, położna, wiceprezes Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych.

Na pytanie skierowane do Ministerstwa Zdrowia, czy w związku z obawami, jakie pojawiły

w kontekście realizacji tego świadczenia, planowane są zmiany w wymogach rozporządzenia, Wydział ds. Mediów MZ odpowiedział, że zawiera ono długą listę wymagań formalnych, dotyczących personelu, wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną oraz organizacji udzielania świadczeń opieki zdrowotnej. Dodano, że projekt tego dokumentu został opracowany w ścisłej współpracy z prof. Ewą Wender-Ożegowską, konsultantem krajowym w dziedzinie położnictwa i ginekologii, przy wsparciu specjalistów z dziedziny perinatologii.

NA WŁASNYCH ZASADACH

Pozostaje pytanie, czy dyrektorzy szpitali, gdzie nie ma porodówek, będą chcieli to świadczenie realizować. W szpitalu w Leżajsku wraz z zamknięciem porodówki już wcześniej zapewniono całodobowy dyżur położnej, ale na własnych zasadach.

– To nasza oddolna inicjatywa, zorganizowaliśmy tę opiekę po swojemu. Położna pełni dyżur w naszym SOR-ze, a w razie gdyby pojawiła się ciężarna kobieta, jest dla niej zapewniona sala na bloku porodowym, który pozostał po zamknięciu oddziału położniczego. Zapewniamy też transport pacjentki do najbliższej porodówki. W ten sposób chcemy zapewnić w razie sytuacji awaryjnej bezpieczeństwo pacjentkom z naszego terenu. Obecnie analizujemy, czy realizować taką pomoc w ramach świadczenia na warunkach określonych w rozporządzeniu MZ i zarządzeniu NFZ – mówi Jerzy Jama, dyrektor tej placówki.

To nie jest ośsośmowny przypadek. Podobna inicjatywa powstała między innymi w Szpitalu w Turku. – Od czasu zawieszenia porodówki, czyli od lipca 2025 r., uruchomiliśmy z własnej inicjatywy opiekę dla pacjentek, gdyby awaryjnie do nas trafiły. Cały czas w szpitalu działa oddział ginekologii z pododdziałem ginekologii małoinwazyjnej i dyżurujący tam lekarze oraz położne w sytuacji incydentalnej odbioru poród. Jest do dyspozycji w pełni wyposażona sala porodowa, podpisaliśmy też umowę z karetką specjalistyczną do transportu noworodków – mówi Jacek Sawicki, dyrektor placówki. ●

TEMAT NUMERU

Czas działa przeciwko płodności

Kluczowy jest moment uzyskania informacji o prognozie reprodukcyjnej i związanych z nią możliwych opcjach terapeutycznych. Tę wiedzę można uzyskać w ciągu 2–3 miesięcy – mówi **prof. Artur Ludwin**, specjalista położnictwa i ginekologii oraz ginekologii onkologicznej, w rozmowie z Lidią Sulikowską.

Co jest najważniejsze w rozpoznawaniu i leczeniu niepłodności u kobiet?

Zgodnie z ogólną definicją niepłodność występuje, gdy para przez 12 miesięcy bezskutecznie stara się o dziecko. To moment na rozpoczęcie diagnostyki, ale w przypadku kobiet poniżej 35. roku życia. U starszych pacjentek już po sześciu miesiącach nieskutecznych starań wdramy diagnostykę i leczenie. Są sytuacje, w których w ogóle nie ma sensu czekać, np. bardzo zaawansowany wiek reprodukcyjny, zaburzenia miesiączkowania, podejrzenie przedwczesnej niewydolności jajników, występowanie endometriozy III/IV stopnia, stan po leczeniu onkologicznym lub operacjach w obrębie miednicy męskiej czy żeńskiego.

Wzorcowa diagnostyka to...

Dobrze przeprowadzona diagnostyka to taka, która jest szybka i równoległa, badająca główne możliwe przyczyny niepłodności, oczywiście z uwzględnieniem badania ginekologicznego i badania ultrasonografii przezpochwowej, najlepiej USG 3D, dzięki któremu dokładnie widać m.in. wady wrodzone macicy, a po podaniu kontrastu także inne zmiany, np. polipy endometrialne, zrosty wewnątrzmaciczne, defekt blizny po cięciu cesarskim czy mięśniaki podśluzówkowe. Największym błędem w leczeniu niepłodności nie jest brak badań, ale nadmiar badań o niskiej wartości, a wysokich kosztach przy jednoczesnym opóźnianiu decyzji terapeutycznych, szczególnie u kobiet w zaawansowanym wieku reprodukcyjnym.

To wywiad podpowiada kierunek, w jakim powinna iść diagnostyka. Podczas rozmowy nie może zabraknąć pytań o choroby autoimmunologiczne, bolesne miesiączki, bolesne stosunki płciowe, przebyte choroby przenoszone drogą płciową, przebyte leczenie onkologiczne, styl życia i wagę pacjentki, a także przebyte

zabiegi operacyjne – zajście w ciążę mogą utrudniać m.in. blizny po usuwaniu mięśniaków, zrosty po zabiegach żyźczkowania, a także patologie powstające po operacjach na jajnikach, które skutkują spadkiem rezerwy jajnikowej. Najważniejsze – diagnozujemy jednocześnie kobietę i mężczyznę. Zlecenie kolejnych specjalistycznych badań bez wiedzy o płodności partnera mija się z celem.

Jakie mamy możliwości oceny rezerwy jajnikowej i drożności jajowodów?

Do oceny rezerwy jajnikowej możemy wykonać badanie USG, podczas którego liczy się pęcherzyki antralne w jajnikach, lub można zlecić badanie poziomu AMH (hormonu anty-Müllerowskiego z krwi). Jednak wynik takiej oceny, w tym poziom AMH, nie przewiduje płodności naturalnej. AMH odzwierciedla pulę pęcherzyków i służy do prognozowania potencjalnej odpowiedzi jajników na stymulację – przybliżoną liczbę oocytów możliwych do uzyskania w IVF. Można mieć bardzo niskie AMH i zachowaną płodność przy występujących owulacjach i bardzo wysokie AMH – np. w PCOS – i obniżoną szansę na ciążę ze względu na anowulację.

Z kolei jednym z pierwszoplanowych badań w niepłodności jest badanie drożności jajowodów. Tutaj dawniej stosowano histerosalpingografię rentgenowską. Dziś to badanie w całej Europie jest wypierane przez ultrasonograficzne badanie drożności, zwłaszcza przy użyciu kontrastu piankowego (HyFoSy). Standardem referencyjnym pod względem dokładności

diagnostycznej pozostaje badanie laparoskopowe, ale ze względu na jego inwazyjność stosuje się je tylko w określonych wskazaniach.

Kiedy jest właściwy moment na histeroskopię diagnostyczną?

To badanie powinno być wykonywane jedynie w określonych sytuacjach, np. gdy wykryto nieprawidłowości w badaniu USG lub gdy mamy dodatkowe wskazania związane z zaburzeniami implantacji. Najważniejsze towarzystwa naukowe zwracają uwagę, by nie nadużywać przeprowadzania histeroskopii u kobiet z niepłodnością, gdy nie ma dodatkowych objawów lub nieprawidłowości w USG lub sonohisterografii. Również najlepsze jakościowo badania naukowe nie wykazały, żeby jego przeprowadzanie przed IVF przynosiło zwiększony odsetek ciąż u kobiet, które mają prawidłowy wynik badania ultrasonograficznego.

Jak długo może trwać podstawowa diagnostyka?

Wzorcowy model referencyjny mówi o tym, żeby całość diagnostyki przeprowadzić w ciągu 1–3 cykli menstruacyjnych. Po tym czasie, biorąc pod uwagę wiek pacjentki i potencjalnie wykryte patologie, podejmujemy decyzję odnośnie do dalszego postępowania – leczenia zachowawczego, chirurgicznego, pogłębienia diagnostyki lub skierowania pacjentki do kliniki wspomaganego rozrodu np. w celu przeprowadzenia zapłodnienia pozaustrojowego.

A inne, mniej oczywiste przyczyny niepłodności kobiecej?

Do patologii, które często nie są rutynowo identyfikowane, zaliczamy schorzenia, których wcześniej nie doceniano lub nie wiązano z niepłodnością, np. defekt blizny macicy po cięciu cesarskim. To jedna z najważniejszych nowych przyczyn niepłodności wtórnej, która może uniemożliwiać zajście w ciążę – również za pomocą in vitro. Jeśli dochodzi do cofania się krwi z defektu do jamy macicy, to odsetek powodzeń IVF jest bardzo niski. Szacuje się, że niepłodność wtórna występuje u 5–20 proc. kobiet z dużym defektem blizny po CC.

W I Klinice Położnictwa i Ginekologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego założyliśmy pierwszą w Polsce poradnię diagnostyki i leczenia tej patologii. Obserwujemy, że problem jest wciąż dramatycznie niedodiagnozowany, na szczęście można go skutecznie leczyć. Badaniem, które najlepiej wykrywa defekt blizny po CC, jest sonohisterografia. Uważam, że u pacjentek z niepłodnością wtórną, które przeszły cięcie cesarskie, powinno się je rutynowo wykonywać.

Na czym polega ten defekt?

To nisza, czyli ubytek w mięśniu macicy, który może pojawić się w miejscu po cięciu. Wówczas zrosnięta jest tylko górna, powierzchowna część mięśniówki, a ta znajdująca się od wewnętrznej strony macicy – już nie. W tej lokalizacji zazwyczaj zalega krew miesiączkowa, która może generować przewlekły stan zapalny endometrium, jak również zmieniać skład śluzu i PH jamy macicy, co z kolei może zaburzać transport plemników i sprawiać, że środowisko w jamie macicy jest niekorzystne dla implantacji. Nisza może też zaburzać perystaltykę macicy.

Kolejna kwestia to przewlekłe zapalenie endometrium.

Szacuje się, że problem ten może odpowiadać nawet za 10–30 proc. przypadków niepłodności z przyczyn nieustalonych. Jednak według aktualnych międzynarodowych wytycznych nie należy rutynowo zalecać badania w kierunku wykrycia tego schorzenia. Dotyczy to zarówno histeroskopii, jak i biopsji endometrium. Przewlekłe zapalenie endometrium standardowo leczymy za pomocą antybiotykoterapii, ale brakuje ostatecznych wyników badań, które by udowodniały, że taka terapia rzeczywiście poprawia wyniki reprodukcyjne.

Idąc dalej w kierunku możliwych przyczyn niepłodności związanych z endometrium, warto zwrócić uwagę



foto: UCZKIN

na adenomiozę, czyli obecność komórek endometrium w obrębie mięśnia macicy. To jedna z postaci endometriozy. W przypadku niepłodności szczególnie istotna może okazać się forma rozlana albo taka, która wpływa na kształt jamy macicy. Mamy do dyspozycji coraz lepsze narzędzia ultrasonograficzne do identyfikowania tej patologii, podejmujemy też próby chirurgicznego leczenia adenomiozy, np. techniką histeroskopową.

Kolejną nieoczywistą przyczyną mogą być tzw. nowe wady wrodzone macicy, czyli małe subtelne zaburzenia kształtu jamy macicy. Co ciekawe, o ile w Europie Południowej leczy się je operacyjnie, to w USA są one klasyfikowane jako zupełnie normalna macica. Coraz częściej zwraca się też uwagę na zaburzenia mikrobiomu endometrium. Pojawiają się jednak głosy, że jest to obszar nieco przereklamowany.

Kiedy warto pójść w kierunku mniej popularnych przyczyn niepłodności?

Na pewno u pacjentek, u których podstawowe badania wyszły prawidłowe, w przypadku nawracających niepowodzeń implantacyjnych, u pań z historią poronień biochemicznych, po cięciu cesarskim,

◀ **Prof. Artur Ludwin**, kierownik I Katedry i Kliniki Położnictwa i Ginekologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, podkreśla, że należy diagnozować jednocześnie kobietę i mężczyznę; zlecenie kolejnych specjalistycznych badań bez wiedzy o płodności partnera mija się z celem

po zabiegach w obrębie jamy brzusznej.

Kiedy opiekę nad parą powinien przejąć klinika leczenia niepłodności?

Z punktu widzenia niepłodnej pary kluczowy jest moment uzyskania informacji o prognozie reprodukcyjnej i związanych z nią możliwych opcjach terapeutycznych. Tę wiedzę można uzyskać maksymalnie w ciągu 2–3 miesięcy. Jeśli nie udaje nam się w tym czasie ustalić przyczyny niepłodności, to nie ma co czekać. Do kliniki leczenia niepłodności i wspomaganego rozrodu należy bezwzględnie szybko skierować pacjentki w zaawansowanym wieku rozrodczym, po nawracających poronieniach (powyżej dwóch), z zaburzeniami implantacji. Również w przypadku niskiej rezerwy jajnikowej pacjentka może trafić szybciej do takiej kliniki, by wcześniej zaplanować efektywną strategię starań o dziecko.

Jeśli problem niepłodności wynika z przyczyn możliwych do leczenia chirurgicznego, jak np. w przypadku polipów endometrialnych, mięśniaków podśluzówkowych, zrostów wewnątrzmacicznych czy defektu blizny po CC, kierujemy na odpowiedni zabieg. Jeśli możliwe jest leczenie zachowawcze, wdramy je. W poradni ginekologicznej można z powodzeniem leczyć mniej skomplikowane zaburzenia owulacji, w tym prowadzić indukcję do zazwyczaj 3 cykli stymulowanych z monitorowaniem. Nie widzę sensu w powtarzaniu w nieskończoność badań hormonalnych, długotrwałych indukcji stymulacji i wielomiesięcznego diagnozowania przyczyn immunologicznych. Taka pacjentka wraz z partnerem powinna przejść pod opiekę kliniki leczenia niepłodności. ●

TEMAT NUMERU

Refundacja in vitro: sukces, który przerósł system

SYLWIA WAMEJ
DZIENNIKARKA

Ponad 9,5 tys. dzieci urodzonych dzięki refundacji, dziesiątki tysięcy zakwalifikowanych par i rosnące kolejki do ośrodków. Rządowy program in vitro okazał się sukcesem medycznym i społecznym, ale jego skala szybko ujawniła ograniczenia. 500 mln zł rocznie to dziś kwota, która nie nadąża za realnym zapotrzebowaniem.

W czerwcu miną trzy lata od momentu, gdy pary zmagające się z niepłodnością uzyskały równy dostęp do procedur wspomaganego rozrodu w ramach rządowego programu zdrowotnego. Program in vitro, uruchomiony w czasie gdy ministrem zdrowia była Izabela Leszczyńska, obejmuje cały proces leczenia – od kwalifikacji i diagnostyki, przez leczenie farmakologiczne i procedury laboratoryjne, aż po transfer zarodków i niezbędne wsparcie towarzyszące.

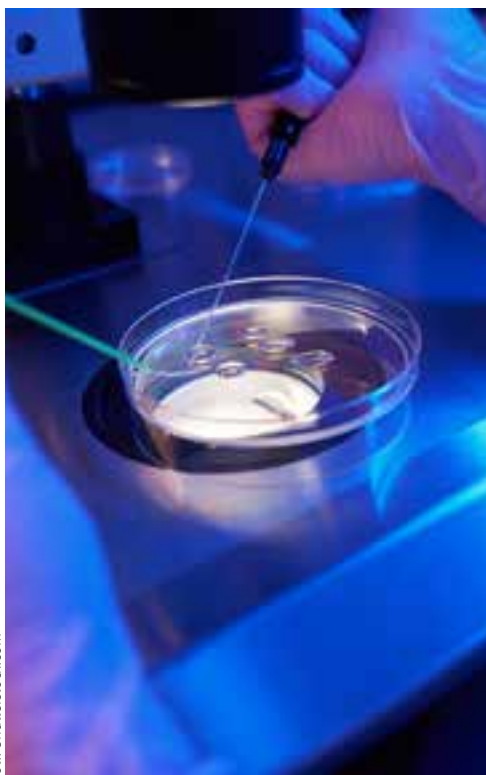
KRYTERIA RZĄDOWEGO WSPARCIA

Do 2028 r. z programu mogą korzystać pary pozostające w małżeństwie lub we wspólnym pożyciu, u których stwierdzono niepłodność lub które były nieskutecznie leczone przez co najmniej 12 miesięcy. Uprawnione są także pary posiadające zamrożone zarodki z wcześniejszych procedur.

Kryteria wiekowe przewidują, że kobiety mogą skorzystać z programu do 42. roku życia przy wykorzystaniu własnych komórek jajowych lub do 45. roku życia w przypadku dawstwa oocytów bądź zarodków. Mężczyźni kwalifikują się do 55. roku życia.

Państwowe finansowanie obejmuje również zabezpieczenie płodności pacjentów onkologicznych, umożliwiając pobranie, zamrożenie i przechowywanie komórek jajowych lub plemników przed rozpoczęciem terapii mogącej trwale uszkodzić funkcje rozrodcze.

Z danych Ministerstwa Zdrowia wynika, że do 21 grudnia 2025 r.



fot.: Shutterstock.com

dzięki rządowemu wsparciu urodziło się 9525 dzieci, potwierdzono 23 507 ciąż klinicznych, zakwalifikowano 41 850 par i wykonano 10 286 kriotransferów. Na realizację programu przeznaczono 500 mln zł rocznie, co daje łącznie co najmniej 2,5 mld zł. Obecnie korzysta z niego 58 placówek w Polsce.

◀ Budżet programu in vitro wyczerpuje się szybciej niż potrzeby pacjentów

– Zanim uruchomiono publiczną refundację procedur in vitro, inwestowanie w te procedury było dla publicznych ośrodków bardzo kosztowne. Placówki nie miały możliwości finansowania ich ze środków publicznych, a jedynie wykonywania odpłatnie, prywatnie. W efekcie wiele z nich w ogóle nie podejmowało się prowadzenia takich procedur – podkreślał wiceminister zdrowia Tomasz Maciejewski podczas posiedzenia sejmowej Komisji Zdrowia w styczniu.

Prof. Rafał Kurzawa, prezes Polskiego Towarzystwa Medycyny Rozrodu i Embriologii, zwracał uwagę, że in vitro jest inwestycją o wyjątkowo wysokiej stopie zwrotu. Jak podkreślał, 1 euro przeznaczone na leczenie niepłodności przynosi państwu minimum 30 euro korzyści, a średnio nawet 80 euro. Według prognoz ekspertów do końca 2028 r. co 20. noworodek w Polsce może pochodzić z in vitro.

SYMBOL PROGRAMU

W styczniu tego roku w ramach rządowego programu przyszło na świat 10-tysięczne dziecko. Dr n. med. Małgorzata Kania, specjalistka w zakresie położnictwa i ginekologii oraz endokrynologii

ginekologicznej i rozrodczości, podkreśla, że to ważny sukces zarówno z perspektywy medycznej, jak i społecznej.

– To realny dowód, że dostęp do nowoczesnych metod leczenia niepłodności przekłada się bezpośrednio na urodzenia dzieci, a nie pozostaje jedynie zapisem w strategiach zdrowotnych. Jednocześnie skala zapotrzebowania znacząco przewyższa obecne możliwości finansowe programu. Niepłodność dotyczy nawet co piątej pary w wieku rozrodczym, a refundacja obejmuje tylko część potrzebujących. W mojej ocenie obecny budżet należy traktować jako ważny pierwszy krok, ale niewystarczający w dłuższej perspektywie, jeśli celem ma być rzeczywista poprawa wskaźników demograficznych i równość dostępu do leczenia – wyjaśnia.

W praktyce klinicznej, jak dodaje lekarka, lekarze obserwują wyraźny wzrost liczby ciąż uzyskanych dzięki procedurom wspomaganego rozrodu. – To efekt przede wszystkim lepszej dostępności leczenia. Przed wprowadzeniem programu rządowego wysokie koszty procedury in vitro przez długi czas stanowiły istotną barierę w realizacji planów rodzicielskich. Drugim czynnikiem jest większa świadomość społeczna na temat niepłodności oraz wcześniejsze kierowanie par do ośrodków specjalistycznych.

W trakcie posiedzenia sejmowej Komisji Zdrowia lek. Katarzyna Koziół z Polskiego Towarzystwa Medycyny Rozrodu i Embriologii zwracała uwagę, że w kolejkach do programu czekają obecnie pary w zaawansowanym wieku rozrodczym, dla których czas ma kluczowe znaczenie. Podkreślała, że mogą nie zdążyć skorzystać z leczenia, ponieważ przekroczą granicę wieku i przestaną spełniać kryteria programu.

NIE ZAWSZE DZIAŁA

Choć ze wsparcia korzysta bardzo wiele par, metoda ta nie gwarantuje sukcesu w każdym przypadku. Jak zauważa dr Małgorzata Kania, skuteczność pojedynczego cyklu zależy zarówno od przyczyny niepłodności, jak i przede wszystkim od wieku pacjentki, który wpływa na jakość komórek rozrodczych. Średnio odsetek ciąż klinicznych po jednym cyklu wynosi 30–40 proc. u kobiet poniżej 35. roku życia, natomiast po 40. roku życia znacząco spada. Wiele par potrzebuje kilku prób, a część mimo optymalnego leczenia nie uzyskuje ciąży, co stanowi jedno z największych

wyzwań emocjonalnych i klinicznych. Dane europejskie wskazują, że 20–30 proc. par pozostaje bez dziecka mimo leczenia, a odsetek ten rośnie wraz z wiekiem rozpoczęcia terapii.

Sama procedura in vitro również bywa obciążająca fizycznie i psychicznie. Obejmuje intensywną diagnostykę, hormonalną stymulację jajników oraz zabiegi inwazyjne, takie jak punkcja. Dr Kania podkreśla, że medycznie są to procedury o niskim ryzyku powikłań, a większość pacjentek dobrze je toleruje. – Nie możemy jednak zapominać o ogromnym obciąże-

Niepłodność dotyczy nawet co piątej pary, a czas w leczeniu ma kluczowe znaczenie. Ograniczenia finansowe mogą realnie zmniejszać szanse na rodzicielstwo

niu czasowym oraz emocjonalnym związanym z długotrwałym stresem, poczuciem straty oraz lękiem przed niepowodzeniem. Często to właśnie aspekt psychologiczny, a nie fizyczne obciążenie procedurą staje się czynnikiem decydującym o zakończeniu terapii. Dlatego tak istotne jest zapewnienie odpowiedniego wsparcia psychologicznego.

Najliczniejszą grupę pacjentek stanowią kobiety między 30. a 38. rokiem życia. Coraz częściej jednak zgłaszają się także pacjentki powyżej 40. roku życia, co niestety wiąże się z niższą skutecznością leczenia.

LEPIEJ LECZYĆ WCZEŚNIE

Program mierzy się z poważnymi wyzwaniami: ograniczonym finansowaniem, nierównym dostępem do wyspecjalizowanych ośrodków oraz zbyt późnym zgłaszaniem się pacjentów do leczenia. Dr Kania zwraca uwagę, że ubiegły rok pokazał, jak bardzo niedoszacowane było zapotrzebowanie na procedury in vitro, ponieważ w wielu ośrodkach środki wyczerpywały się przed końcem roku, co zmuszało pary do odroczenia leczenia.

Jednym z kluczowych problemów jest również właściwe określenie momentu, w którym parę należy

skierować do ośrodka wspomaganego rozrodu. Zbyt późne wdrożenie leczenia może znacząco obniżyć szanse na sukces. W Polsce wciąż brakuje także miejsc w publicznym systemie ochrony zdrowia, które kompleksowo diagnozują pary. Ginekolog Małgorzata Kania podkreśla jednak pozytywne zmiany, czyli rosnącą liczbę kampanii edukacyjnych, które przyczyniają się do tego, że pary coraz częściej szukają pomocy i wsparcia. – W Polsce wciąż zbyt często musimy przekonywać, że in vitro to medycyna, to nowoczesne leczenie, które zmienia życie i spełnia marzenia o rodzicielstwie, a niepłodność to choroba, której nie trzeba się wstydić, ale skutecznie leczyć – zauważa.

Program refundacji in vitro jest kluczowym, choć niejedynym elementem opieki nad pacjentami z niepłodnością. Jak podkreśla dr Kania, powinien funkcjonować równolegle z szeroko dostępną diagnostyką hormonalną, ginekologiczną, leczeniem zachowawczym i chirurgicznym oraz edukacją dotyczącą płodności. – W idealnym modelu systemowym in vitro nie powinno być „ostatnią deską ratunku”, lecz jednym z narzędzi stosowanych we właściwym momencie, w ramach kompleksowej i skoordynowanej opieki nad parą – mówi.

BUDŻET NIE JEST Z GUMY

Dane dotyczące liczby urodzeń i ciąż potwierdzają skuteczność programu, jednak środowisko medyczne wskazuje na poważną barierę finansową. Podczas posiedzenia sejmowej Komisji Zdrowia eksperci podkreślali, że skala wsparcia nie nadąża za realnymi potrzebami. Zdaniem dr Katarzyny Koziół zwiększenie budżetu do około 800 mln zł rocznie znacząco poprawiłoby dostępność terapii.

Ministerstwo Zdrowia podkreśla, że choć prace nad budżetem trwają, możliwości finansowe są ograniczone. Resort zapewnia, że finansowanie programu nie będzie niższe niż w poprzednim roku. Środki przekazywane są ośrodkom w formie dotacji i wypłacane po wykorzystaniu co najmniej 70 proc. przyznanej puli. Do końca września 2025 r. rozdysponowano 594 103 021 zł między 58 realizatorów. ●



◀ Dzięki umawianiu i odwoływaniu wizyt przez IKP w zapomnienie mają odejść długie kolejki

Fot.: Shutterstock.com

WAŻNY TEMAT

Demokratyzacja kolejek: kliknięcie skraca dystans

MARIUSZ TOMCZAK
DZIENNIKARZ

Nowy system działa od kilku tygodni. To dobra i potrzebna zmiana, ale do prawdziwego przełomu jeszcze długa i kręta droga.

Wygodna i uczciwe zasady – to największe zalety centralnej e-rejestracji z perspektywy pacjentów. Umożliwia umawianie i odwoływanie wizyt przez Internetowe Konto Pacjenta, a zatem w nowoczesny sposób. W jednym miejscu są zbierane i udostępniane informacje na temat dostępnych świadczeń i ich terminów z całej Polski, co ułatwia i przyspiesza uzyskanie pomocy lekarskiej.

Jeżeli pacjent nie jest w stanie znaleźć dogodnego terminu, może zapisać się do wirtualnej poczekalni, która przydziela wizyty zgodnie z kategorią medyczną (pilny, stabilny) i kolejnością zgłoszeń.

W efekcie system „pilnuje” kolejki i jeśli tylko pojawi się wolny termin, to pacjent otrzyma powiadomienie SMS-em lub e-mailem. System przypomina też m.in. o terminie badania lub planowanej konsultacji.

CHRZEST BOJOWY

Od 1 stycznia 2026 r. centralna e-rejestracja obejmuje dwa badania: mammografię i test HPV HR (zastępujący dawną cytologię), pierwszą wizytę u kardiologa i... już nic więcej. A zatem obecnie dotyczy bardzo wąskiego obszaru publicznej opieki zdrowotnej.

Pierwszy miesiąc wdrażania systemu napawa optymizmem. W styczniu 2026 r. dokonano ponad 424 tys. zapisów poprzez centralną e-rejestrację – liczba ta dotyczy zarówno wizyt zrealizowanych, jak i oczekujących. Ponad 50 tys. pacjentów świadomie anulowało lub przełożyło wizytę, dzięki czemu wolne miejsca powróciły do systemu i mogły zostać potencjalnie wykorzystane przez innych.

W styczniu jedynie kilkadziesiąt wizyt – dokładnie 68 – zostało zaraportowanych jako „pacjent nie pojawił się”, co oznacza, że ktoś nie zgłosił się do placówki, a jednocześnie nie odwołał ani nie przełożył terminu. „To dowód na to, że pacjenci coraz bardziej świadomie korzystają z możliwości zarządzania terminami swoich wizyt. Każda odwołana wizyta to szansa na wypełnienie wolnego miejsca kolejnemu pacjentowi” – podkreśla Centrum e-Zdrowia.

KLUCZOWE STATYSTYKI

W skali kraju nastąpił wyraźny wzrost liczby dostępnych terminów: mammografia – 52 proc., test HPV HR – 36 proc., pierwsza wizyta u kardiologa – 12 proc. (dane te obejmują okres pomiędzy 29 grudnia 2025 r. a 26 stycznia 2026 r.). Czy kolejne miesiące okażą się równie udane, przekonamy się niebawem.

– Fakty są takie, że na dziś [18 lutego – przyp. red.] dołączyło ok. 37 proc. uprawnionych świadczeniodawców. To nie znaczy, że inni nie chcą, ale w pierwszej kolejności do systemu dołączyli ci, którzy byli na to w miarę przygotowani od strony technologicznej – przekazał „Gazecie Lekarskiej” Tomasz Kulas, rzecznik Centrum e-Zdrowia. I dodał, że liczba dostępnych terminów rośnie z tygodnia na tydzień, zwłaszcza mammografi.

NIE WSZYSTKO JEST IDEALNIE

O tym, że założenia centralnej e-rejestracji są co do zasady dobre, przekonuje dr n. med. Klaudiusz Komor, wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej, a jednocześnie kierownik Oddziału Kardiologii

i Kardiologii Beskidzkiego Centrum Onkologii – Szpitala Miejskiego im. Jana Pawła II w Bielsku-Białej.

Zgadza się z opiniami, że wdrażanie w życie nowego rozwiązania z upływem czasu pozwoli trochę skrócić kolejki i ułatwi dostęp do specjalistów. Być może rozładuje też część negatywnych emocji, które pacjenci kierują pod adresem personelu medycznego. Jednocześnie zwraca uwagę na to, że od strony technicznej nie wszystko zostało dopracowane. Zabrakło m.in. integracji

odgórnie wprowadzanego systemu z systemami informatycznymi, które są wykorzystywane przez placówki medyczne. – W związku z wdrażaniem centralnej e-rejestracji dane wielu pacjentów przed pierwszą wizytą u kardiologa trzeba było wprowadzić do systemu ręcznie, co wiązało się z dodatkowym zaangażowaniem pracowników rejestracji. Konieczny był kontakt telefoniczny z pacjentami, którzy mieli umówione wizyty nawet w połowie 2025 r. W naszym oddziale zaczęliśmy ten proces na początku listopada, a w lutym jeszcze nie został zakończony i jeszcze trochę potrwa. Szkoda, że nie wprowadzono okresu przejściowego – mówi Klaudiusz Komor.

LIPIEC: BRAK ZMIAN, BRAK PIENIĘDZY

Z danych Centrum e-Zdrowia wynika, że w styczniu do systemu centralnej e-rejestracji dołączyło 77 nowych placówek. W lutym przybyły kolejne. Wykaz wszystkich placówek jest dostępny na stronie <https://pacjent.gov.pl> po kliknięciu w zakładkę „Poznaj e-rejestrację”. W kolejnych miesiącach na interaktywnej mapie, która znajduje się pod tym adresem, z pewnością pojawią się nowe lokalizacje.

Do końca czerwca 2026 r. wszystkie placówki medyczne realizujące świadczenia gwarantowane w zakresie mammografii, testu HPV HR (zastępującego dawną cytologię) i pierwszej wizyty u kardiologa muszą podłączyć się do centralnej e-rejestracji. Od 1 lipca Narodowy Fundusz Zdrowia będzie płacił tylko za te umawiane przez centralną e-rejestrację.

Czasu jest jeszcze sporo, ale nie warto zwlekać na ostatnią chwilę. Centrum e-Zdrowia podkreśla, że wcześniejsze zgłoszenie daje szansę na przygotowanie się do zmian bez presji czasu, a także m.in. sprawdzenie poprawności działania integracji systemu, weryfikację schematów zapisów, optymalizację kalendarzy oraz odpowiednie przygotowanie i przeszkolenie personelu. Zaoszczędzi to sporo nerwów nie tylko kadrze zarządzającej.

Centrum e-Zdrowia podkreśla, że „wdrożenie systemu z wyprzedzeniem daje pewność, że żadne świadczenie nie zostanie nieuwzględnione z powodów formalnych”, a na osłodę dodaje, że przełoży się to na wzrost efektywności. „Usługa pozwoli na ograniczenie czynności administracyjnych związanych z umawianiem pacjentów na wizyty oraz raportowaniem kolejek do NFZ” – czytamy w komunikacie.

W SIERPNIU NOWE ŚWIADCZENIA

W kolejnym etapie, od sierpnia br., system obejmie świadczenia gwarantowane z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w zakresie leczenia chorób naczyń, chorób zakaźnych, endokrynologii, hepatologii, immunologii, nefrologii, neonatologii oraz

System obejmuje na razie tylko wąski zakres świadczeń, a dołączyło do niego niespełna 40 proc. placówek. Do cyfrowej rewolucji jeszcze daleko

leczenia gruźlicy i chorób płuc. Do 2029 r. Ministerstwo Zdrowia planuje objęcie centralną e-rejestracją wszystkich świadczeń udzielanych w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

Podczas niedawnej konferencji zorganizowanej przez Fundację Watch Health Care podsekretarz stanu w resorcie zdrowia dr n. med. Tomasz Maciejewski, który zanim został wiceministrem, przez kilkanaście lat kierował Instytutem Matki i Dziecka, powiedział, że wdrażane zmiany są konieczne, ponieważ zabierają władzę, jaką daje papierowy kalendarz.

– Niektórzy chcą czuć się jak „królowie kolejki”, ale e-rejestracja szybko zlikwiduje to królestwo – podkreślił Tomasz Maciejewski. W jego opinii ma ona bardzo istotne znaczenie w poprawie dostępności do usług medycznych i zapewnieniu bardziej sprawiedliwego dostępu do świadczeń.

NOWOCZESNOŚĆ I EGALITARYZM

Centralna e-rejestracja to powiew egalitaryzmu w publicznej ochronie zdrowia, co wydaje się szczególnie ważne zwłaszcza dla osób schorowanych, nie do końca samodzielnych, a także tych,

których nie stać na prywatne wizyty. Z jej wdrażania powinny być też zadowolone osoby narzekające na to, że w poradniach obowiązują zapisy „na zeszyt”, mimo że rezerwacje za pośrednictwem internetu są standardem w wielu sferach naszego życia, a statystycznie prawie każdy dorosły Polak korzysta ze smartfona.

W przyszłości dzięki umawianiu i odwoływaniu wizyt przez IKP w zapomnienie mają odejść długie kolejki, w których część pacjentów i ich bliskich często stoi od błędnego świtu. Do lamusa mają też odejść wielokrotne i na ogół bezskuteczne próby dodzwonienia się do rejestracji. Ale zanim tak się stanie, jeszcze dużo wody upłynie w Wiśle, bo z perspektywy całego systemu ochrony zdrowia w styczniu został wykonany dopiero krok na drodze do świata cyfrowego – to ważny krok, ale jeszcze nie epokowa zmiana.

Nowe rozwiązanie nie ogranicza dostępności świadczeń dla pacjentów, którzy w ogóle nie korzystają z internetu. Nadal da się umówić na wizytę w tradycyjny sposób – telefonicznie lub osobiście w rejestracji placówki. W tym drugim przypadku dane pacjenta są wprowadzane do systemu przez pracownika.

PACJENCI Z UPRAWNIENIAMI SZCZEGÓLNYMI

Pierwszy kontakt z centralną e-rejestracją może być wyzwaniem dla niektórych pacjentów. Kluczowe wydaje się poprawne podanie danych kontaktowych w swoim IKP, bo nawet najlepszy system jest bezsilny z powodu braku uwagi lub roztargnienia. Każdy może nieopatrnie dodać lub opuścić literę bądź zamieścić miejscami cyfry.

Mazowiecki Oddział Wojewódzki NFZ podpowiada pacjentom, by przy wyszukiwaniu wizyty lub badania wybrać większy obszar i przedział czasu, bo to daje dodatkową szansę na znalezienie wolnego terminu. Dla części osób wydaje się to oczywiste, ale chyba warto o tym przypominać, by jak najwięcej osób rzeczywiście skorzystało z możliwości oferowanych przez nowy system. NFZ daje jeszcze jedną ważną radę – jeśli ktoś ma uprawnienia szczególne, pozwalające skorzystać z wizyty u specjalisty bez kolejki, powinien zapisać się w placówce. ●

AKTUALNOŚCI

Kształcenie lekarzy: taniej nie znaczy lepiej

MAŁGORZATA SOLECKA
DZIENNIKARKA

Samorząd lekarski, lekarskie związki zawodowe, organizacje studentów kierunków lekarskich są zgodne: pomysły zmian w zasadach organizacji stażu podyplomowego, przedstawiane przez Ministerstwo Zdrowia, są nieakceptowalne.

Jakość kształcenia ponownie znalazła się w centrum sporu między decydentami a samorządem lekarskim – przede wszystkim za sprawą zapowiedzi nowelizacji ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Wśród proponowanych zmian są rozwiązania, które samorząd i środowisko lekarskie popierają (m.in. likwidację bazy pytań do LEK i LDEK), ale są też takie, które oceniane są jako wyjątkowo szkodliwe – przede wszystkim skrócenie o połowę stażu podyplomowego lekarzy i lekarzy dentystów.

Zapowiedź takiej inicjatywy ze strony resortu zdrowia nie była zaskoczeniem. Już pod koniec ubiegłego roku do opinii publicznej przedostały się szczegóły planu oszczędnościowego minister zdrowia Jolanty Sobieirańskiej-Grendy. W liście do szefa resortu finansów zmiany dotyczące stażu podyplomowego – w tym jego docelową likwidację – wskazano po stronie planowanych oszczędności.

WĄTPLIWE OSZCZĘDNOŚCI

W obliczu potężnej luki w wydatkach na zdrowie – szacuje się, że na świadczenia w Narodowym Funduszu Zdrowia może w tym roku zabraknąć 25–30 mld zł – niespełna miliard złotych przeznaczany na finansowanie stażu wydaje się kwotą relatywnie niewielką. Problem w tym, że nawet tej sumy nie da się

realnie zaoszczędzić bez gwałtownego zwiększenia nakładów na rezydenturę.

Podczas konferencji „Priorytety w Ochronie Zdrowia 2026” prof. Radosław Owczuk, były konsultant krajowy w dziedzinie anestezjologii i jeden z otwartych krytyków propozycji MZ, tłumaczył, że właśnie dlatego resort

Ministerstwo zapowiada skrócenie stażu podyplomowego lekarzy i lekarzy dentystów, wskazując na potrzebę oszczędności w systemie i racjonalizacji wydatków

mówi o skróceniu, a nie o całkowitej likwidacji stażu. W przypadku likwidacji stażu do wyścigu o miejsca specjalizacyjne zgłosziliby się cały rocznik (ostatni „stażowy” i pierwszy „bezstażowy”).

Jak podkreślał Damian Patecki, członek NRL i przewodniczący Komisji Kształcenia Medycznego NIL, z perspektywy resortu rozmowa o stażu sprowadza się przede wszystkim do potencjalnych oszczędności. Tymczasem lekarze chcą dyskusji o jakości kształcenia.

13 lutego podczas spotkania w Ministerstwie Zdrowia, poświęconego nowelizacji ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, z dużą rezerwą przyjęto zapewnienia przedstawicieli Konferencji Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych. Argumentowali oni, że staż będzie można bezpiecznie skrócić, bo już w tej chwili część uczelni realizuje uprzątnięcie programu na szóstym roku studiów.

– Uczelnie medyczne prawdopodobnie zakładają, że otrzymają przynajmniej część środków, które do tej pory były wydawane na realizację stażu – tłumaczył stojące w sprzeczności z opinią samorządu lekarskiego stanowisko rektorów Damian Patecki. Tyle że zmiany w stażu mają przecież przynieść resortowi zdrowia oszczędności, a nie wydatki.

Przedstawiciele środowiska lekarskiego nie zgadzają się z argumentacją, że uprzątnięcie studiów może automatycznie zrekomensować ubytek w stażu. Marcin Karolewski, przewodniczący Komisji ds. Szpitalnictwa w Naczelnej Izbie Lekarskiej, podkreśla, że student nie jest w stanie w czasie zajęć na uczelni, jakkolwiek by one wyglądały, poznać wszystkich aspektów pracy zawodowej lekarza. Studenci mają zajęcia w szpitalach klinicznych, w których spotykają

UCZELNIE POD LUPĄ

6 lutego Naczelna Izba Lekarska przedstawiła raport z badania przeprowadzonego wśród uczelni prowadzących lub ubiegających się o uprawnienia do kształcenia na kierunku lekarskim i lekarskodentystycznym w roku akademickim 2023/2024. Była to trzecia edycja analizy jakości kształcenia realizowanej przez NIL. Wśród 19 uczelni, które objął raport przygotowany przez samorząd lekarski, dziewięć stanowią uczelnie „stare” (podlegające Ministerstwu Zdrowia), a dziesięć – „nowe”, które nadzoruje resort nauki.

Między „starymi” a „nowymi” prowadzącymi kierunek lekarski jest przepaść, choć jedne i drugie borykają się z problemami. Niewątpliwym problemem „starych” uczelni jest liczebność grup klinicznych (i seminarijnych), z kolei atutem – potencjał naukowy zatrudnionej kadry. Choć „nowe” uczelnie mają lepszy wskaźnik pracowników naukowych względem liczby studentów, wynika to wyłącznie z nieporównywalnie niższej liczby przyszłych lekarzy. Łącznie w roku akademickim 2023/2024 badane uczelnie kształciły 31 866 studentów, z czego zaledwie 14 proc. (4576 osób) to studenci nowych placówek. Liderem pod względem liczebności jest Śląski Uniwersytet Medyczny (4595 studentów, minimalnie więcej niż wszystkie dziesięć „nowych” uczelni).

Omawiając wyniki raportu, Artur Białoszewski, ekspert NRL ds. badań i analiz, wykładowca akademicki, podkreślał, że nawet te dane, które wskazują na pewne wyrównanie potencjału nowych uczelni – jak na przykład baza łózkowa, która w obu grupach jest porównywalna – wskazują na znaczące dysproporcje. „Stare” uczelnie mają bazę łózkową w szpitalach klinicznych, a szpitale są ich własnością. Nowe opierają się na szpitalach zewnętrznych, w dodatku niższych poziomów. Miażdżąca jest różnica w potencjale naukowym. W roku akademickim 2023/2024 pracownicy badanych uczelni uzyskali łącznie 1 606 140 punktów MEiN i 64 338 punktów IF. Ponad 94 proc. wszystkich punktów MEiN i blisko 93 proc. wszystkich punktów IF uzyskali pracownicy „starych” uczelni.

się z medycyną na najwyższym poziomie, a staż to okazja do poznania różnych aspektów i wymiarów pracy w zawodzie. – W czasie stażu jest na to szansa. Jest też szansa na realny kontakt z pacjentem, poznanie procedur – mówi Marcin Karolewski.

STUDENCI NIE CHCĄ ZMIAN

Potrzebę utrzymania stażu dostrzegają nie tylko lekarze, ale przede wszystkim sami studenci medycyny. Podczas lutowego spotkania w resorcie zdrowia przedstawiciele IFMSA-Poland zaprezentowali wyniki badań przeprowadzonych wśród studentów kierunków lekarskich:

- **82 proc.** ankietowanych wyraża stanowczy sprzeciw wobec jakiegokolwiek ingerencji w długość trwania stażu podyplomowego, uznając go za istotny element procesu przejścia od kształcenia akademickiego do samodzielnej pracy zawodowej,
- **98,5 proc.** osób, które nie popierają zmian w długości stażu, obawia się o brak wystarczającego przygotowania praktycznego do pracy w zawodzie,
- **85 proc.** obawia się braku wiedzy pozwalającej odpowiednio zadbać o bezpieczeństwo pacjenta.

W badaniu wzięło udział 905 osób z 21 uczelni, większość to studenci od czwartego do szóstego roku.

– Ponad czterech na pięciu uczestników badania wypowiedziało się przy tym przeciw jakiegokolwiek ingerencji w długość trwania stażu. Mówiąc wprost: studenci nie chcą ani likwidacji, ani skrócenia. 85 proc. obawia się przede wszystkim właśnie o bezpieczeństwo pacjenta – komentował prezydent IFMSA-Poland Michał Śnios.

Wśród uczelni, których studenci wzięli udział w badaniu, większość stanowią tradycyjne, „stare”, w których jakość kształcenia jest znana i ma ugruntowaną renomę. Również studenci tych szkół nie czują się w pełni przygotowani do wykonywania zawodu lekarza.

Jedną z przyczyn jest liczebność grup klinicznych. Od lat to problem uczelni, również tych

najlepszych: z jednej strony rosnąca liczba studentów, z drugiej – narastające braki kadrowe. Przedstawiciele środowiska wątpią w jakość „uprzątnięcia” w sytuacji, gdy uczelnie nie mogą zagwarantować odpowiednio nielicznych grup, a w najbliższych latach problemy będą tylko narastać.

Przy podejmowaniu decyzji na temat stażu podyplomowego, jak zwrócił uwagę Marcin Karolewski, trzeba wziąć pod uwagę specyfikę zawodu lekarza dentysty.

– Wykonywanie zawodu lekarza dentysty jest ściśle praktyczne i staż ma swoją dodatkową wartość. Młody lekarz dentysta musi wykonywać pewne procedury na samym początku swojej pracy zawodowej pod nadzorem, żeby się ich praktycznie wyuczyć – tłumaczył.

SZANSA NA OSWOJENIE ZAWODU

O ile lekarze, co do zasady, kontynuują kształcenie w ramach specjalizacji, co wydłuża czas na praktykowanie medycyny pod okiem specjalistów, w przypadku lekarzy dentystów większość z nich specjalizacji nie zaczyna, przynajmniej nie na początku drogi zawodowej. Wśród młodych lekarzy jest coraz większa świadomość doskonalenia umiejętności pod nadzorem.

Argument ten dotyczy też lekarzy. Podczas przywoływanej już konferencji „Priorytety w Ochronie Zdrowia 2026” mocno wybrzmiała teza, że wręcz systemowo będzie rosnać odsetek lekarzy bez specjalizacji – rośnie liczba absolwentów, a liczba miejsc specjalizacyjnych nie nadąża za tym trendem. Wśród młodych lekarzy jest coraz większa grupa takich, którzy decydują się na rozpoczęcie drogi zawodowej od podjęcia pracy w miejscach, gdzie specjalizacja nie jest konieczna, np. w nocnej i świątecznej pomocy lekarskiej czy nawet POZ. Prof. Owczuk podkreślał, że zmiany w stażu podyplomowym oznaczają pozbawienie tych osób szans na oswojenie się z zawodem i poznanie nie tyle meandrów, co prostych ścieżek medycyny w praktyce. ●

Autorka jest dziennikarką portalu Medycyna Praktyczna i miesięcznika „Służba Zdrowia”

PRAWO I MEDYCYNĄ

Gdy zawodzi zawodowa ostrożność

Zabieg przeprowadzony bez zgody pacjentki, bez badań i konsultacji anestezyjologicznej, w warunkach rażąco odbiegających od zasad aseptyki, zakończył się pobylem na OIOM-ie. Jego przebieg został szczegółowo udokumentowany nagraniami wideo, a sprawa znalazła finał przed sądami lekarskimi.

Okręgowy rzecznik odpowiedzialności zawodowej otrzymał informację z prokuratury regionalnej o postawieniu lekarzowi zarzutu popełnienia przestępstwa narażenia człowieka na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia i spowodowanie ciężkiego uszczerbku na zdrowiu. Ustalono, że pacjentka poddana liposukcji już następnego dnia wymagała pilnej hospitalizacji na oddziale intensywnej terapii z powodu wstrząsu septycznego w przebiegu posocznicy gronkowcowej. W zawiadomieniu wskazano ponadto, iż wobec podejrzanego zastosowano w postępowaniu przygotowawczym środki zapobiegawcze m.in. w postaci zawieszenia w czynnościach służbowych i zawodowych lekarza.

WARUNKI, KTÓRE WYKLUCZAŁY ZABIEG

Podczas postępowania wyjaśniającego prowadzonego przez rzecznika odpowiedzialności zawodowej okazało się, że zabieg wykonano bez uświadomionej zgody, konsultacji anestezyjologicznej oraz nie przeprowadzono żadnych badań dodatkowych. W czasie liposukcji kobieta była ubrana w prywatną odzież i buty. Operator nie miał ani czepka ochronnego, ani maseczki, a fartuch nosił ślady używania. Natomiast asysta pracowała bez rękawiczek. Nie monitorowano żadnych parametrów życiowych. Materiał dowodowy został wzbogacony o nagrania wideo z zabiegu.

Na tej podstawie okręgowy rzecznik odpowiedzialności zawodowej skierował do okręgowego sądu lekarskiego wniosek o ukaranie. W mowie końcowej rzecznik wnioskował o pozbawienie prawa wykonywania zawodu lekarza. Stwierdził, że doszło do sprzeniewierzenia się jednej z fundamentalnych zasad etycznych: „primum non nocere”. Uznał, że złamano

ZBIGNIEW KUZYSZYN
NACZELNY RZECZNIK
ODPOWIEDZIALNOŚCI
ZAWODOWEJ



wszystkie zasady bezpiecznego postępowania z pacjentem.

Z kolei obwiniony poprosił o jak najniższy wymiar kary.

OCENA ODPOWIEDZIALNOŚCI ZAWODOWEJ

Okręgowy sąd lekarski za naruszenie zasad aseptyki i antyseptyki orzekł karę zawieszenia prawa wykonywania zawodu lekarza na okres pięciu lat. W ocenie sądu operator wykazał się skrajną nieodpowiedzialnością, wykonując zabieg z rażącym niedbalstwem. Naraził pacjentkę na bezpośrednie zagrożenie życia. Sąd zauważył, że wprawdzie zakażenie rany pooperacyjnej wpisane jest w ryzyko zabiegu chirurgicznego, jednak w procedowanej sprawie doszło do karygodnego naruszenia zasad, co udokumentowano zapisem obrazu z sali zabiegowej. Jak wynikało z akt postępowania, narzędzia, leki i środki opatrunkowe oraz materiały do szycia przechowywane były w nieodpowiednich warunkach. Przesłanką wymierzenia bardzo wysokiej kary było złamanie podstawowych zasad wykonywania zawodu, co zawsze musi się spotkać z surową oceną.

W wyniku odwołania złożonego przez stronę obwinioną Naczelny Sąd Lekarski przyznał jedynie, że wymiar kary powinien być niższy, i orzekł skrócenie zawieszenia

prawa wykonywania zawodu z pięciu do trzech lat. Sąd odwoławczy jednocześnie podkreślił, że mnogość widocznych na nagraniu wideo zachowań urągających zasadom aseptyki i antyseptyki jest niepodważalna, wskazując na całkowity brak profesjonalizmu.

Uznano, że postawa obwinionego wymaga czasowego odsunięcia go od możliwości wykonywania czynności zawodowych ze względu na bezpieczeństwo jego potencjalnych pacjentów. Podkreślono, że miejsce, w którym wykonano zabieg, było przystosowane jedynie do zabiegów kosmetycznych. Podczas kontroli państwowej stacji sanitarno-epidemiologicznej zastrzeżenia wzbudził stan sanitarny pomieszczeń i sterylność wyrobów medycznych (niewiadomego pochodzenia) wykorzystywanych do zabiegów chirurgicznych.

Lekarz, przystępując do zabiegu w takich okolicznościach, godził się z możliwymi niebezpiecznymi następstwami swego działania. Tymczasem miał obowiązek odmówić wykonania zabiegu w tych warunkach.

Niczego w sytuacji ukaranego lekarza nie zmieniła wniesiona przez obrońcę kasacja. Sąd Najwyższy oddalił ją jako oczywiście bezzasadną.

PRAWO I MEDYCYNĄ

Granice władzy lekarza psychiatry

TOMASZ JUSTYŃSKI

PROF. UMK, DR HAB., KIEROWNIK
KATEDRY PRAWA CYWILNEGO

Przymusowa hospitalizacja psychiatryczna to jedno z najdalej idących ograniczeń wolności osobistej dopuszczonych przez polskie prawo. To ogromna odpowiedzialność i pole minowe, na którym błędy mogą kosztować pacjenta znacznie więcej niż zdrowie.

Wolność osobista to szczególnie dobro każdego człowieka. Swoiste legalne pozbawienie wolności przewidziane zostało w ustawie o ochronie zdrowia psychicznego (u.o.z.p.) z 1994 r. w jej art. 23. Chodzi o przepis oddający w ręce lekarza decyzję o wolności. Zezwala on lekarzowi na niedobrowolne przyjęcie do szpitala psychiatrycznego osoby chorej psychicznie.

Oczywiście nie jest to jedyny przepis u.o.z.p. umożliwiający przymusową hospitalizację, czyli podjętą bez zgody pacjenta, która to zgoda jest jednak zasadą. Oprócz art. 23 także art. 29 u.o.z.p. zezwala na umieszczenie w szpitalu bez zgody (a nawet wbrew sprzeciwowi) zainteresowanego. Tu jednak chodzi o umieszczenie przez sąd. W warunkach art. 23 decyduje lekarz psychiatra. Nierzadko (na co wskazują akta sądowe) zupełnie nieświadomy swych „obowiązków sędziowskich”, często bardzo młody i niedoświadczony, nierzadko dyżurujący rezydent.

JAK SĘDZIA

Dla zadecydowania o przymusowej hospitalizacji (czyli pozbawieniu wolności) przez lekarza psychiatrę ustawa wymaga równoczesnego zaistnienia dwóch przesłanek.

Pierwsza, tzw. medyczna, w praktyce niewywołująca specjalnych kontrowersji, to choroba psychiczna. Tu

lekarz jest „u siebie”, tzn. dysponuje stosowną wiedzą pozwalającą na prawidłową ocenę. Druga przesłanka, tzw. behawioralna (czyli „dotychczasowe zachowanie” stwarzające „bezpośrednie zagrożenie dla życia i zdrowia innych osób lub życia samego pacjenta”), okazuje się być nieoczywista, wymaga wielkiej staranności i uwagi ze strony lekarza. Jak wskazuje praktyka sądowa, związana przede wszystkim z kontrolą decyzji o przymusowym

Nie każda przymusowa hospitalizacja wynika z realnego zagrożenia. Czasem jej źródłem są konflikty rodzinne, wygoda otoczenia albo błędna interpretacja zachowania pacjenta

umieszczeniu w szpitalu, ale też z procesami odszkodowawczymi będącymi jej następstwem, lekarz często nie ma świadomości doniosłości swej decyzji, zapominając że jest ona w istocie równa decyzji sędziego pozbawiającego wolności.

Tymczasem ze względu na konstytucyjną ochronę wolności stanowiącą zasadę wyjątkowe przesłanki z ustawy o ochronie zdrowia psychicznego muszą być interpretowane

ścieśniająco (co wielokrotnie powtarzały orzekające sądy powszechne, Sąd Najwyższy np. w postanowieniu z 25 listopada 2016 r., V CSK 295/16). Chodzi o wykładnię zarówno: „zagrożenia dla życia i zdrowia”, jak i jego „bezpośredniości”. Ścieśniająco, a więc w żadnym razie nie rozszerzająco. Zagrożenie ma dotyczyć życia i zdrowia i w szczególności być bezpośrednie, nie zaś jedynie hipotetyczne.

TO NIE DETEKTYW

Na lekarza psychiatrę czyhają rozmaite pułapki. Zdarzają się przecież próby ulokowania osoby chorej psychicznie w szpitalu bez jej zgody dla wygody innych osób (najczęściej najbliższego otoczenia). Często słyszy się o wykorzystywaniu lokowania w szpitalu w ramach konfliktów rodzinnych lub sąsiedzkich albo jako sposób rozwiązywania „problemów świątecznych”. Nierzadko więc intencje osób najbliższych odbiegają od tych przyświecających prawodawcy. Nieświadomy tego lekarz jest z nimi konfrontowany.

Lekarze bronią się, twierdząc, że do ich obowiązków nie należy weryfikacja okoliczności, w tym prawdziwości twierdzeń osób najbliższych pacjenta. Nie mają instrumentów śledczych, nie są przecież detektywami. Nie jest to słuszne.

Śledztwa nie można oczekiwać, starannego wyjaśnienia – już tak.

Ponieważ chodzi o dobro niezwykle cenne: osobistą wolność pacjenta, staranność lekarza decydującego o hospitalizacji bez zgody winna być szczególnie wysoka. Zdecydowanie nie może ograniczać się do wysłuchania członka rodziny domagającego się przymusowego przyjęcia krewnego do szpitala i zawierzenia mu. Przede wszystkim lekarz powinien oceniać zachowanie osoby chorej psychicznie w chwili podjęcia decyzji o przyjęciu jej do szpitala psychiatrycznego. Tak powszechnie interpretowany jest termin „dotychczasowe zachowanie” (np. postanowienie SN z 21 stycznia 2025 r., II CSKP 1048/24).

Obowiązkiem lekarza jest wysłuchanie samego pacjenta. Pośrednio wskazuje na to ustawowa powinność poinformowania zatrzymywanego w szpitalu pacjenta o przyczynach przymusowej hospitalizacji. Już to pozwala nabrać ewentualnych wątpliwości w przypadkach lokowań świątecznych i tzw. wychnieniowych i je wykluczyć.

Do (słabo lub nierzadko w ogóle nie-uświadomionych) obowiązków lekarza w tym zakresie należy również pozyskanie informacji od policjantów, lekarzy pogotowia i ratowników medycznych. Nie wystarczy poprzestanie na stwierdzeniu przywiezienia osoby w asyście policji. Konieczne jest uzyskanie informacji (od policjantów, lekarza pogotowia ratunkowego) dotyczących zachowania tej osoby przed jej przywiezieniem do szpitala. Chodzi zwłaszcza o te odnoszące się do ewentualnej agresji.

W postanowieniu z 13 lipca 2022 r. (II CSKP 1383/22) Sąd Najwyższy przesądził, że „(...) ustalenia faktyczne muszą więc obejmować szczegółowy opis zdarzeń i czynów dokonywanych przez osobę, której przyjęcia do szpitala dotyczy postępowanie, inaczej bowiem tylko na podstawie ogólnych stwierdzeń o agresywności i stanie pobudzenia psychoruchowego, przejawiającego się w wyzwiskach i próbach kopnięcia, bez trudności opanowanych przez policjantów i personel medyczny, nie można wyrobić sobie rzetelnej wiedzy o stopniu istniejącego zagrożenia i jego kierunku, a więc wnioskować o tym, czy wystąpiło zagrożenie uzasadniające przymusową hospitalizację”.

W Polsce obowiązuje domniemanie bezprawności naruszenia dobra osobistego (w tym wolności). To naruszytel zatem musi wykazać, że działał

legalnie. Mając to na uwadze, lekarz powinien gromadzić możliwe szczegółowe argumenty. Praktyka wykazuje w tym zakresie wiele nieprawidłowości.

Niewiele zmienia tu fakt, że decyzja lekarza przyjmującego (dyżurującego) musi być w ciągu 48 godzin zatwierdzona przez ordynatora/lekarza kierującego oddziałem. Dobrze, że taki obowiązek jest. Nie trzeba jednak specjalnej przenikliwości, aby domyślić się, iż w praktyce decyzje lekarzy dyżurujących są zatwierdzane, kontrola zaś sprowadza się przede wszystkim do sprawdzenia prawidłowości wypełnienia stosownych formularzy.

Ten prawny obowiązek zamierzony jako ustawowy bezpiecznik chroniący dobro pacjenta w praktyce nie gwarantuje jego interesów i nie odgrywa zamierzonej dla niego roli.

SŁABE OGNIWO

Artykuł 25 ustawy przewiduje obowiązkową następcą (czyli podjętą już po umieszczeniu w szpitalu) kontrolę decyzji lekarza przez sąd. Kierownik szpitala ma 72 godziny na zawiadomienie sądu opiekuńczego. Jest to minimalna (ale też najważniejsza z przewidzianych w ustawie) gwarancja praw pacjenta. Wynikiem kontroli może być potwierdzenie bądź zakwestionowanie legalności umieszczenia w szpitalu bez zgody, co skutkuje m.in. obowiązkiem natychmiastowego zwolnienia pacjenta.

Sędziowie na ogół nie posiadają wystarczającej specjalistycznej wiedzy z zakresu psychiatrii. W procesie kontrolnym istotna rola przypada zatem biegłym. To oni opiniują i kształtują w ten sposób wyobrażenia sędziego. Oczywiście, formalnie to nie do nich należy rozstrzygnięcie sprawy. W praktyce jednak wyrok najczęściej pokrywa się z ich sugestiami.

Bolączką procesów kontrolnych jest nieprawidłowy dobór biegłego. Błędem przekreślającym sens kontroli jest powołanie biegłego będącego pracownikiem szpitala (obojętne, czy kontraktowym, czy zatrudnionym w oparciu o umowę o pracę), w którym doszło do hospitalizacji na podstawie art. 23 ustawy. Nie chodzi nawet o to, co może wydać się szczególnie niewłaściwe, czyli że

biegły pozostaje w relacjach towarzyskich lub osobistych z kontrolowanym lekarzem (pracując przecież w jednym szpitalu, wcale nierzadko na tym samym oddziale). Już sama zależność pracownicza biegłego od kontrolowanego szpitala podaje w wątpliwość jego bezstronność i obiektywizm. Ewentualne stwierdzenie niezasadności hospitalizacji w trybie art. 23 ustawy otwiera przecież drogę do odszkodowania obciążającego budżet szpitala.

FALSZYWE OSKARŻENIE

Prawodawca jest świadomy niebezpieczeństw. Dlatego oprócz wewnętrznej kontroli przyjęcia oraz następczej kontroli sądowej przewidział także sankcje karne dla osób fałszywie zgłaszających potrzebę hospitalizacji w trybie art. 23 ustawy.

Ustawodawca nie tylko skonstruował tę bardzo specjalną prawną gwarancję praw pacjenta, ale też wbudował ją wprost do ustawy. Chodzi o art. 53 przewidujący karę dla osób m.in. fałszywie zgłaszających lekarzowi potrzebę przymusowej hospitalizacji innej osoby. Zgodnie z jego treścią: „Kto podaje lekarzowi lub organowi właściwemu do wykonywania niniejszej ustawy informacje o występujących u innej osoby objawach zaburzeń psychicznych, wiedząc, że te informacje są nieprawdziwe, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do roku”.

PRAKTYKA SKRZECZY

Przegląd obowiązujących w Polsce rozwiązań prawnych nie prowadzi do optymistycznych wniosków. Prawa pacjenta chorego psychicznie ciągle są słabo gwarantowane. Cóż z tego, że na papierze wygląda to nienajgorzej. Nawet najlepsze przepisy nie wystarczą, jeśli praktyka skrzeczy, a świadomość jest niska.

Trudno oprzeć się pesymistycznej refleksji, że pilnie potrzeba tu wielu działań zarówno prawodawczych (szczególnie w zakresie procedur; tu można sporo poprawić), jak i szkoleniowych. Wolność to jednak dobro wyjątkowo cenne. W pełni zasługuje na więcej uwagi i najlepsze gwarancje, tym bardziej tam, gdzie sam zainteresowany jest najczęściej bezbronny. ●

PODATKI I FINANSE

KSeF: czy jest się czego bać?

ANNA WOJDA

Krajowy System e-Faktur zmienia sposób dokumentowania sprzedaży w Polsce. Dla jednych to długo oczekiwana cyfryzacja, dla innych – źródło niepokoju i dodatkowych obowiązków.

Krajowy System e-Faktur (KSeF) to nowy system informatyczny, którego celem jest ułatwienie wystawiania, odbierania i przechowywania faktur elektronicznych. Najwięksi podatnicy stosują go już od 1 lutego br., pozostali – w tym prowadzący jednoosobowe działalności gospodarcze – zaczną od 1 kwietnia (z wyjątkiem mikrofirm, dla których obowiązek rozpocznie się w 2027 r.).

JAK DZIAŁA SYSTEM...

KSeF funkcjonuje w sposób zautomatyzowany, zapewniając sprawność i – co podkreśla administracja – bezpieczeństwo obiegu faktur. System weryfikuje dokument pod kątem zgodności z właściwym schematem XML i nadaje mu unikalny numer. Po zaakceptowaniu faktury wystawca otrzymuje urzędowe poświadczenie odbioru (UPO), które stanowi dowód jej prawidłowej rejestracji w systemie. Odbiorca może uzyskać dostęp do dokumentu po uwierzytelnieniu w KSeF.

Warto jednak pamiętać, że od 1 lutego wszyscy przedsiębiorcy musieli być gotowi na odbieranie faktur w KSeF, nawet jeśli sami nie mieli jeszcze obowiązku wystawiania ich w tym formacie. W obrotach funkcjonują więc równolegle różne formy dokumentów: faktury ustrukturyzowane w KSeF (XML), faktury przesyłane elektronicznie (np. w formacie PDF) oraz tradycyjne faktury papierowe. Dla podatników oznacza to konieczność utrzymywania kilku kanałów odbioru dokumentów – część trafia do KSeF, część nadal poza systemem. Wszystkie te dokumenty trzeba następnie wprowadzić do jednego systemu księgowego, co w praktyce bywa wyzwaniem organizacyjnym.

...I JAK ZACZĄĆ KORZYSTAĆ

Dla lekarza prowadzącego działalność gospodarczą, który na co dzień nie zajmuje się podatkami, wejście na stronę Ministerstwa Finansów poświęconą KSeF (ksef.podatki.gov.pl) może być przytłaczające. Natłok

BEZ KAR, ALE NIE ZA WSZYSTKO

Ministerstwo Finansów zapewnia, że w 2026 r. nie będą nakładane kary na podatników, którzy nie zdążą wdrożyć systemu lub popełnią w nim błędy. Warto jednak pamiętać, że wraz z KSeF zmienia się również struktura pliku JPK_VAT – a za nieprawidłowości w tym zakresie sankcje obowiązują już od 1 lutego.

FAKTURA NA PREMIERA

Po uruchomieniu systemu KSeF w internecie pojawił się film, w którym jeden z krytyków systemu kupował przerwy i podał NIP kancelarii premiera. Wiceminister finansów i zastępca szefa Krajowej Administracji Skarbowej Zbigniew Stawicki w czasie konferencji prasowej odniósł się do tej praktyki, czyli kupowania produktów z jednocześnie podaniem cudzego NIP. Jak zaznaczył, działania takie nie tylko przysparzają kłopotu i niepotrzebnej pracy służbom księgowym oraz służbom finansowym instytucji państwowych, ale także kwalifikują się jako łamanie prawa.

informacji i technicznych pojęć nie ułatwia startu. W praktyce jednak obsługa bezpłatnego narzędzia nie jest aż tak skomplikowana, jak mogłoby się wydawać na pierwszy rzut oka, i po pewnym czasie nie powinna być już tak przerażająca.

Pierwszym krokiem jest przejście do sekcji „Bezpłatne narzędzia KSeF 2.0” i instalacja aplikacji – dostępnej zarówno na komputer, jak i na telefon. W przypadku wersji

komputerowej po wybraniu odpowiedniego kafelka użytkownik trafia na stronę z opisem, gdzie należy kliknąć granatowy pasek umożliwiający wejście do aplikacji.

Następnie trzeba się zalogować – najczęściej za pomocą profilu zaufanego. W praktyce oznacza to wykorzystanie bankowości elektronicznej. System poprosi o podanie numeru NIP, a następnie o zaakceptowanie żądania uwierzytelnienia w KSeF.

Po zalogowaniu użytkownik trafia do „panelu sterowania” Aplikacji Podatnika i może wystawić fakturę. Po wybraniu opcji „wystaw fakturę VAT” należy wskazać jej rodzaj (podstawowa, zaliczkowa, korygująca), a następnie wypełnić pola. Te oznaczone czerwoną gwiazdką są obowiązkowe – m.in. numer faktury, data wystawienia czy dane stron transakcji.

Choć system nada fakturze numer oficjalny, wystawca wpisuje również własny numer – na potrzeby swojej ewidencji księgowej. W systemie jest też opcja wystawiania faktury w kwocie netto i brutto. Po podaniu właściwej stawki VAT system automatycznie wyliczy kwotę podatku i wartość brutto.

Tak jak dotychczas należy opisać towar lub usługę oraz wskazać dane kupującego i sprzedającego. W wielu przypadkach wystarczy wpisać NIP – pozostałe dane system uzupełni automatycznie.

Po wysłaniu faktury pojawi się komunikat o jej przetwarzaniu. Po chwili, po odświeżeniu strony, powinno być widoczne potwierdzenie przyjęcia dokumentu wraz z nadanym numerem. W zakładce „lista faktur” można sprawdzić zestawienie wszystkich wystawionych dokumentów. ●

PODATKI I FINANSE

W Polsce przybywa milionerów

MARIUSZ TOMCZAK
DZIENNIKARZ

Co dziesiąty inwestor indywidualny może dziś mówić o sobie „milioner” i nie są to wyłącznie zawodowcy z branży finansowej.

Wiele osób nie kryje zaskoczenia, kiedy słyszą, że ktoś porównuje giełdę papierów wartościowych z targowiskiem lub giełdą samochodową. Istnieje jednak zasadnicza różnica – na osiedlowym bazarze czy małomiasteczkowym targu cenę kilograma jabłek czy pęczka pietruszki można negocjować z różnymi sprzedawcami twarzą w twarz, a handel instrumentami finansowymi na giełdzie papierów wartościowych jest scentralizowany i odbywa się w formie elektronicznej.

BEZ CZERWONYCH SZELEK

W ostatniej edycji Ogólnopolskiego Badania Inwestorów wzięło udział ponad 6 tys. osób. Nie byli to zawodowi maklerzy w czerwonych szelkach, którzy godzinami wpatrują się w migające na ekranie komputera wykresy i na pamięć znają wszystkie aktualne wskaźniki makroekonomiczne. Badanie przeprowadziło Stowarzyszenie Inwestorów Indywidualnych wśród zwyczajnych Polaków inwestujących nadwyżki finansowe. Choć może nie do końca tak zwyczajnych, bo lokowanie środków na giełdzie wciąż uchodzi za coś niekonwencjonalnego.

Średni wiek inwestora indywidualnego w Polsce wynosi 39 lat, a zdecydowana większość zajmuje się giełdą po godzinach. Jako źródło utrzymania najczęściej wymieniają umowę o pracę lub umowę zlecenie (62,6 proc.) i działalność gospodarczą (24,2 proc.). Mianem zawodowego inwestora giełdowego określa się jedynie 2 proc. respondentów – to znacznie mniej niż rencistów i emerytów (3,7 proc.). Wprawdzie większość ankietowanych ma wyższe wykształcenie (56,6 proc.), ale posiadanie dyplomu z zakresu nauk

ekonomicznych zadeklarowało tylko 17,1 proc.

LICZBY NIE KŁAMIĄ

A teraz najważniejsze – portfel inwestycyjny o wartości przekraczającej 1 mln zł ma 9,8 proc. ankietowanych, co oznacza, że prawie co dziesiąty jest milionerem. Być może jest ich nawet więcej, bo kilka procent odmówiło udzielenia odpowiedzi.

Od 1 stycznia br. obowiązują wyższe limity wpłat na indywidualne konto emerytalne oraz na indywidualne konto zabezpieczenia emerytalnego

Dla porównania: w 2024 r. było to 8,3 proc., w 2023 r. – 6,1 proc., a w 2022 r. – 5,9 proc. Więcej niż co drugi dopłaca do swojego portfela co miesiąc, a więcej niż co czwarty – kilka razy w roku.

Główną motywacją do inwestowania – po raz pierwszy w historii badania, które zostało przeprowadzone już po raz 23. – jest oszczędzanie na przyszłą emeryturę, co niewątpliwie świadczy o roszadzie i dalekowzroczności. Ponad połowa ankietowanych za największą słabość rynku kapitałowego uznaje tzw. podatek Belki, a nieco rzadziej niż co drugi – niski poziom edukacji finansowej.

Po co o tym pisać? Bo wyniki badania unaoczniają, że rynek kapitałowy daje szansę na pomnażanie nadwyżek finansowych i jest to możliwe praktycznie dla każdego

od Helu po Zakopane. Nie trzeba być ekonomistą czy finansistą, żeby zacząć inwestować. Ba, inwestowanie da się godzić z życiem prywatnym i zawodowym, w tym pracą na etacie. I choć nie wiadomo, ile osób spośród kilku tysięcy ankietowanych ma wykształcenie medyczne, wątpię, aby nie było wśród nich lekarzy.

NOWA FALA

O tym, że inwestowanie staje się coraz popularniejsze, świadczy m.in. wzrost liczby rachunków maklerskich. Jak podaje Krajowy Depozyt Papierów Wartościowych, na koniec stycznia 2026 r. było ich ponad 2,6 mln, tj. ponad 600 tys. więcej niż rok wcześniej. Dane obejmują wszystkie rachunki z dostępem do rynku polskiego, więc trudno powiedzieć, ile osób dokonuje regularnych dopłat, ale z informacji przekazywanych przez domy i biura maklerskie wynika, że sporo rachunków jest rokrocznie zasilane nowymi środkami.

Od 1 stycznia br. obowiązują wyższe limity wpłat na „pokrowce antypodatkowe”: indywidualne konto emerytalne, indywidualne konto zabezpieczenia emerytalnego oraz ogólnoeuropejski indywidualny produkt emerytalny. Za pośrednictwem maklerskiego IKE i maklerskiego IKZE można bez tzw. podatku Belki samodzielnie inwestować w akcje, obligacje i różne fundusze, a w ramach OIPE w naszym imieniu robi to instytucja finansowa – wystarczy zlecić przelew, a reszta dzieje się już bez naszego udziału. Więcej na ten temat w kolejnym materiale. ●

Gdy teoria nie działa w praktyce

W sprawie prób skrócenia lub likwidacji stażu podyplomowego sprawdza się stare powiedzenie: jeśli nie wiadomo o co chodzi, to chodzi o pieniądze.

PAWEŁ BARUCHA
WICEPREZES NACZELNEJ
RADY LEKARSKIEJ



W piątek 13 lutego odbyło się w Ministerstwie Zdrowia spotkanie w sprawie proponowanych zmian w ustawie o zawodzie lekarza i lekarza dentysty. Zaproszeni zostali przedstawiciele samorządu, związku zawodowego rezydentów, studenci, a także jako strona ministerialna przewodniczący Konferencji Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych. Najwięcej czasu poświęcono propozycji skrócenia stażu podyplomowego do sześciu miesięcy dla lekarzy i lekarzy dentystów.

Jako argument przemawiający za takim rozwiązaniem wskazano obecnie wprowadzone zmiany w kształceniu, przedstawiane przez prof. Wojciecha Załuskę i prof. Leszka Domańskiego. Zaprezentowali oni zmianę modelu kształcenia opartego bardziej na wiedzy praktycznej. Wprowadzenie m.in. egzaminu OSCE miało poprawić standaryzację poziomów kształcenia na uczelniach medycznych i zwiększyć zdolność studentów do samodzielnej pracy i wykorzystywania posiadanej wiedzy teoretycznej.

Wszystko to zostało brutalnie zweryfikowane wystąpieniem przedstawicieli studentów. Ankiety przeprowadzone wśród studentów i absolwentów jasno wskazują, że staż podyplomowy jest niezbędny do prawidłowego rozwoju kariery zawodowej lekarzy i lekarzy dentystów.

Po odbyciu stażu kilkakrotnie wzrasta ją zdolności medyków nie tylko do samodzielnego podejmowania decyzji, ale i do przeprowadzenia niezbędnych zabiegów. Na przykład 18,6 proc. absolwentów deklaruje umiejętność cewnikowania. Po odbyciu stażu wskaźnik ten wzrasta do 79,2 proc.

W stomatologii odbycie stażu jest niezbędne do prawidłowego połączenia wiedzy akademickiej z codzienną praktyką dentystyczną. W ocenie młodych lekarzy nic go nie zastąpi. Aż 82 proc. studentów jest przeciwnych zlikwidowaniu stażu bądź jego skróceniu.

W tym wszystkim, jak zwykle, chodzi o pieniądze. Resort szacuje, że rezygnacja ze stażu podyplomowego (a jego skrócenie jest otwarciem drogi do likwidacji) przyniesie oszczędności rzędu 1 mld złotych. Byłaby to jednak pozorna oszczędność, która będzie skutkować wzrostem nakładów na wdrożenie młodych lekarzy do pracy z pacjentami. Samorząd stoi na stanowisku, że likwidacja bądź skrócenie stażu podyplomowego odbije się niekorzystnie na zdrowiu i bezpieczeństwie pacjentów. Daliśmy to do zrozumienia na spotkaniu w Ministerstwie Zdrowia. Tak naprawdę jedynie przedstawiciele resortu i KRAUM próbowali wskazywać potrzebę takiego rozwiązania. ●

Opracowniach techników dentystycznych, którzy nielegalnie przyjmują pacjentów, wiadomo od dawna. Wszelkie próby ukrócenia tego procederu kończyły się niczym. Żadna oficjalna komórka administracji publicznej, prokuratura czy urząd skarbowy nie chciały się angażować. Tymczasem do techników gremialnie dołączyły kosmetyczki, które bezprawnie zajmują się tzw. medycyną estetyczną, wykonując wstrzyknięcia z kwasu hialuronowego i botoksu i bezrefleksyjnie chwalcąc się tym w mediach społecznościowych. Płynie za nimi fala pseudospecjalistów, szarlatanów i oszustów.

BEZKARNOŚĆ ROZZUCHWALA

Nie ma się co dziwić: nie ma nic gorszego od nieskutecznego i nieegzekwowanego prawa. Taka sytuacja rozzuchwala przestępców, powodując coraz swobodniejsze ich działanie. Reklamy w mediach i na drzwiach gabinetów świadczą o tym, że osoby takie nawet nie próbują się kryć ze swoim przestępczym procederem. Świadomie nazywam ich przestępcami, bo tak trzeba określać kogoś, kto łamie prawo. Wykorzystują nieświadomość pacjentów dotyczącą tego, kto i jakie zabiegi może wykonywać. Tytuł kosmetyk czy protetyk, a do tego biały fartuch, skutecznie sugeruje pacjentom, że są w rękach doświadczonego, wykształconego i uprawnionego specjalisty. Tymczasem podawanie się za kogoś, kim się nie jest, również jest przestępstwem.

PIERWSZY PRZEŁOM

Czemu o tym piszę? Po latach frustrującego odbijania się od ściany, po naszym ostatnim doniesieniu do sanepidu o kilku pracowniach techników dentystycznych, którzy przyjmują pacjentów, i wykazaniu możliwości łamania procedur sanitarnych instytucja ta postanowiła zająć się sprawą. Przeprowadziła kilka kontroli. Nie dziwi, że kontrolerzy stwierdzili fakt przyjmowania pacjentów przez osoby nieuprawnione. Ponieważ – poza zagrożeniem zdrowia, a może i życia pacjenta – jest to przestępstwo, sanepid skierował zawiadomienie do prokuratury. Ta, już wcześniej informowana przez nas, początkowo sytuację

PRAKTYKA LEKARSKA

Kropla jednak draży skałę

ANITA PACHOLEC

LEKARZ DENTYSTA, WICEPREZES KUJAWSKO-POMORSKIEJ
OKRĘGOWEJ IZBY LEKARSKIEJ

Przez lata działali jawnie i bez konsekwencji. Nielegalne przyjmowanie pacjentów przez techników dentystycznych i samozwańczych „specjalistów” było problemem znanym, lecz ignorowanym. Tym razem jednak determinacja lekarzy przyniosła efekt – sprawą zajęły się służby i sąd.

zlekceważyła, ale po zawiadomieniu są-nepidu postanowiła nadać sprawie bieg. Włączono do dochodzenia policję, odbyły się przesłuchania w celu zgromadzenia materiału dowodowego. Nie jest jednak łatwo wytłumaczyć laikowi, jakim jest policjant, jakie zagrożenia dla pacjenta niesie omawiany proceder.

Samouk, jakim jest technik denty-styczny, to nie tylko brak uprawnień w zakresie leczenia, ale też brak wiedzy o zagrożeniach sanitarnych, sterylizacji, gospodarce odpadami, ale przede wszystkim konsekwencjach zdrowotnych złe wykonanych uzupełnień protetycznych i umiejętnościach ich leczenia. Dodać do tego trzeba sprawy ubezpieczenia OC i fiskalne. Pomijając działanie w szarej strefie – czym powinien się zająć urząd skarbowy – pacjent może nie odzyskać pieniędzy w przypadku kłopotów z wykonaną pracą protetyczną.

Czas też zająć się innymi nielegalnymi działaniami medycznymi w gabinetach kosmetycznych, leczeniem przez pseudo-specjalistów czy innych samozwańczych uzdrowicieli. Powiedzmy głośno i wprost: leczyć może tylko lekarz. Determinacja jednak daje efekty, bo tę fundamentalną zasadę potwierdził sąd we Włocławku, wydając 25 lipca 2025 r. wyrok nakazowy wobec właściciela jednej z pracowni technicznych.

Wyrok nakazowy oznacza, że sąd po zapoznaniu się z materiałem dowodowym uznał sprawę za jednoznaczną i rozstrzygnął ją na posiedzeniu niejawnym, bez

konieczności prowadzenia rozprawy. Oskarżony został uznany winnym i ukarany. To nasz pierwszy sukces – mamy nadzieję, że kolejne działania przyniosą podobne efekty.

TO NIE EKSPERYMENT

Nie ma naszej zgody na wykonywanie czynności medycznych przez osoby bez odpowiedniego wykształcenia, odpowiednich uprawnień, często odpowiednich warunków sanitarnych, samouków szkodzących zawodowi, a przede wszystkim

Leczyć może tylko lekarz. Każde odstępstwo od tej zasady to realne zagrożenie dla zdrowia i życia pacjentów oraz ciche przyzwolenie na łamanie prawa

narażających pacjentów poprzez podawanie dotkankowo preparatów znieczulających i innych materiałów wypełniających. Praktyki takie niosą ryzyko dla zdrowia i życia pacjentów. Godzą także w zaufanie do zawodu lekarza.

Zdajemy sobie sprawę, że wielu pacjentów nie ma świadomości istniejących zagrożeń – naszym obowiązkiem jest ich o tym informować. Widzę tu ogromne pole do działania Naczelnej Izby Lekarskiej.

Apeluję również do Koleżanek i Kolegów, aby nie firmowali swoim nazwiskiem działalności podmiotów, które wykonują zabiegi medyczne bez faktycznej obecności lekarza. Nadzór lekarski oznacza rzeczywistą obecność i gotowość do interwencji w miejscu wykonywania takiego zabiegu przez cały czas jego trwania i w odpowiednim czasie po jego zakończeniu, a nie tylko formalne udzielenie zgody. Lekarz dzięki odpowiedniemu przygotowaniu i doświadczeniu potrafi rozpoznać powikłania i właściwie reagować. Osoby bez wykształcenia medycznego nie dysponują taką wiedzą ani kompetencjami. Dlatego autoryzowanie takich działań jest nie tylko sprzeczne z ustawą o zawodach lekarza i lekarza dentysty czy z Kodeksem Etyki Lekarskiej, ale stanowi naruszenie prawa.

Zewrzyjmy szereg, być może pod egidą NIL, a przynajmniej wspierając się na poziomie izb okręgowych. Wspólnie wypowiedzmy wojnę takim praktykom. Mamy pierwszy wyłom, teraz trzeba podjąć dalsze wspólne działania.

Walczymy nie tylko o prestiż zawodowy, ale przede wszystkim o bezpieczeństwo naszych pacjentów, często nieświadomych ryzyka, które podejmują, oddając swoje zdrowie w niepowołane ręce.

PRAKTYKA LEKARSKA

Gigantyczne różnice w kontraktach stomatologicznych

ARTUR PEDRYC
DZIENNIKARZ

Na Mazowszu średnia miesięczna wysokość kontraktu gabinetu stomatologicznego z Narodowym Funduszem Zdrowia wynosi 91,5 tys. zł.
Dla porównania: w Świętokrzyskiem to niecałe 26 tys. zł.

Od kilku lat maleje liczba podmiotów chcących wykonywać zabiegi stomatologiczne w ramach kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia. Od września 2019 r. do września 2023 r. liczba świadczeniodawców spadła z 6933 do 5435. Kolejne dwa lata (2024 i 2025 r.) przyniosły 4-proc. spadek. Powód jest prosty: dla wielu gabinetów współpraca z funduszem staje się nieopłacalna ekonomicznie, a przy tym zbyt obciążająca organizacyjnie.

– Zatrudniam dwie osoby do celów administracyjnych, bo inaczej nie dalibyśmy rady podołać wszelkim wymogom NFZ – mówi właścicielka gabinetu w województwie świętokrzyskim. – Najbardziej uciążliwe jest codzienne raportowanie kolejek – dodaje nasza rozmówczyni, która pragnie zachować anonimowość.

LEKARZY TRAKTUUJ JAK OSZUSTÓW

Dentyści twierdzą, że stawki oferowane przez NFZ nie pokrywają rzeczywistych kosztów materiałów, pracy personelu oraz utrzymania gabinetu. W wielu przypadkach procedury balansują na granicy opłacalności albo wręcz generują straty.

– Przez kilka lat miałem kontrakt. Zrezygnowałem. Fundusz płacił kilkadziesiąt złotych za to, co w gabinecie prywatnym kosztuje kilkaset. Jak można było na tym zarobić? Do tego za błąd w dokumentacji groziła ogromna kara – mówi dentysta z Kielc i formułuje jeszcze poważniejszy zarzut. – Fundusz często traktuje lekarzy jak oszustów. Mój kolega z sąsiedniego województwa usunął pacjentowi ząb. Okazało się, że w dokumentacji funduszu ten konkretny ząb widniał jako usunięty przez

innego dentystę kilka lat wcześniej. Być może jeden z nich pomylił się w sprawozdaniu, a być może wystąpiło zjawisko „wędrowania zębów”. Faktem jest, że mojego kolegę potraktowano jak oszusta i oskarżono o próbę wyłudzenia pieniędzy. Kto po czymś takim chciałby współpracować z funduszem? – pyta.

PRZEPAŚĆ MIĘDZY WOJEWÓDZTWAMI

Samorząd lekarski od początku tej kadencji zabiega o zwiększenie wycen zabiegów stomatologicznych oraz poszerzenie koszyka świadczeń gwarantowanych. Sporo udało się zrobić – głównie dzięki działaniom

Nie może być takich dysproporcji

– mówi Paweł Barucha, wiceprezes NRL i ostrzega, że jeśli rządzący się nie opamiętają, może dojść do „wtórnej prywatyzacji” polskiej stomatologii

Rady ds. Rozwoju Stomatologii. Utworzenie tego organu doradczego w resorcie zdrowia postulowała Naczelna Rada Lekarska, a w sposób szczególny jej wiceprezes Paweł Barucha.

Obecnie problemem są ogromne różnice w kwotach przeznaczanych przez poszczególne oddziały NFZ na leczenie stomatologiczne. Dla

przykładu: na Mazowszu średnia miesięczna wysokość kontraktu z gabinetem stomatologicznym wynosi 91,5 tys. zł. W Świętokrzyskiem to niecałe 26 tys. zł.

– W 2026 r. mazowiecki NFZ przeznaczył na leczenie stomatologiczne 3,17 proc. środków zaplanowanych w planie finansowym na opłacenie kosztów świadczeń opieki zdrowotnej – informuje Łukasz Jarocki, rzecznik prasowy Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ.

Z kolei w Świętokrzyskiem na leczenie stomatologiczne niepubliczne zaplanowano w tym roku 1,83 proc. Nawet jeśli dodać do tego 0,26 proc. na leczenie publiczne, łącznie daje to zaledwie 2,09 proc. Biorąc pod uwagę wysokość budżetów obu oddziałów, różnica jednego punktu procentowego przekłada się na ogromne kwoty.

DENTYŚCI NARZEKAJĄ

– Mój kontrakt opiewa na 14 tys. punktów (1 punkt wyceniony jest na 1,79 zł – przyp. red.), a pacjentów jest tylu, że nawet dwukrotnie wyższy limit prawdopodobnie okazałby się niewystarczający – narzeka dentysta prowadzący gabinet w województwie świętokrzyskim. Nie rozumie, dlaczego w innych regionach Polski są nawet dwa razy wyższe kontrakty. – Mój kolega z Wielkopolski ma 26 tys. punktów, a jeden punkt wyceniany jest u niego na 2 złote. Dlaczego są takie różnice? Przecież żyjemy w tym samym

► Jeśli nakłady na stomatologię nie zostaną zwiększone, pacjenci będą zmuszeni korzystać z drogiej prywatnej opieki

kraju. Czy pacjenci ze świętokrzyskiego są gorsi niż z Wielkopolski? – pyta.

Paweł Barucha, wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej, stojący obecnie na czele Rady ds. Rozwoju Stomatologii, od wielu miesięcy zabiega o zwiększenie nakładów na stomatologię.

– Wydatki na poziomie 4 proc. budżetu NFZ to absolutne minimum, aby polska stomatologia mogła funkcjonować. Postulujemy to przy każdej możliwej okazji, zarówno podczas rozmów w Ministerstwie Zdrowia, jak i w trakcie spotkań z parlamentarzystami. Niestety bez oczekiwanego rezultatu. Nie wiem, czy rządzący nie rozumieją problemu, czy w grę wchodzi inne czynniki – mówi Paweł Barucha, nie kryjąc oburzenia.

DOBRA INTENCJA, ZŁY EFEKT

Drastyczne różnice w wysokości kontraktów w poszczególnych województwach wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej określa wręcz mianem patologii. – Wiem o problemie, otrzymuję sygnały w tej sprawie od dentystów z różnych regionów kraju. Taka sytuacja jest nie do zaakceptowania – stwierdza. Wskazuje również na genezę problemu.

– Prezes NFZ dał większą swobodę dyrektorom poszczególnych oddziałów wojewódzkich z intencją, aby tam, gdzie zapotrzebowanie na dane świadczenia jest większe, kontraktowano ich więcej. Byłem na spotkaniu, podczas którego mówił o tym. Intencja była słuszna, niestety dyrektorzy niektórych oddziałów wojewódzkich, zamiast zwiększać liczbę kontraktowanych świadczeń, wykorzystali te uprawnienia w odwrotnym kierunku – informuje Paweł Barucha. Zapowiada, że będzie interweniował w tej sprawie w Centrali NFZ oraz w Ministerstwie Zdrowia.

Mail z prośbą o udostępnienie potrzebnych informacji wysłałem do rzeczników prasowych wszystkich oddziałów wojewódzkich NFZ. Od 22 stycznia do 16 lutego odpowiedzi otrzymałem jedynie z dwóch oddziałów: mazowieckiego i świętokrzyskiego.

NFZ TŁUMACZY

O wyjaśnienie, dlaczego w różnych regionach Polski występują tak duże dysproporcje w wysokości kontraktów



foto: Shutterstock.com

stomatologicznych, poprosiliśmy rzeczownika prasowego centrali NFZ w Warszawie. Otrzymaliśmy odpowiedź, z której można wywnioskować, że dentyści pracują za takie stawki, na jakie sami się zgodzili.

„Ustalenie wysokości umowy oraz ceny za jednostkę rozliczeniową znajduje się w kompetencji oddziałów wojewódzkich i różni się w zależności od oddziału oraz zakresu świadczeń” – pisze Paweł Florek, dyrektor Biura Komunikacji Społecznej i Promocji Centrali NFZ w Warszawie. „Zgodnie z art. 142 ust. 6 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych komisja w części niejawnej konkursu ofert może przeprowadzić negocjacje z oferentami w celu ustalenia:

1. liczby planowanych do udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej,
2. ceny za udzielane świadczenia opieki zdrowotnej.

W poszczególnych zakresach świadczeń stomatologicznych podczas konkursów ofert ustalane są więc różne ceny jednostek rozliczeniowych w odniesieniu do danego zakresu. Oddział wojewódzki NFZ bierze pod uwagę możliwości finansowe oddziału, konieczność zapewnienia jak największej dostępności do świadczeń, analizy epidemiologiczne oraz inne istotne

czynniki” – wyjaśnia dyrektor Florek.

Warto jednak w tym miejscu odnotować, że oddziały NFZ nie ogłaszają konkursów na świadczenia stomatologiczne od wielu lat. W Świętokrzyskiem ostatnie postępowanie ofertowe odbyło się w 2017 r. Od tamtego czasu umowy są z roku na rok aneksowane.

GROŹBA PRYWATYZACJI

– Jeśli obecny kierunek się utrzyma i nakłady na stomatologię nie zostaną zwiększone, publiczna stomatologia stanie się marginalnym dodatkiem do systemu ochrony zdrowia. Pacjenci będą zmuszeni korzystać z drogiej prywatnej opieki, a zdrowie jamy ustnej przestanie być dostępne dla wszystkich na równych zasadach – przestrzega Paweł Barucha. – Może dojść do wtórnej prywatyzacji polskiej stomatologii. Gabinety będą przejmowane przez duże korporacje, które stawiają na ilość, a nie jakość, co w efekcie odbije się na zdrowiu pacjentów.

Samorząd lekarski oraz eksperci rynku zdrowia apelują o zwiększenie nakładów na stomatologię do co najmniej 4 proc. budżetu NFZ. W planie finansowym na 2026 r. fundusz zaplanował na ten cel wydatki w kwocie ponad 4,12 mld zł, co stanowi zaledwie 2,05 proc. ●

PRAKTYKA LEKARSKA

Technologia, która ratuje najmniejszych pacjentów

ADAM CZERWŃSKI
DZIENNIKARZ

Elektryczna tomografia impedancyjna, jeszcze niedawno niszowa metoda, wchodzi na oddziały intensywnej terapii i zmienia sposób podejmowania decyzji. Dla dzieci z najcięższymi wadami serca i płuc oznacza jedno: większą szansę na przeżycie i mniejsze ryzyko trwałych powikłań.

Maia od kilku miesięcy leży w Klinice Intensywnej Terapii i Wad Wrodzonych Noworodków i Niemowląt Łódzkiego Instytutu „Centrum Zdrowia Matki Polki” (ICZMP). – Lekarze mówili, że ma tylko pięć procent szans na przeżycie – wzdycha pani Klaudia, mama dziewczynki. – Ale chyba się nam udało. Proszę zobaczyć, jak błyszczy jej oko.

– Maja bardzo dużo przeszła. Ale jeszcze długa i wyboista droga przed nią – mówi dr Katarzyna Fortecka-Piesterziewicz, p.o. kierownika kliniki. Dziewczynka urodziła się z niezwykle rzadką wadą serca: skrajną postacią zespołu Ebsteina (nieprawidłowa budowa zastawki trójdzielnej, umożliwiająca przepływ krwi z prawego przedsionka do prawej komory; krew zamiast być pompowana do płuc, przecieka z powrotem do prawego przedsionka). W czwartej dobie życia przeszła operację radiochirurgiczną. Po trzech tygodniach w oddziale pooperacyjnym trafiła do kliniki kierowanej przez dr Fortecką-Piesterziewicz. – Nie można było jej ekstubować i wymagała wentylacji bardzo wysokimi parametrami – mówi lekarka. – Zaczęliśmy ją monitorować pod kontrolą tomografii impedancyjnej.

NIEBIESKIE PŁUCA

Klinika jako pierwsza w Polsce zaczęła wykorzystywać tę metodę w intensywnej terapii noworodka.

Tomograf impedancyjny stanął przy łóżku dziewczynki. Urządzenie ani trochę nie przypomina zwykłego tomografu

komputerowego. Nie ma żadnego pierścienia, lampy rentgenowskiej, detektorów. Nie potrzebna jest sterownia. Aparat z daleka może przypominać kardiomonitor. Dziewczynce założono specjalny pas z elektrodami na klatkę piersiową, a na ekranie pojawiły się kolorowe wizualizacje.

Kolorowa mapa wentylacji pozwala lekarzom reagować natychmiast – bez czekania na wyniki badań, bez zgadywania, bez kosztownych błędów

– Elektryczna tomografia impedancyjna to metoda monitorowania funkcji płuc – tłumaczy Dorota Zasina-Ołaszek, specjalista neonatologii z ICZMP. – Kiedy pacjent oddycha, na monitorze widać, jak dokładnie powietrze wypełnia płuca i się w nich rozprzestrzenia. To badanie pokazuje nam proces wentylacji płuc w czasie rzeczywistym. Działa trochę jak obrotomierz w samochodzie.

Jak czytamy w Wikipedii, to „metoda pozwalająca na wizualizację przestrzennych rozkładów przewodności właściwej i przenikalności elektrycznej w badanej objętości. Obraz tomograficzny jest rekonstruowany na podstawie

pomiarów impedancji między elektrodami powierzchniowymi otaczającymi badaną objętość. Obrazowanie jest możliwe, ponieważ różne tkanki biologiczne charakteryzują się różnymi wartościami własności elektrycznych”.

Dr Zasina-Ołaszek: – Wykonujemy pomiary oporu, na który powietrze trafia w płucach, z dokładnym rozkładem tego oporu w poszczególnych częściach płuc. Uzyskane wartości są prezentowane jako kolorowa wizualizacja, jej interpretacja jest intuicyjna i szybka. Po prostu widzimy, w których miejscach powietrza jest więcej i gdzie wentylacja jest gorsza. Na podstawie pomiaru wartości impedancji przekładane są na kolory: od szarego do białego, przez całą gamę niebieskiego. Na monitorze widzimy wówczas dokładnie, w których miejscach tkanki płucnej powietrza jest więcej, a gdzie go brakuje. Jeśli barwy są symetrycznie rozłożone – wentylacja jest prawidłowa. Jeśli widzę, że w pewnym miejscu jedno płuco rozszerza się mniej niż drugie, muszę się zastanowić, co zrobić, żeby poprawić wentylację. Czasem wystarczy odwrócić pacjenta na brzuch, na bok, albo sprawdzić położenie rurki intubacyjnej, bo czasami ona jest za głęboko umieszczona i wtedy wchodzi nam tylko do jednego oskrzela. Jeśli to nie pomoże, mogę się zastanowić nad ujednoliceniem wentylacji, stosując na przykład manewr

► **Dr Katarzyna
Fortecka-
Pietrzeniewicz,**
p.o. kierownika
Kliniki Intensywnej
Terapii i Wad
Wrodzonych
Noworodków
i Niemowląt
łódzkiego Instytutu
„Centrum Zdrowia
Matki Polki”



fot. archiwum prywatne

rekrutacji, zwiększając parametry na respiratorze i po chwili je zmniejszając. Efekt działań widzę natychmiast na monitorze; gdy obraz stanie się właściwy i symetryczny, mamy bingo – zrobiliśmy dokładnie to, czego potrzebował pacjent.

OPTIMALNE WSKAŹNIKI

Pomysł tomografii impedancyjnej pochodzi z końca lat 70. XX wieku. W praktyce medycznej stosuje się ją od połowy lat 80. i dzięki rozwojowi technologii obecnie daje olbrzymie możliwości diagnostyczne. Korzysta z niej także weterynaria – w Wielkiej Brytanii powszechnie stosuje się ją w diagnostyce dużych zwierząt (głównie koni), ale jest także olbrzymią pomocą np. u niediagnozowalnych innymi metodami nosorożców.

Przez lata trwały prace przede wszystkim nad tym, żeby zmniejszyć liczbę elektrod, opracować software – metodę przekazywania danych. Na początku lat 90. zaczęto wykorzystywać tę metodę w medycynie. Była bardzo popularna w Brazylii. I powoli zaczęła docierać do Europy. Najpierw sięgnięto po nią w intensywnej terapii dorosłych. W tej grupie pacjentów łatwo przeprowadzić

badania weryfikujące skuteczność metody. Później stopniowo zaczęła wchodzić do pediatrii.

Narzędzie nie zastępuje doświadczenia klinicznego, ale daje coś bezcennego: pewność, że każda zmiana parametrów oddechu działa dokładnie tam, gdzie trzeba

Jak trafiła do łódzkiego Instytutu? – Miałam okazję spotkać się z dr. Marcelo Amato, propagatorem tej metody – mówi prof. Iwona Maroszyńska, dyrektor ICZMP. – On nawet przyjechał do nas, pokazał, jak to działa. Z prof. Ewą Gulczyńską, która kieruje Kliniką Neonatologii, Intensywnej Terapii i Patologii Noworodka, uznałyśmy, że może się nam to przydać. Od tego momentu czekałam na chwilę, kiedy będą do dyspozycji środki na zakup chociaż jednego takiego urządzenia.

Co daje neonatologom dodatkowe badanie, na przykładzie Mai tłumaczy dr Fortecka-Pietrzeniewicz. – Dziecko było wentylowane bardzo wysokimi parametrami i zastosowanie tomografii impedancyjnej pozwoliło w bardzo krótkim czasie dobrać optymalne wskaźniki i zredukować wentylację mechaniczną do absolutnego minimum, niezbędnego, aby prawidłowo zachodziła wymiana gazowa w płucach. W ciągu pierwszej doby pobytu tego dziecka w oddziale udało się zredukować przynajmniej o połowę wysokie nastawienie wentylacji mechanicznej – tłumaczy doktor. I dodaje: – Mogę śmiało powiedzieć, że dobierając optymalne wskaźniki wentylacyjne, uniknęliśmy długotrwałego uszkodzenia płuc. U dziecka poprawiły się wskaźniki dotyczące całej hemodynamiki, a trzeba zaznaczyć, że układ oddechowy jest ściśle powiązany z układem krążenia i one szczególnie na siebie oddziałują. W przypadku ciężkich wrodzonych wad serca niezwykle ważne jest prowadzenie odpowiedniej terapii wentylacyjnej,



◀ Maja leży w klinice od kilku miesięcy, urodziła się z niezwykle rzadką wadą serca, ale ma perspektywę na wyjście do domu

tak żeby układ krążenia też pracował najwydajniej.

Maja była wentylowana przez jeszcze kolejny prawie miesiąc, do momentu, w którym udało się ją efektywnie ekstubować – i to też dzięki odpowiedniemu monitorowaniu i dobraniu już wentylacji typu NAVA.

UNIKNAĆ POWIKŁAŃ

Jak tłumaczy prof. Maroszyńska, w intensywnej terapii jednym z największych wyzwań jest dobranie odpowiednich parametrów wentylacji.

– Pacjent nie oddycha fizjologicznie i nie ma ujemnego ciśnienia na wdechu – mówi. – Cały czas ciśnienie jest dodatnie. Jeśli za mocno wentylujemy, nie tylko doprowadzamy do rozdęcia pęcherzyków płucnych, ale też czasem one pękają. A gdy dojdzie do odmy, mamy stan zagrożenia życia. Oczywiście wtedy trzeba szybko interweniować, nakłuwać opłucną, odbarczać, żeby nie doszło do zatrzymania krążenia. Można też na respiratorze ustawić zbyt niskie parametry. I mamy zapadnięte pęcherzyki. Trudno je rozprężyć. Wtedy dochodzi do włóknienia płuc i przewlekłych procesów zapalnych. Dysplazja oskrzelowo-płuca to też coś, czego boimy się zwłaszcza u noworodków. Nie chcę powiedzieć, że teraz już wszystko i zawsze będzie pięknie, ale dostaliśmy narzędzie, które ułatwi nam szybkie decyzje pozwalające skuteczniej prowadzić terapię, tak by unikać tych powikłań – podkreśla prof. Maroszyńska.

Bo anestezjolog lub neonatolog do tej pory dysponował badaniami, które zazwyczaj przedstawiały wycinek rzeczywistości. I to najczęściej sprzed kilku lub kilkudziesięciu minut.

– Podchodziliśmy, wykonywaliśmy jakąś zmianę, czekaliśmy kwadrans, robiliśmy badanie gazometryczne i patrzyliśmy, czy to, co zrobiliśmy, pomogło, czy nie – opowiada dr Zasina-Olaszek. – Teraz od razu widzę, czy pomogło przełożenie pacjenta. Jeśli nie, poprawiam rurkę intubacyjną albo wykonuję manewr rekrutacji. I od razu obserwuję efekty działań na monitorze tomografu impedancyjnego – podkreśla.

OGIEŃ Z WODĄ

Na dowód skuteczności nowej metody lekarka opowiada historię jednej z pacjentek.

– Marcelinka miała przepuklinę przeponową lewostronną (CDH) – mówi. – I jeszcze ciężką wadę serca pod postacią hipoplazji lewego serca (HLHS). Pacjenci z tymi wadami wymagają zupełnie odmiennych metod wentylacji. W przepuklinie przeponowej musi ona być bardzo delikatna i wyważona. Natomiast w wadzie serca, jaką jest HLHS, jest zbyt duży przepływ płucny i zazwyczaj stosujemy dość agresywną wentylację mechaniczną.

Jak połączyć ogień z wodą? Po zabiegu przepukliny przeponowej podłączyliśmy tomografię impedancyjną po to, żeby zobaczyć, jak odpowiedzieć na potrzeby pacjentki. Szybko dobraliśmy optymalne parametry – opowiada.

I dodaje: – Kolejną łamigłówkę rozwiązywaliśmy po operacji kardiochirurgicznej. Dziewczynka wróciła do naszej kliniki w bardzo ciężkim stanie, z głęboką kwasicą oddechową. No i jak tu wentylować? Czy tak jak przepuklinę przeponową, czy wprost przeciwnie? Na podstawie tomografii impedancyjnej zrobiliśmy manewr rekrutacji. Jeśli by to była tylko przepuklina przeponowa, mogłaby totalnie zaszkodzić oddechowo i krążeniowo. Dzięki tomografii impedancyjnej zobaczyliśmy, że udało się nam rozprężyć pęcherzyki płucne.

NIE PRZY KAŻDYM ŁÓŻKU

Czy tomografia impedancyjna będzie game changerem na neonatologii?

– Czasem wdrażanie nowości napotyka opór, ale u nas udało się go uniknąć – odpowiada prof. Maroszyńska. I dodaje: – Bardzo chętnie korzystamy z nowego narzędzia. Jest dość drogie, bo kosztuje ok. 200 tys. zł. Żaden system nie wytrzyma zakupów wszystkich pojawiających się nowości. Ale tomograf impedancyjny nie musi stać przy każdym łóżku. Łatwo go przenieść tam, gdzie jest najbardziej potrzebny. Założenie pasa z elektrodami trwa chwilę. Po włączeniu aparatu dostajemy wiadomości, które pozwalają skutecznie pomóc pacjentowi. A przecież o to nam chodzi.

A co z Mają? Dr Fortecka-Pisstrzeniewicz: – Udało się nam i jej. Dziecko, które tak naprawdę wyjściowo miało 5-procentową szansę na przeżycie, w tej chwili ma perspektywę na dość szybkie wyjście do domu. I to w dobrym stanie.

– Nasze modlitwy zostały wysłuchane – kwituje mama dziewczynki.

fot. archiwum prywatne

PRAKTYCZNY PORADNIK



BEZPIECZNY LEKARZ

NIL

Naczelna
Izba Lekarska

JAK SIĘ BRONIĆ PRZED AGRESJĄ

Szybsza reakcja policji i prokuratury na incydenty, surowsze przepisy prawa – to wszystko wpływa na poprawę bezpieczeństwa personelu medycznego. Najważniejsze jest jednak to, żeby do takich zdarzeń nie dochodziło. Dlatego Naczelna Izba Lekarska wraz z ekspertami w dziedzinie samoobrony i deeskalacji przygotowała poradnik bezpieczeństwa dla lekarzy, lekarzy dentystów i szefów placówek medycznych.



Przed wizytą

- **Informacje o pacjencie** – zbierz dostępne informacje przed wizytą – w szczególności znane przypadki wcześniejszych zachowań agresywnych.
- **Przygotowanie gabinetu** – w miarę możliwości ustawienie mebli w sposób umożliwiający

opuszczenie gabinetu w razie niebezpieczeństwa, usunięcie z biurka i innych miejsc przedmiotów, które mogą posłużyć do zaatakowania (np. nożyczki, kubek z gorącym napojem, itp.), przygotowanie i sprawdzenie ustalonego sposobu wzywania pomocy.



W trakcie zdarzenia

- **Obserwuj zachowanie** osoby ze zwróceniem szczególnej uwagi na niewerbalne sygnały agresji (np. zaciśnięte pięści, mówienie przez zaciśnięte zęby, przyspieszony oddech, zaczerwienienie i widoczne żyły na twarzy, mowa skracana do krótkich zdań lub pojedynczych wyrazów, szeroko trzymane ramiona, podwijanie rękawów, wytykanie palcem wskazującym).
- **Deeskalacja** – zmierzaj do uspokojenia osoby, wysłuchaj pacjenta, zadawaj pytania otwarte, dopytuj o powód zdenerwowania, oferuj pomoc w rozwiązaniu problemu, np. „Co mogę zrobić, aby panu pomóc?”. Pamiętaj o zachowaniu bezpiecznego dystansu w trakcie rozmowy. Jeśli nie przynosi to rezultatu, korzystając z doświadczenia, opuść pomieszczenie pod dowolnym pretekstem (np. zaproponuj rozmowę z przełożonym, sprawdzenie wyników badań, przyniesienie dokumentów z recepcji, itp.).
- **Wezwanie pomocy** – poproś o pomoc obecny w pobliżu personel zgodnie z ustalonym kodem

słownym, np. „Proszę o dostarczenie niebieskiej teczki do mojego gabinetu”, który będzie bezpiecznym i dyskretnym sposobem wezwania pomocy, wezwij policję i/lub ochronę (jeśli jest dostępna), użyj przycisku alarmowego. Uwzględnij realny czas przybycia pomocy – wykorzystaj ten czas na próbę deeskalacji.

- **Agresja fizyczna** – w tej sytuacji niezwłocznie opuść niebezpieczne miejsce, w razie braku drogi ucieczki – ukryj się w bezpiecznym miejscu, jeśli nie możesz, to wykorzystaj wszelkie środki, w tym podręczne przedmioty do obrony.
- **Uzbrojony napastnik** – każdy przedmiot przypominający broń palną traktuj jako broń. W takiej sytuacji, jeśli możesz, to uciekaj, ukryj się i w ostateczności walcz dostępnymi środkami, wyłącznie kiedy istnieje ryzyko utraty życia. Jeśli jest to rozbój i napastnik żąda wydania np. pieniędzy, wykonuj jego polecenia – życie jest najwyższą wartością, a uzbrojony sprawca ma dużą przewagę w tej sytuacji.

Po zdarzeniu

- **Upewnij się**, czy ktoś nie potrzebuje natychmiastowej pomocy medycznej (poproś o pomoc, pomóż potrzebującym).
- **Udziel niezbędnych informacji** wezwanym służbom, pamiętaj o prawach

i obowiązkach osoby pokrzywdzonej i świadka zdarzenia.

- **W razie potrzeby skorzystaj** z pomocy psychologa.
- **Podziel się** doświadczeniem z personelem i przełożonym.

INCYDENT „AGRESYWNY PACJENT”



REAKCJA (zasada 3 x U)

USPOKÓJ. Mów wolno, niskim głosem: „Jak mogę pomóc rozwiązać ten problem?”.

UNIKAJ. Nie przerywaj, nie pouczaj, nie wykonuj gwałtownych ruchów, nie dotykaj pacjenta.

UCIEKAJ. Jeśli deeskalacja nie działa – wyjdź z gabinetu. Użyj pretekstu: „Muszę sprawdzić wyniki w systemie u pielęgniarki” lub „Poproszę przełożonego, by to wyjaśnić”.



SYGNAŁY OSTRZEGAWCZE („czerwone flagi”)

Zaciśnięte pięści/szczęka.

Podniesiony głos lub nienaturalny spokój („cisza przed burzą”).

Skracanie dystansu (wchodzenie w Twoją strefę intymną).

Gwałtowne gesty, wytykanie palcem.



WEZWANIE POMOCY (kody i alarm)

PRZYCISK ALARMOWY (lokalizacja przycisku np. pod biurkiem).

KOD SŁOWNY (do recepcji/personelu): „Proszę o dostarczenie niebieskiej teczki do mojego gabinetu”.

NUMER ALARMOWY 112 (policja).



ATAK FIZYCZNY

UCIEKAJ. Opuść gabinet natychmiast. Nie ratuj mienia.

UKRYJ SIĘ. Jeśli nie możesz wyjść, zamknij się w innym pomieszczeniu, barykaduj drzwi.

WALCZ. Tylko w ostateczności (zagrożenie życia). Użyj tego, co masz pod ręką (długopis, krzesło, gaśnica).

ROZBÓJ. Jeśli napastnik jest uzbrojony i chce pieniędzy/leków – oddaj je.
Życie jest priorytetem.



PO ZDARZENIU

Zadbaj o bezpieczeństwo (swoje i innych).

Zgłoś incydent przełożonemu.

Zapisz dokładny przebieg i konkretne groźby (cytaty).

Nie zostawaj sam – porozmawiaj z zespołem lub psychologiem.

Lista kontrolna instruktażu bezpieczeństwa – dla przełożonego



Przygotowanie gabinetu (sprawdzenie stanowiska pracy)

DROGA UCIECZKI: czy biurko jest ustawione tak, że lekarz ma swobodne wyjście do drzwi (nie jest „zablokowany” przez pacjenta)?

POTENCJALNA BRON: czy na biurkach nie leżą zbędne ostre narzędzia (skalpele, nożyczki, ciężkie przyciski do papieru)?

PRZYCISK NAPADOWY: czy każdy pracownik wie, gdzie on jest, i czy system był testowany w ciągu ostatnich 3 miesięcy?



Komunikacja i sygnały (szkolenie personelu)

KOD SŁOWNY: czy cały personel (lekarze, pielęgniarki, recepcja) zna i rozumie ustalony kod (np. „niebieska teczka”)?

SCENARIUSZE DEESKALACJI: czy przeciwczyliśmy „pretekst do wyjścia”, aby lekarz nie czuł dyskomfortu, opuszczając pacjenta?

MOWA CIAŁA: czy pracownicy potrafią wymienić sygnały zwiastujące agresję (np. zaciśnięte szczęki, skracanie dystansu)?



Reakcja na zagrożenie

DYSTANS: czy personel wie, że bezpieczna odległość zwiększa szansę na bezpieczną reakcję?

WSPARCIE: czy wszyscy pracownicy są poinstruowani, jak w bezpieczny sposób udzielić wsparcia współpracownikowi w zagrożeniu?



Wzywanie pomocy

NUMERY ALARMOWE: czy numery do ochrony/policji są zapisane w telefonach stacjonarnych na szybkim wybieraniu?

ROLA RECEPCJI: czy recepcja wie, co robić po usłyszeniu kodu (np. natychmiastowe wezwanie ochrony, otwarcie drzwi wejściowych dla służb)?



Wsparcie po incydencie

ZASADY DOKUMENTOWANIA: czy personel wie, że groźby należy zapisywać jako cytaty (w cudzysłowie), a nie tylko opisywać („był agresywny”)?

OPIEKA PSYCHOLOGICZNA: czy mamy kontakt do psychologa i prawnika, który może pomóc pracownikowi w ciągu 24 godzin od zdarzenia?

DEBRIEFING

Rola przełożonego

Rekomendujemy, żeby pracodawca/przełożony podczas szkolenia stanowiskowego z zakresu bezpieczeństwa i higieny pracy zapoznać personel medyczny także z zasadami postępowania w przypadku agresywnej osoby w placówce. Z procedurą bezpieczeństwa powinni zostać zapoznani wszyscy pracownicy. Uwzględniając specyfikę danej placówki medycznej, należy

opracować sposób wzywania pomocy (np. telefonicznie, poprzez komputer, przycisk alarmowy, ustnie) i zaznajomić z nim wszystkich pracowników. W zależności od lokalizacji, warunków pogodowych, liczby zdarzeń czas przyjazdu policji może znacznie się wydłużyć, a będzie wynosił co najmniej kilka minut.

Komunikacja w stresie

W stresie może dojść do efektu widzenia tunelowego – twoje pole widzenia znacznie się zawęzi, komunikacja może być utrudniona (możesz mieć kłopot z mówieniem, a agresor ma kłopot ze słuchaniem, możesz znieruchomieć lub nerwowo się śmiać). Istotną umiejętnością jest zdolność personelu do skutecznego rozładowania trudnej sytuacji. Unikać należy w takiej sytuacji sformułowań, które mogą zirytować pacjenta lub eskalować napięcie związane z sytuacją. Wybuchy agresji u pacjenta mogą być spowodowane lekceważącym lub niekulturalnym zachowaniem personelu. Zadawaj pytania otwarte – pozwól tej osobie „się wygadać”, oferuj pomoc w rozwiązaniu problemu, graj na czas, nie potęgуй

napięcia, proponuj rozmowę z przełożonym. Zwróć uwagę na groźby słowne, a także na niewerbalne sygnały agresji. Jeśli masz wątpliwości, bardziej zaufaj sygnałom niewerbalnym niż wypowiedzanym słowom. Najczęściej sprawcą agresji był mężczyzna w młodym lub średnim wieku, często po wpływie alkoholu lub środków odurzających, w kryzysie psychicznym, niezadowolony pacjent lub jego rodzina. Naucz się świadomości sytuacyjnej i jeśli dostrzegasz tego typu sygnały, a intuicja podpowiada, że sytuacja jest niebezpieczna, opuść gabinet i poproś o pomoc/wsparcie. Jeśli sprawca grozi i się zbliża, to sytuacja robi się niebezpieczna, masz mniej czasu na podjęcie decyzji.

Atak fizyczny na lekarza

Stań w bezpiecznej odległości (poza zasięgiem rąk agresywnej osoby), unieś otwarte dłonie przed sobą, pokazując gestami, żeby osoba się uspokoiła – zyskasz czas na reakcję obronną lub oddalenie się. Szukaj dróg wycofania się, unikaj szklanych konstrukcji, nie pozwól, żeby napastnik zapędził cię w róg pomieszczenia. Konfrontacja fizyczna jest ostatecznością i oznacza, że wiele spraw potoczyło się „nie tak”. Kiedy napastnik

gwałtownie się zbliża, zdecydowanie go odepchnij oburącz z krokiem w przód. Najbardziej powszechną formą agresji jest zadawanie uderzeń ręką w głowę – w takiej sytuacji zastoń oburącz głowę i szyję, stój szeroko na nogach i szukaj drogi wycofania się. Ostatecznie użyj wszelkich podręcznych przedmiotów do obrony – np. krzesła (trzymanego za siedzisko i oparcie, nogami w kierunku napastnika), długopisu trzymanego w pięści do zadawania uderzeń.

Zestawienie wybranych przepisów prawa

Typowe zachowanie agresywnej osoby wobec lekarza może wyczerpywać znamiona przestępstwa lub wykroczenia, co uzasadnia wezwanie policji. Zwykle można się spotkać z:

- **używaniem słów nieprzyzwoitych,**
- **znieważeniem,**
- **naruszeniem nietykalności cielesnej,**
- **naruszeniem miru domowego.**

Zgodnie z orzeczeniami Sądu Najwyższego osoba zaatakowana nie ma obowiązku ratowania się ucieczką, ukrywania się przed napastnikiem. Nie musi go ostrzegać, że będzie się bronić.

Zgodnie z art. 25. Kodeksu karnego [obrona konieczna] każdy ma prawo do obrony:

§ 1.

Nie popełnia przestępstwa, kto w obronie koniecznej odpiera bezpośredni, bezprawny zamach na jakiekolwiek dobro chronione prawem.

§ 2.

W razie przekroczenia granic obrony koniecznej, w szczególności gdy sprawca zastosował sposób obrony niewspółmierny do niebezpieczeństwa zamachu, sąd może zastosować nadzwyczajne złagodzenie kary, a nawet odstąpić od jej wymierzenia.

§ 2a.

Nie podlega karze, kto przekracza granice obrony koniecznej, odpierając zamach polegający na wdarciu się do mieszkania, lokalu, domu albo na przylegający do nich ogrodzony teren lub odpierając zamach poprzedzony wdarciem się do tych miejsc, chyba że przekroczenie granic obrony koniecznej było rażące.

§ 3.

Nie podlega karze, kto przekracza granice obrony koniecznej pod wpływem strachu lub wzburzenia usprawiedliwionych okolicznościami zamachu.

USTAWA O ZAWODACH LEKARZA I LEKARZA DENTYSTY

Art. 44. ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (t.j. Dz. U. z 2026 r. poz. 37).

Lekarzowi, który:

- 1) wykonuje czynności w ramach świadczeń pomocy doraźnej lub w przypadku, o którym mowa w art. 30,
- 2) wykonuje zawód w podmiocie wykonującym działalność leczniczą, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych w tym podmiocie – przysługuje ochrona prawna należąca funkcjonariuszowi publicznemu.

USTAWA Z DNIA 15 KWIETNIA 2011 R. O DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ (Dz. U. z 2025 poz. 450)

Art. 15a Osoba wykonująca zawód medyczny udzielająca świadczeń zdrowotnych poza zakładem leczniczym korzysta z ochrony prawnej przewidzianej w ustawie z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (Dz. U. z 2024 r. poz. 17, 1228, 1907 i 1965) dla funkcjonariuszy publicznych.

USTAWA Z DNIA 8 WRZEŚNIA 2006 R. O PAŃSTWOWYM RATOWNICTWIE MEDYCZNYM (Dz. U. z 2025 r. poz. 91)

Art. 5.

1. Osoba udzielająca pierwszej pomocy albo kwalifikowanej pierwszej pomocy, osoba wchodząca w skład zespołu ratownictwa medycznego, osoba udzielająca świadczeń zdrowotnych w szpitalnym oddziale ratunkowym, dyspozytor medyczny podczas wykonywania swoich zadań,

wojewódzki koordynator ratownictwa medycznego wykonujący zadania, o których mowa w art. 29 ust. 5, oraz krajowy koordynator ratownictwa medycznego wykonujący zadania, o których mowa w art. 20a ust. 3, korzystają z ochrony przewidzianej w ustawie z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (Dz. U. z 2024 r. poz. 17, 1228, 1907 i 1965) dla funkcjonariuszy publicznych.

2. Osoba, o której mowa w ust. 1, może poświęcić dobra osobiste innej osoby, inne niż życie lub zdrowie, a także dobra majątkowe w zakresie, w jakim jest to niezbędne dla ratowania życia lub zdrowia osoby znajdującej się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego albo ochrony lub ratowania własnego życia lub zdrowia.

USTAWA Z DNIA 6 CZERWCA 1997 R. KODEKS KARNY (t.j. Dz. U. z 2025 r. poz. 383 z późn. zm.).

Art. 222. [Naruszenie nietykalności cielesnej funkcjonariusza]

§ 1.

Kto narusza nietykalność cielesną funkcjonariusza publicznego lub osoby do pomocy mu przybranej podczas lub w związku z pełnieniem obowiązków służbowych, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat 3.

§ 1a.

Jeżeli sprawca czynu określonego w § 1 naraża pokrzywdzonego na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5.

§ 2.

Jeżeli czyn określony w § 1 lub 1a wywołało niewłaściwe zachowanie się funkcjonariusza lub osoby do pomocy mu

przybranej, sąd może zastosować nadzwyczajne złagodzenie kary, a nawet odstąpić od jej wymierzenia.

§ 3.

Na wniosek pokrzywdzonego sąd orzeka podanie wyroku skazującego do publicznej wiadomości.

Art. 223. [Czynna napaść na funkcjonariusza publicznego]

§ 1.

Kto, działając wspólnie i w porozumieniu z inną osobą lub używając broni palnej, noża lub innego podobnie niebezpiecznego przedmiotu albo środka obezwładniającego, dopuszcza się czynnej napaści na funkcjonariusza publicznego lub osobę do pomocy mu przybraną podczas lub w związku z pełnieniem obowiązków służbowych, podlega karze pozbawienia wolności od roku do lat 10.

§ 2.

Jeżeli w wyniku czynnej napaści nastąpił skutek w postaci ciężkiego uszczerbku na zdrowiu funkcjonariusza publicznego lub osoby do pomocy mu przybranej, sprawca podlega karze pozbawienia wolności od lat 2 do 15.

§ 3.

Na wniosek pokrzywdzonego sąd orzeka podanie wyroku skazującego do publicznej wiadomości.

Art. 226. [Znieważenie funkcjonariusza]

§ 1.

Kto znieważa funkcjonariusza publicznego lub osobę do pomocy mu przybraną, podczas i w związku z pełnieniem obowiązków służbowych, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do roku.

§ 2.

Przepis art. 222 § 2 stosuje się odpowiednio.

§ 3.

Kto publicznie znieważa lub poniża konstytucyjny organ Rzeczypospolitej Polskiej, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat 2.

Art. 231a. [Ochrona prawna funkcjonariusza publicznego]

Z ochrony prawnej przewidzianej dla funkcjonariuszy publicznych podczas lub w związku z pełnieniem obowiązków służbowych funkcjonariusz publiczny korzysta

również wtedy, jeżeli bezprawny zamach na jego osobę został podjęty z powodu wykonywanego przez niego zawodu lub zajmowanego stanowiska.

Art. 231b. [obrona konieczna chroniącego bezpieczeństwo]

§ 1.

Osoba, która w obronie koniecznej odpiera zamach na jakiegokolwiek cudze dobro chronione prawem, chroniąc bezpieczeństwo lub porządek publiczny, korzystając z ochrony prawnej przewidzianej dla funkcjonariuszy publicznych.

§ 3.

Jeżeli czyn sprawcy zamachu skierowany przeciwko osobie odpierającej zamach godzi wyłącznie w cześć lub godność tej osoby, ściganie następuje na wniosek pokrzywdzonego.

Art. 193. [Zakłócenie miru domowego, np. pacjent odmawia opuszczenia gabinetu po zakończeniu wizyty lub gdy lekarz nakazał mu wyjście ze względu na agresję]

§ 1.

Kto wdzierając się do cudzego domu, mieszkania, lokalu, pomieszczenia albo ogrodzonego terenu albo wbrew żądaniu osoby uprawnionej miejsca takiego nie opuszcza, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do roku.

§ 2.

Ściganie następuje na wniosek pokrzywdzonego.

Art. 190. [Groźba karalna]

§ 1.

Kto grozi innej osobie popełnieniem przestępstwa na jej szkodę lub na szkodę osoby dla niej najbliższej, jeżeli groźba wzbudza w osobie, do której została skierowana lub której dotyczy, uzasadnioną obawę, że będzie spełniona, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3.

§ 2.

Ściganie następuje na wniosek pokrzywdzonego.

OBOWIĄZKI ŚWIADKA

1. obowiązek stawienia się na wezwanie i pozostawanie do dyspozycji organu procesowego do czasu zakończenia czynności.

Niestawienie się bez usprawiedliwienia lub oddalenie się z miejsca czynności przed jej ukończeniem. Kara pieniężna do 10 000 zł (kara może być nakładana wielokrotnie), ponadto można zarządzić zatrzymanie i przymusowe doprowadzenie.

2. obowiązek składania zeznań. Bezpodstawną odmową zeznań – kara pieniężna do 3000 zł lub areszt do 30 dni (art. 285 kpk).

3. obowiązek zeznawania prawdy. – Umyślne zeznawanie nieprawdy bądź zatajanie prawdy – przestępstwo z art. 233 § 1 kk – pozbawienie wolności do lat 8.

– Jeśli świadek zeznaje nieprawdę z obawy przed odpowiedzialnością karną grożącą jemu samemu lub jego najbliższemu, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5. To łagodniejsza forma tego przestępstwa.

PRAWA ŚWIADKA

1. prawo do odmowy składania zeznań i uchylenie się od odpowiedzi na pytanie.

Przysługuje osobom najbliższym dla podejrzanego (oskarżonego) (art. 182 § 1 i 2 kpk).

Świadek może bez podania przyczyny uchylić się od odpowiedzi na pytanie, jeżeli w ten sposób mógłby narazić siebie lub osobę najbliższą na odpowiedzialność karną lub karnoskarsbową (art. 183 § 1 kpk).

Można zwolnić od złożenia zeznania lub odpowiedzi na pytanie osobę pozostającą z oskarżonym w szczególnie bliskim stosunku osobistym, jeżeli osoba taka wniosła o zwolnienie (art. 185 kpk).

2. świadek może złożyć wniosek, aby czynność okazania, w trakcie której są mu okazywane inne osoby, w celu rozpoznania, przeprowadzono w sposób wyłączający możliwość rozpoznania osoby świadka przez osobę rozpoznawaną (art. 173 § 2 kpk).

3. świadek może żądać, aby przesłuchano go na rozprawie z wyłączeniem jawności, jeśli treść zeznań mogłaby narazić na hańbę jego lub osobę dla niego najbliższą (art. 183 § 2 kpk).

4. dane dotyczące miejsca zamieszkania, miejsca pracy, numeru telefonu, adresu e-mail oraz numeru faksu świadka nie pojawiają się w protokole dostępnym dla oskarżonego i jego obrońcy, są one umieszczane w osobnym załączniku, do którego wgląd ma tylko organ procesowy (art. 148a kpk).

Polska się kurczy

Spadek liczby urodzeń przestał być statystyczną ciekawostką. Demografia alarmuje: bez realnych warunków do zakładania rodzin przyszłość kraju rysuje się w coraz ciemniejszych barwach.

Według lokalnego portalu w 2025 r. w moim Pleszewie odnotowano 174 urodzenia. To o 20 proc. mniej niż w 2024 r. Na podstawie publikacji lokalnych urzędów stanu cywilnego, doniesień medialnych oraz wstępnych statystyk GUS za luty 2026 r. aktualne dane dotyczące liczby urodzeń żywych również nie napawają optymizmem. Sprawdziłem także dane dla Kalisza, Ostrowa Wielkopolskiego i Poznania – wszędzie odnotowano spadki. Tak jak w całej Polsce.

Spadek liczby urodzeń w naszym kraju jest zjawiskiem obserwowanym od lat 90. XX wieku, jednak w ostatniej dekadzie proces ten wyraźnie przyspieszył, osiągając rekordowo niskie poziomy. Według danych GUS w 2024 r. zarejestrowano około 252 tys. urodzeń żywych – najmniej w całym okresie powojennym. Współczynnik dzietności obniżył się w 2024 r. do poziomu 1,10, znacznie poniżej progu zastępowalności pokoleń (2,1). Ujemny przyrost naturalny w 2025 r. wyniósł -4,5 na 1000 ludności, co przyczyniło się do spadku populacji Polski do 37,332 mln osób, czyli ubytku o 157 tys. rok do roku.

Na podstawie raportów GUS, Rządowej Rady Ludnościowej (RRL) oraz analiz ekonomicznych i socjologicznych wiadomo, że spadek dzietności wynika z kombinacji czynników demograficznych, ekonomicznych, zdrowotnych i kulturowych. Nie istnieje jedna dominująca przyczyna – badania wskazują raczej na złożone i wzajemnie wzmacniające się zależności.

Po pierwsze, spadek liczby kobiet w wieku rozrodczym. To podstawowy czynnik demograficzny. W 1995 r. liczba kobiet w wieku 15–49 lat wynosiła 10,1 mln, podczas gdy w 2022 r. było ich już tylko 8,7 mln, co bezpośrednio ogranicza potencjał urodzeniowy. Prognozy GUS wskazują na dalszy spadek tej grupy o około 20 proc. do 2030 r., co dodatkowo pogłębi niską dzietność.

Po drugie, brak poczucia bezpieczeństwa i niestabilność na rynku pracy. Badania RRL

MARIUSZ POLITOWICZ
CZŁONEK NACZELNEJ
RADY APTEKARSKIEJ



podkreślają, że młodzi ludzie odkładają decyzje prokreacyjne z powodu niepewności zatrudnienia, niskich płac oraz braku równowagi między życiem zawodowym a prywatnym. Wśród przyczyn spadku dzietności wskazać można również brak stabilnego, godnie wynagradzanego zatrudnienia, a w konsekwencji brak możliwości zakupu własnego mieszkania, co skutecznie hamuje decyzje o powiększaniu rodziny.

Kolejna to dostęp do opieki zdrowotnej. Są też zmiany kulturowe i społeczne (rodziny zakładane są coraz później – średni wiek kobiety rodzącej pierwsze dziecko wyniósł w 2024 r. 28,2 roku). Nie bez znaczenia jest również emigracja i starzenie się społeczeństwa. Emigracja młodych ludzi (około 2 mln osób w wieku 20–35 lat w ostatniej dekadzie) zmniejsza bazę potencjalnych rodziców. Jednocześnie mediana wieku w Polsce wzrosła do 43 lat, co przyspiesza proces starzenia się społeczeństwa. Prognozy wskazują, że do 2030 r. osoby w wieku 65+ mogą stanowić nawet 25 proc. populacji.

Wspomnieć wypada również o wpływie pandemii COVID-19. Pogłębiła ona spadek liczby urodzeń w latach 2020–2021, wpływając na decyzje rodzinne poprzez zwiększoną niepewność zdrowotną i ekonomiczną.

Prognozy GUS wskazują, że przy utrzymaniu obecnego poziomu dzietności populacja Polski może spaść do

28–30 mln osób do 2060 r., co wymaga kompleksowej polityki prorodzinnej, migracyjnej i zdrowotnej. Same transfery finansowe, takie jak 500+/800+, są niewystarczające. Niezbędne są zmiany systemowe w obszarach opieki, edukacji i rynku pracy. Tyle analizy.

Każdego dnia obserwuję wzrost liczby realizowanych recept na tabletki antykoncepcyjne oraz spadek liczby sprzedawanych testów ciążowych, preparatów mlekozastępczych i leków w postaciach pediatrycznych. Owszem, krytycy mogą zarzucić, że obserwacje z jednej apteki nie stanowią miarodajnego źródła danych. Cóż, to wolny kraj. Niemniej zbyt wiele lat pracuję w zawodzie, by nie dostrzegać pewnych trendów.

Jeśli młodzi ludzie – w Polsce 54 proc. osób w wieku 25–34 lat – żyją od wypłaty do wypłaty, a większość dochodów przeznaczają na wynajem mieszkania, to chęć nawiązywania i utrzymywania trwałych związków, a tym bardziej zakładania i powiększania rodziny, gwałtownie maleje.

Nie ma znaczenia, czy powyższe, zgodne obserwacje formułuje farmaceuta pracujący w aptece, czy GUS. Nie ma to znaczenia dla nas – obywateli wyludniającej się Rzeczypospolitej. Jeśli nasze dzieci nie będą miały warunków do normalnego życia, w tym do zakładania rodzin, zarówno los nas, rodziców, jak i przyszłość kraju rysują się w czarnych barwach. ●

PRAKTYKA LEKARSKA

Plan leczenia jak układanie puzzli

Jak w czasie kryzysu finansowego zbudować dobrze funkcjonujący zespół medyczny, mówi **dr n. med. i n. o zdr. Michał Lis**, ordynator Oddziału Chorób Wewnętrznych I z Pododdziałem Endokrynologicznym, Pododdziałem Diabetologicznym i Pododdziałem Chorób Metabolicznych Szpitala Czerniakowskiego w Warszawie, w rozmowie z Mariuszem Tomczakiem.

Wiele się mówi o złej sytuacji finansowej w szpitalach publicznych. Internista nie jest wyjątkiem. Czy w takich okolicznościach da się myśleć o przyszłości, czy raczej należy za wszelką cenę szukać oszczędności, bo najważniejsze jest to, co tu i teraz?

Coraz nowocześniejsze i skuteczniejsze terapie wymagają większych nakładów finansowych. Niestety od wielu lat wycena świadczeń medycznych w zakresie chorób wewnętrznych pozostaje niedoszacowana. Przekłada się to na sytuację oddziałów internistycznych bez względu na to, czy w swojej strukturze mają pododdziały wysokospecjalistyczne, czy też nie.

Jednak niezależnie od sytuacji ekonomicznej dobro pacjenta musi stanowić najwyższą wartość, a chory powinien otrzymać leczenie zgodne z najnowszymi rekomendacjami towarzystw naukowych.

W Szpitalu Czerniakowskim, który jest placówką należącą do miasta Warszawy i – jak przeczytałem na stronie internetowej – otacza opieką w szczególności mieszkańców trzech dzielnic: Mokotowa, Wilanowa i Ursynowa, doszło do dużych zmian w funkcjonowaniu oddziału chorób wewnętrznych. Co się wydarzyło?

Cztery lata temu był to oddział chorób wewnętrznych, do którego trafiali pacjenci z bezpośrednim zagrożeniem życia, przyjmowani w trybie ostrodyżurowym za pośrednictwem

szpitalnego oddziału ratunkowego. Po tym, gdy objąłem ordynaturę, utworzyliśmy pododdziały endokrynologii, diabetologii i chorób metabolicznych.

Kolejnym krokiem było powstanie ośrodka klinicznego i podjęcie współpracy z Uczelnią Łazarskiego. Dzięki temu, że staliśmy się Kliniką Chorób Wewnętrznych, Endokrynologii, Diabetologii, Nefrologii i Chorób

Nie da się być dobrym lekarzem, nie znając aktualnych trendów w medycynie i nie interesując się nowymi sposobami rozwiązywania problemów zdrowotnych pacjentów

Metabolicznych, bierzemy aktywny udział w szkoleniu przyszłego personelu medycznego.

Obecnie prowadzimy zajęcia dydaktyczne ze studentami III i VI roku kierunku lekarskiego Uczelni Łazarskiego, a także dla studentów pielęgniarstwa z innych uczelni. Bardzo ważne było też uzyskanie akredytacji, dzięki której powstały specjalizacyjne miejsca szkoleniowe w zakresie diabetologii, a później endokrynologii.

Jako zespół mocno stawiamy również na rozwój naukowy.

Osoby zatrudnione w naszym oddziale publikują artykuły w renomowanych międzynarodowych czasopismach naukowych, a nasze badania naukowe są wysoko oceniane w świecie naukowym.

Poza tym prowadzimy programy lekowe i badania kliniczne, co pozwala chorym korzystać z najnowocześniejszych terapii, zanim będą ogólnodostępne, specjalizujemy się w leczeniu cukrzycy za pomocą pomp osobistych, a także utworzyliśmy Warszawskie Specjalistyczne Centrum Leczenia Chorób Cywilizacyjnych. Jego kierownikiem jest dr Olga Turowska.

Ilu pacjentów trafia na oddział?

Ok. 3 tys. rocznie. Wielu jest przyjmowanych ze szpitalnego oddziału ratunkowego, gdzie trafiają przywiezieni przez zespół pogotowia ratunkowego. W obrębie naszego oddziału istnieje sala intensywnego nadzoru internistycznego, w pełni monitorowana, do której trafiają pacjenci w stanie bezpośredniego zagrożenia życia.

Ale część chorych przyjeżdża z odległych miast i innych województw. Są to głównie pacjenci wysokospecjalistyczni, np. endokrynologiczni, z guzami przysadki mózgowej czy nadnerczy, lub diabetologiczni z cukrzycą o niejasnej etiologii czy o nietypowym przebiegu.

Czy ich leczenie to największe wyzwanie?

Z całą pewnością sporym wyzwaniem jest pomoc osobom z wielochorobowością w bezpośrednim zagrożeniu życia, które trafiają bezpośrednio z SOR. Ale tak naprawdę dla pacjentów kierowanych do pododdziału endokrynologicznego czy diabetologicznego opieka ambulatoryjna jest niewystarczająca, bo zostały już wykorzystane wszystkie możliwości diagnostyki w ramach poradni specjalistycznych.

Równoczesne występowanie u niektórych pacjentów dwóch lub więcej schorzeń jest faktem, dlatego nie należy ograniczać się do jednej dziedziny medycyny. W związku z tym, że na naszym oddziale chorób wewnętrznych kompleksową opiekę świadczy zespół składający się z lekarzy różnych specjalności – internistów, endokrynologów, diabetologów, kardiologów i pulmonologów, co jest czymś wyjątkowym, jeśli chodzi o oddziały chorób wewnętrznych – jesteśmy w stanie wybierać najlepszą drogę postępowania terapeutycznego.

Pamiętamy, aby szanować prawa i godność pacjenta. Wiemy, że pacjenci nie oceniają lekarzy merytorycznie, ale zwracają dużą uwagę na to, jacy jesteśmy – czy wykazujemy empatię i czy potrafimy ze zrozumieniem pochylić się nad problemem, który nierzadko urasta do rangi jednej z najważniejszych spraw w ich życiu.

To nie mury leczą, a ludzie, ale trudno wyobrazić sobie szpital bez nowoczesnego wyposażenia.

Żeby zapewnić wysoką jakość udzielanych świadczeń medycznych, potrzebny jest nowoczesny sprzęt. Patrząc na rozwój naszego oddziału, należy też jasno powiedzieć, że gdyby nie przychyłność zarządu szpitala, a konkretnie prezesa Pawła Obermeyera, nie udało by się osiągnąć tych sukcesów.

Mam to szczęście, że prezes z wykształcenia jest lekarzem. Obserwując jego decyzje w okresie ostatnich czterech lat, mogę śmiało powiedzieć, że to człowiek pełen empatii, kochający pacjentów.



fot.: archiwum prywatne

Pracując z zespołem, który jest na wysokim poziomie merytorycznym, mam świadomość, że sam powinienem nadążać za najnowszymi wytycznymi

Dzięki aktywności i działaniom prezesa szpitala pozyskuje środki na rozwój i rozbudowę.

Jak Pan jako ordynator motywuje zespół?

Wzajemnie się szanujemy i motywujemy, choć jednocześnie dużo od siebie wymagamy. Pracując z zespołem, który jest na wysokim poziomie merytorycznym, mam świadomość, że

◀ **Dr n. med. i n. o zdr. Michał Lis** jest specjalistą chorób wewnętrznych, diabetologiem i endokrynologiem

sam powinienem nadążać za najnowszymi wytycznymi.

Mam to szczęście, że pracuję z osobami kochającymi swoją pracę. Jako lekarze wiemy, że naszą misją jest pomoc pacjentom. Nie unikamy zajmowania się trudnymi przypadkami medycznymi, które z uwagi na wielochorobowość czasami stanowią wielką zagadkę. Każdemu pacjentowi przygotowujemy indywidualny plan leczenia, co trochę przypomina układanie puzzli.

To przynosi efekty, bo otrzymujemy ogrom e-maili od pacjentów z podziękowaniami i wyrazami szacunku, a środowiskowo lekarskie zaprasza nas do udziału w konsyliach dotyczących najtrudniejszych przypadków klinicznych.

Plany na przyszłość to...?

Stawiamy na rozwój. Będziemy dalej gromadzić wokół siebie ludzi ambitnych, chcących zdobywać nową wiedzę z zamiarem pomocy pacjentom. Chciałbym też, żebyśmy stali się ośrodkiem egzaminującym lekarzy z endokrynologii, diabetologii i chorób wewnętrznych w ramach Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego.

Wychodząc z założenia, że w sercu młodego lekarza należy rozbudzić chęć poznawania świata naukowego. Prowadząc szkolenie specjalizacyjne – z chorób wewnętrznych, endokrynologii czy diabetologii – powinniśmy zachęcać lekarzy do aktywnego uczestnictwa w tym, co oferuje świat medyczny.

Nie da się być dobrym lekarzem, nie znając aktualnych trendów w medycynie i nie interesując się nowymi sposobami rozwiązywania problemów zdrowotnych naszych pacjentów. ●

FELIETON

Mistrz Yoda i Darth Vader

Dla lekarza, którego zawód jest częścią tożsamości, emerytura nie jest końcem pracy, lecz próbą charakteru. Czy potrafimy zejść ze sceny jak Yoda, czy zostaniemy zapamiętani jak Darth Vader?

To musi być bardzo trudna chwila. Przekonam się o tym, jeśli dane będzie mi dotrzeć do wieku emerytalnego w dobrym zdrowiu. Już teraz wyobrażam sobie jednak, że zakończenie kariery zawodowej jest dla prawie każdego lekarza i lekarki momentem równie przełomowym, co otrzymanie dyplomu. Spędzamy przecież w szpitalach czy przychodniach znaczną część życia. Nasz zawód jest częścią naszej tożsamości – często pewnie bardziej niż w przypadku przedstawicieli innych profesji. Jak to jest znieczulić czy zoperować ostatniego chorego? Po raz ostatni wypisać zlecenia? Urządzić pożegnalną imprezę, spakować szafkę, wyjść ze szpitala, odwracając się pewnie jeszcze raz i spoglądając na drzwi, przez które przez wiele (często kilkadziesiąt) lat wchodziło się prawie codziennie?

Kiedyś trzeba to zrobić. Bo zdrowie już nie dopisuje, bo dłonie już nie takie sprawne, bo umysł łączy fakty nie tak dobrze jak dawniej, wreszcie (czego każdemu i każdej z państwa życzę), bo czas odpocząć – wrócić do zapomnianych pasji, zwiedzić świat, spędzić czas z wnukami, skoro kilkadziesiąt lat wcześniej dyżury nie pozwoliły go spędzić z dziećmi tyle, ile byśmy chcieli. Tym trudniej, jak sądzę, odejść, gdy osiągnęło się w karierze lekarskiej zawodowe szczyty – gdy sprawowało się kierownicze funkcje i dzięki ciężkiej pracy zdobywało się kolejne tytuły zawodowe. Dziś jest się profesorem, kierownikiem kliniki czy ordynatorem, a tydzień później ma się być po prostu emerytem? Kopać grządki? Bawić wnuki?

Podobno jedna trzecia emerytów doświadcza po zakończeniu pracy objawów depresji. Sześć lat w pogotowiu ratunkowym przekonało mnie, że być może największym problemem osób w tej grupie wiekowej jest dojmująca samotność. To właśnie po to, żeby wejść w jakąkolwiek interakcję społeczną, seniorzy i seniorki często dzwonią na 999. Dolegliwości zdrowotne są niejednokrotnie po prostu

do kontaktu z drugim człowiekiem. *Homo sapiens* jako istocie społecznej potrzebni są inni ludzie – bliscy, przyjaciele, wreszcie koledzy i koleżanki z pracy. Lekarski zawód to, siłą rzeczy, mnóstwo kontaktów międzyludzkich. Bywamy nimi sfrustrowani i przeciążeni, bywają one źródłem stresu i konfliktów, ale jednak są. Z chwilą zakończenia pracy zawodowej od tych dziesiątek

Sobie i państwu życzę, żebyśmy
przez lata rozumieli naszą
zmieniającą się rolę i mieli pomysł na życie
po zawodowym życiu

codziennych interakcji jesteśmy odcięci. Zostaje nam tylko najbliższy krąg społeczny, często kurczący się (śmierć współmałżonka, dzieci mieszkające w innym mieście). Często też, jak sądzę, emerytom i emerytkom towarzyszy poczucie, że nie są już nikomu potrzebni.

Obserwowałem w ostatnich latach z bliska zakończenie kariery zawodowej dwóch lekarzy z bogatym dorobkiem, sprawujących wysokie funkcje. Szczegóły dotyczące tych historii zmienię, ale chciałbym

je opowiedzieć, bo wydają mi się symptomatyczne.

Profesor Grzegorz był kierownikiem kliniki, zabiegowcem o uznanej renomie. Był nawet szefem jednego z europejskich towarzystw naukowych. Cenili go pacjenci, szanowali współpracownicy. Miał spore grono wychowanków. Około sześćdziesiątego roku życia zauważył jednak, że przy stole operacyjnym idzie mu coraz gorzej. Zabiegi trwały dłużej, częściej pojawiały się (na szczęście niezbyt groźne) powikłania. Zobaczył, że asystenci i adiunkci – ci, których sam uczył – operowali od niego sprawniej. Profesor, choć z bólem serca, stwierdził, że czas dać pole młodszemu. Zakomunikował to zespołowi – operować już nie będzie. Skupił się na zarządzaniu kliniką, pełnił funkcję bardziej konsultacyjną i wspierającą, wreszcie zaczął jednego ze swoich wychowanków szykować do przejęcia po nim funkcji – uczynił go swoim zastępcą. Gdy osiągnął wiek emerytalny, zakończył pracę na funkcji kierownika kliniki. Urządzono mu wspaniałe pożegnalne przyjęcie – wiele osób miało łzy w oczach, gdy profesor żegnał się z zespołem. Otrzymał w klinice swój pokój, przychodził od czasu do czasu na poranne obchody, dzwoniło do niego, gdy przypadek był szczególnie skomplikowany. Choć nie wszystkie

JAKUB SIECZKO
ANESTEZJOLOG



decyzje jego następcy mu się podobały – taktownie zachowywał milczenie. Proszony o radę, jednak zawsze jej udzielał. Mówiono o nim „Yoda” – niczym mistrz z serii o Gwiezdnym Wojnach dzielił się z młodszymi kolegami swoim bezcennym, wieloletnim doświadczeniem.

Doktor Jacek również był zabiegowcem. Również był ordynatorem oddziału zabiegowego – od lat szefował mu w szpitalu wojewódzkim w dużym mieście. Znał tam wszystkich, wszyscy znali jego. Najdłużej pracujące na oddziale pielęgniarki opowiadały: gdy tylko zaczął pracę tuż po stażu podyplomowym, od razu było widać, że to ogromny talent. Operował sprawnie i bezkrwawo, był jednym z tych ludzi, którzy wybrali zawód zgodnie ze swoimi naturalnymi uzdolnieniami (w jego wypadku manualnymi). Jego kolejne awanse (najpierw jedna specjalizacja, potem druga, wreszcie doktorat i objęcie funkcji ordynatora oddziału) były naturalnym efektem jego ciężkiej pracy i talentów – był po prostu najlepszy i co do tego nikt trzydzieści lat temu nie miał wątpliwości. Kiedy objął funkcję kierowniczą, okazało się jednak, że ma tę niepokojącą cechę, która u szefa raczej przeszkadza, niż pomaga – zawsze musi wyjść na jego. Ktoś przeczytał o nowej metodzie operacyjnej, która ma dobre wyniki, i chciałby zacząć ją stosować na oddziale doktora Jacka? Nie ma mowy, u nas robi się od dawna według starych metod i to się sprawdza. Ktoś chciałby obronić doktorat i prowadzić w oddziale działalność naukową? Brak zgody, jeden doktor nauk medycznych w oddziale wystarczy. Znać przecież państwo takich szefów, dla których inni zdolni, chcący się rozwijać, są zagrożeniem. Taki sposób zarządzania przez doktora Jacka sprawił, że współpracownicy zaczęli albo z oddziału odchodzić, albo pojawiły się z nimi otwarte konflikty. Doktor – kiedyś zdolny, młody i sprawny – zaczął być sprawny znacząco mniej. Utkwił w dotychczasowych rutynach, gdy wiecznie pędzący medyczny świat był już dużo dalej. Tych, którzy delikatnie sugerowali mu, że czas dać pole młodszemu od siebie, rugał z góry na dół. W końcu, gdy miał operować, anestezjologzy kręcili nosem, asystenci brali kilka głębokich oddechów, instrumentalistki robiły sobie dwie kawy zamiast jednej. Coraz częstsze były powikłania, często poważne. Zespół lekarski zaczął spotykać się z dyrekcją szpitala, przedstawiając sytuację.

Kolejne osoby odchodziły z oddziału. Doktorowi Jackowi sugerowano coraz wyraźniej, że czas pożegnać się z funkcją. Ten jednak nie chciał – twierdził wszak, że to on stworzył ten oddział, a po dwóch córkach to jego trzecie ukochane dziecko. W końcu gdy zgodnie z przepisami prawa można go było z powodu wieku zwolnić – zrobiono to. Odbyły się dwie pożegnalne imprezy – na poczęstunku zorganizowanym przez doktora Jacka w oddziale atmosfera była grobowa. Uściśnięto sobie kurtuazyjnie dłonie, a doktorowi wręczono kwiaty. Wieczorem odbyła się druga impreza – tym razem w klubie. Stawił się prawie cały zespół lekarski i pielęgniarski. Do białego rana świętowano hucznie to, że „Darth Vader” (tak na niego nieoficjalnie mówiono) wreszcie odchodzi. Samego doktora na imprezę nie zaproszono.

reklama

Z zawodem czy kierowniczą funkcją można pożegnać się dobrze lub źle. Można rozumieć, że czas mija i cofnąć się go nie da, lub udawać, że nadal ma się czterdzieści lat i całe życie przed sobą. Można wreszcie przez lata uczynić pracę zawodową osią swojego życia lub można oprócz niej rozwijać się w innych dziedzinach, dbać o przyjaźnie, pielęgnować pasję. Sobie i państwu życzę, żeby żegnano nas w ostatnim dniu ciepło i serdecznie, żebyśmy przez lata rozumieli naszą zmieniającą się rolę, żebyśmy na życie po zawodowym życiu mieli dobry pomysł i plan. Lekarski zawód uczy nas przecież, że wszystko ma swój naturalny kres. Żadna tragedia ani dramat, ot, porządek świata. ●

Napisz do autora:
sieczko.gazetalekarska@gmail.com

PRAKTYKA LEKARSKA

Dieta i sport są ważne w leczeniu raka

ZBIGNIEW WOJTASIŃSKI
DZIENNIKARZ

Czy o rokowaniu pacjenta onkologicznego decyduje wyłącznie terapia? Coraz więcej badań pokazuje, że równie ważne są dieta i aktywność fizyczna. Odpowiednie postępowanie pozaterapeutyczne może wydłużyć życie i zmniejszyć ryzyko nawrotu choroby. Lekarze powinni mówić o tym równie stanowczo, jak o farmakoterapii.

Wyjątkowo sugestywne są badania opublikowane na łamach pisma „Cancer” Amerykańskiego Towarzystwa Onkologicznego (ACS). Wynika z nich, że aktywność fizyczna wydłuża życie chorych na raka jelita grubego. U części pacjentów może sprawić, że będą żyć tak długo jak osoby zdrowe.

Nowotwory dla coraz większej grupy chorych stają się chorobami przewlekłymi – w czym ogromna zasługa nowych terapii. Nie można jednak zapominać, że zmiana stylu życia, przede wszystkim modyfikacja diety i regularna aktywność fizyczna, mogą wydłużyć przeżycie w stopniu porównywalnym z niektórymi nowoczesnymi lekami.

Coraz częściej podkreślają to eksperci. – Z naszych badań wynika, że po wykryciu raka jelita grubego pacjenci aktywni fizycznie mogą żyć tak samo długo, a czasami nawet dłużej niż osoby z populacji ogólnej, które nie chorowały na raka – zapewnia prof. Justin Brown z Louisiana State University, dyrektor Cancer Metabolism Program.

Specjalista zaznacza, że wyniki te odnoszą się zarówno do pacjentów w trakcie leczenia, jak i będących w okresie remisji. Wskazuje na to analiza prawie 3 tys. chorych z rakiem jelita grubego, którzy ćwiczyli zarówno podczas chemioterapii, jak i po jej zakończeniu. Obserwacje trwały sześć lat. Wykazały, że regularny wysiłek fizyczny wydłuża życie i zmniejsza ryzyko nawrotu choroby.

ĆWICZ, BY DŁUŻEJ ŻYĆ

Prof. Keith Diaz z Columbia University, który nie uczestniczył w badaniu,

w wypowiedzi dla CNN wyjaśniał możliwe mechanizmy tego zjawiska. Jego zdaniem aktywność fizyczna poprawia funkcjonowanie układu krążenia, wspiera zdrowie psychiczne oraz korzystnie wpływa na stan jelit – a każdy z tych czynników ma znaczenie dla długości życia. Ćwiczenia zmniejszają także stan zapalny i poziom insuliny, co może hamować rozwój nowotworu.

Jak dużo trzeba ćwiczyć? Według prof. Browna każdy regularny, nawet niewielki, wysiłek fizyczny

szybkie spacerowanie, jazda na rowerze, taniec, a nawet prace w ogrodzie.

DZIAŁANIE PRZECIWWZAPALNE

Systematyczne i długotrwałe ćwiczenia redukują tkankę tłuszczową, co ma duże znaczenie u osób zdrowych. U pacjentów onkologicznych problemem bywa jednak niedożywienie. Mimo to wpływ aktywności fizycznej pozostaje istotny, ponieważ mięśnie podczas wysiłku wydzielają związki o działaniu przeciwnowotworowym i przeciwzapalnym.

Przykładem są badania opublikowane w „Breast Cancer Research and Treatment”, obejmujące 32 kobiety wcześniej leczone z powodu raka piersi. Część z nich wykonała 30-minutowy trening siłowy, a pozostałe – równie długi intensywny trening interwałowy. Oba rodzaje ćwiczeń pobudzały wydzielanie przeciwnowotworowych miokien. Poziom dekoryny, IL-6 oraz SPARC wzrastał bezpośrednio po treningu o 9–47 proc. IL-6 utrzymywała się na podwyższonym poziomie jeszcze 30 minut po zakończeniu ćwiczeń (zwłaszcza po treningu interwałowym), a poziom onkostatyny M wzrastał po 30 minutach w grupie wykonującej trening siłowy.

Jak podkreśla główny autor badania, prof. Francesco Bettariga z Edith Cowan University w Australii, ćwiczenia są tak ważne, że powinny stać się elementem standardowej opieki nad pacjentami onkologicznymi. Tym bardziej że

Regularna aktywność fizyczna trwająca 5–6 godzin tygodniowo może nie tylko wydłużyć życie pacjentów z rakiem jelita grubego, lecz także zmniejszyć ryzyko nawrotu choroby

może przynieść korzyść. Analizowane dane wskazują, że dobre efekty daje aktywność trwająca 5–6 godzin tygodniowo, np. szybkie spacerowanie.

Potwierdzają to badania specjalistów z Newcastle University opublikowane w „International Journal of Cancer”. Wynika z nich, że regularna aktywność fizyczna zmniejsza ryzyko zachorowania na raka jelita grubego o 20 proc. Nie muszą to być intensywne treningi na siłowni – wystarczy codzienne

przewlekły stan zapalny sprzyja nawrotom choroby i zwiększa ryzyko zgonu.

ZMIANA MIKROBIOTY

Aktywność fizyczna może wspierać walkę z nowotworem także poprzez wpływ na mikrobiom jelitowy. Wskazują na to eksperymenty na myszach, u których specjaliści z Uniwersytetu w Pittsburghu w Pensylwanii wywołali agresywną postać czerniaka. Zwierzęta ćwiczące przez cztery tygodnie miały mniejsze guzy i lepsze wskaźniki przeżycia. Takiego efektu nie obserwowano u gryzoni nieaktywnych ani u tych, którym podawano antybiotyki lub utrzymywano je w warunkach wolnych od zarazków.

Ustalono, że działanie przeciwnowotworowe mogą wykazywać mrówczany. Badania powtórzono w grupie ochotników – 19 osób z zaawansowanym czerniakiem. Pacjenci z wyższym poziomem tej substancji mieli dłuższe przeżycie bez progresji choroby.

Na rokowanie istotnie wpływa również sposób żywienia. Pacjenci onkologiczni często wymagają większej podaży energii i białka niż osoby zdrowe, a jednocześnie zmagają się z utratą apetytu i niedożywieniem. To pogarsza stan ogólny, negatywnie wpływa na tolerancję leczenia i rokowanie. Dodatkowym obciążeniem są działania niepożądane terapii – nudności, wymioty, biegunki, zaburzenia smaku czy owrzodzenia jamy ustnej.

Dlatego tak ważne jest wdrożenie odpowiedniej strategii żywieniowej jeszcze przed rozpoczęciem leczenia, o ile jest to możliwe. Postępowanie wprowadzone kilka tygodni przed operacją pozwala ograniczyć ryzyko niedożywienia i niedoborów białka oraz innych składników odżywczych.

WIESZ, CO JESZ

Rozległa operacja to dla organizmu wysiłek porównywalny nawet z przebiegnięciem maratonu. Nikt nie wyobraża sobie pokonania 42 km bez przygotowania i odpowiedniego odżywienia.

Szacuje się, że niedożywionych może być od 30 do nawet 85 proc. pacjentów onkologicznych, a co piąty z nich umiera nie z powodu samego nowotworu, lecz wskutek powikłań związanych z niedożywieniem. Dotyczy to szczególnie chorych z nowotworami górnego odcinka przewodu pokarmowego oraz głowy i szyi.

Rokowanie może pogarszać również nieprawidłowa dieta. Przykładem jest stosowana bez nadzoru dieta ketogeniczna, przed którą ostrzega dietetyczka kliniczna Śląskiego Uniwersytetu Medycznego, prof. Agnieszka Białek-Dratwa. – Nie ma



foto: freepik.com

dowodów na to, że nowotwory „żywią się” glukozą, a wyeliminowanie węglowodanów zatrzyma chorobę. Wręcz przeciwnie – pacjent potrzebuje węglowodanów i błonnika, który wspiera mikrobiotę jelitową – podkreśla w wypowiedzi dla PAP.

Specjalistka odradza stosowanie diet niepopartych badaniami naukowymi oraz tzw. kuracji naturalnych, takich jak nalewki z muchomorów, które promowane są w mediach społecznościowych.

PRZETWORZONA ŻYWNOŚĆ

Coraz więcej wskazuje na to, że pacjenci onkologiczni powinni unikać żywności wysokoprzetworzonej (UPF), która zaczyna dominować w codziennej diecie. Wśród ekspertów trwa dyskusja o jej wpływie na zdrowie osób zdrowych, jednak 43 specjalistów ds. żywności z całego świata, powołując się na liczne badania, przekonuje, że żywność ultraprzetworzona może przyczyniać się do otyłości i przedwczesnych zgonów.

Może być ona szczególnie niekorzystna dla pacjentów onkologicznych. Sugerują to badania opublikowane w „Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention”. Ich główna autorka, prof. Marialaura Bonaccio z ośrodka epidemiologii i prewencji Neuromed IRCCS w Pizzilli we Włoszech, podkreśla, że nadmierne spożycie tej żywności może pogarszać rokowanie.

– Substancje wykorzystywane w przemysłowym przetwarzaniu

◀ Podczas wysiłku mięśnie wydzielają miokiny, które mogą ograniczać ryzyko nawrotu choroby

żywności mogą zakłócać procesy metaboliczne, zaburzać mikrobiotę jelitową i sprzyjać stanom zapalnym – ostrzega badaczka.

Analiza objęła 24 325 osób obserwowanych od marca 2005 r. do grudnia 2022 r. W tej grupie było 802 pacjentów (476 kobiet i 326 mężczyzn), którzy wcześniej przeszli chorobę nowotworową i wypełnili kwestionariusz spożycia żywności EPIC. W ciągu niemal 15 lat odnotowano wśród nich 281 zgonów z powodu nowotworu.

Osoby spożywające największe ilości żywności ultraprzetworzonej (w stosunku do masy ciała) częściej umierały – wykazywały o 57 proc. wyższy wskaźnik zgonów z powodu nowotworu i o 48 proc. z jakiegokolwiek przyczyny.

– Związek między żywnością ultraprzetworzoną a zgonem z jakiegokolwiek przyczyny utrzymywał się nawet po uwzględnieniu ogólnej jakości diety, co sugeruje, że znaczenie ma nie tylko zawartość składników odżywczych, lecz sam stopień i charakter przemysłowego przetwarzania – zaznacza prof. Bonaccio.

ZDRADLIWE KONSERWANTY

Znaczenie dodatków do żywności (konserwantów) potwierdzają dwa badania opublikowane w „British Medical Journal” oraz „Nature Communications”. Przeprowadzono je we Francji, analizując 17 substancji dodawanych do żywności. Oceniano, czy u osób zdrowych zwiększają ryzyko rozwoju nowotworu.

Jak informuje główna autorka badań, prof. Mathilde Touvier z Narodowego Instytutu Zdrowia i Badań Medycznych w Paryżu, związek taki stwierdzono w przypadku sześciu substancji: azotanu sodu (NaNO_3), azotanu potasu (KNO_3), sorbinianów, pirosiarczyny (disiarczyny) potasu, acetatów oraz kwasu octowego.

Wzrost ryzyka nowotworowego zaobserwowano także w przypadku dwóch antyoksydantów, m.in. izoaskorbinianu sodu (E316), znanego jako erytrobinian sodu. Wykazano, że erytrobinian sodu zwiększa ryzyko raka piersi o 21 proc. oraz innych nowotworów o 12 proc. ●

Europejska Unia Lekarzy Specjalistów dla młodych lekarzy

MICHAŁ MATUSZEWSKI

NACZELNA RADA LEKARSKA, OŚRODEK WSPÓŁPRACY ZAGRANICZNEJ NIL

Uczestnictwo w pracach sekcji Europejskiej Unii Lekarzy Specjalistów daje możliwość wywierania wpływu na opracowywanie standardów programów specjalizacji i egzaminów specjalizacyjnych w Europie, a także współpracy z wybitnymi europejskimi specjalistami w różnych dziedzinach medycyny.

Zaangażowanie w prace Europejskiej Unii Lekarzy Specjalistów (European Union of Medical Specialists, UEMS) to niepowtarzalna okazja do zdobycia doświadczenia wykraczającego poza codzienną praktykę kliniczną oraz realnego wpływu na standardy, które będą obowiązywać kolejne pokolenia lekarzy. W ramach 43 sekcji UEMS prowadzi działalność na rzecz rozwoju zawodowego lekarzy, szczególnie w kwestiach dotyczących kształcenia specjalizacyjnego, doskonalenia zawodowego i zapewnienia jakości wykonywania zawodu przez lekarzy specjalistów. Obecnie dzięki członkostwu Naczelnej Izby Lekarskiej w Europejskim Stowarzyszeniu Młodych Lekarzy (European Junior Doctors Association) w pracach sekcji UEMS mogą brać udział także polscy lekarze będący w trakcie specjalizacji.

Procedura ustanowienia młodego lekarza przedstawicielem EJD w sekcji specjalistycznej UEMS jest następująca: 1. Lekarz informuje Naczelną Izbę Lekarską, że jest zainteresowany włączeniem się w prace sekcji specjalistycznej UEMS – informację należy skierować na adres: polishchamber@nil.org.pl.

2. Naczelna Izba Lekarska informuje lekarza, że wniosek dot. lekarza zgłaszany jest przez właściwą okręgową izbę lekarską oraz przekazuje informację o obowiązującej procedurze postępowania oraz zasadach finansowania udziału lekarzy w pracach w sekcji UEMS.

3. Okręgowa rada lekarska lub prezydium okręgowej rady lekarskiej, do której należy lekarz, zgłasza do Naczelnej Izby Lekarskiej wniosek zawierający kandydaturę lekarza wraz z jego dossier, rekomendację oraz informację nt. rozpoczęcia szkolenia specjalizacyjnego, które aktualnie odbywa lekarz (w szczególności nt. roku specjalizacji).

4. Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej rozpatruje przedstawiony wniosek oraz podejmuje uchwałę w sprawie rekomendacji kandydatury

młodego lekarza, a także wystawia list rekomendacyjny do EJD.

5. Lekarz wypełnia wniosek aplikacyjny na stronie European Junior Doctors.

Naczelna Izba Lekarska w przypadku pozytywnej decyzji EJD finansuje udział w pracach sekcji UEMS maksymalnie trzech lekarzy rocznie, pokrywając koszty udziału w jednym posiedzeniu stacjonarnym sekcji do kwoty 3000 zł na osobę. Istnieje również możliwość ubiegania się o dodatkowe środki z funduszy UEMS lub EJD. •

reklama

gazetalekarska.pl

więcej niż myślisz



- Wydarzenia i opinie
- Z kraju i ze świata
- Z rządu i samorządu
- Praktyka lekarska
- Prawo i finanse
- Edukacja i technologie
- Na serio i po godzinach

Jak to widzi pacjent

Jedno wypełnienie, pięciu lekarzy i rosnące poczucie zagubienia.
O komunikacji, odpowiedzialności i granicy między leczeniem
a „fast foodem”.

ANNA GOŁĘBICKA
EKONOMISTKA, STRATEG
KOMUNIKACJI I ZARZĄDZANIA



Stoisz w korku. Miasto oddycha ciężko, jakby miało problem z krążeniem. W radiu wiadomości – nawet nienajgorsze. Generalnie nie jest źle – myślisz. I wtedy czujesz to delikatne, niepokojące „coś”. Wypełnienie w górnej siódemce porusza się jak obluźwana cegła w murze, który miał stać przez lata. Więc jednak nie jest tak dobrze.

Ale zaraz przychodzi uspokajająca myśl: mam przecież „swoją dentystkę”. „Swoją” – to słowo brzmi jak polisa na życie. Jak przystań. Dzwonisz. I dowiadujesz się, że wspaniałą panią Dorotę pokonał kręgosłup. Nie metaforycznie – dosłownie. I co tu teraz zrobić?

Może stomatolog na NFZ? Znajoma, którą uważasz za bardzo w porządku, przecież przyjmuje na NFZ. Spoglądasz do planu finansowego Funduszu. Widzisz tam kilka miliardów i myślisz: a może sprawdzię. Internet. Placówki. Jest. Dzwonisz. Zabawa w głuchy telefon. Nie dochodzisz nawet do momentu, w którym dowiesz się, że najbliższy termin jest za osiem albo osiemnaście miesięcy.

Jeśli jesteś lekarzem, to właśnie w tym momencie zaczynasz w głowie przeszukiwać listę znajomych z innego wydziału albo ze środowiska – kto jest stomatologiem? A może od razu pytasz przyjaciół o rekomendacje. Ktoś poleca zaufanego lekarza w Radomiu, ktoś inny w Siedlcach. Mówią: kompetentny, godny zaufania, rachunek nie powoduje konieczności konsultacji kardiologicznej ani użycia soli trzeźwiących. Myślisz jednak: nie będę jechać kilkadziesiąt kilometrów z powodu jednego wypełnienia.

Przypominasz sobie SMS-y z prywatnej sieciówki z ofertą stomatologiczną. Dzwonisz. Dowiadujesz się, że w twoim abonamencie wypełnienie jest „free”. Zapisujesz się. Koledzy – doświadczeni lekarze – pytają wprawdzie, czy na pewno lubisz „jeść w fast foodach”, ale puszczasz to mimo uszu. Stereotypy. Trafiasz na fotel. Pan doktor wygląda na sporo przed

trzydziestką. Myślisz: nie wykluczaj młodych. Robią zdjęcie, lekarz ogląda, rozwierca i poddaje się przy formówce. Zalepia ubytek gorzkim czymś i zapisuje cię do bardziej doświadczonej koleżanki.

Gorzkie coś wypłukuje się już wieczorem. Nie czekasz więc na wizytę u koleżanki i w tym samym miejscu zapisujesz się do kolejnego lekarza, który może przyjąć szybciej. Tym razem prosisz o kogoś bardziej doświadczonego. Dostajesz „lekarstwo” na miesiąc. W święta boli cię ząb – bo, jak powiedział doktor, „może boleć”. Po miesiącu kolejny lekarz robi coś kolejnego. Twoje niezrozumienie rośnie. Wysyła cię do tej samej koleżanki co pierwszy. W końcu, przy czwartej próbie, trafiasz do „tej koleżanki” z początku historii. Uroczą, miłą, mówi, że sprawa jest niełatwa, ale nie potrafi wyjaśnić, dlaczego trzeci lekarz zrobił to, co zrobił. Nie daje gwarancji, że leczenie kanałowe – za około 2500 zł – się powiedzie, więc zaczynacie rozmawiać o implantcie. Tym razem bez dopłaty. Wracasz do domu, żeby podjąć decyzję. Czytasz opisy swoich wizyt i widzisz, że zgłaszałeś się z czymś innym, niż wynika z dokumentacji.

W końcu wracasz na ścieżkę z początku historii. Lekarz z polecenia. Sprawdzony. Wizyta numer pięć odbywa się z rekomendacji. Pani doktor nie ma gabinetu w Warszawie, nie ma wypasionej kliniki, ale ma gigantyczne doświadczenie. Po pierwszej

rozmowie wiesz, o co chodzi. Czujesz się bezpiecznie.

I o czym to właściwie jest? To nie film drogi. To historia o tym, że medycyna nie jest supermarketem ani „fast foodem”. O tym, że to, co czuje i rozumie pacjent, a to, co ma w głowie lekarz, to dwie różne rzeczy. O tym, że nie wystarczy pacjentowi coś powiedzieć – trzeba jeszcze sprawdzić, jak to zrozumiał. To także opowieść o tym, że komunikacja powinna być obowiązkowym przedmiotem na studiach medycznych. Ze dla lekarza zakończenie wizyty i odesłanie dalej może oznaczać zamknięcie sprawy, a dla pacjenta bywa początkiem drogi od Annasza do Kafjasza – bez światełka w tunelu.

Również o tym, że pomysły ograniczania staży po studiach są ultrakrótkowzroczne. Liczy się realne doświadczenie – zarówno w umiejętnościach twardych, jak i miękkich – a nie samo posiadanie PWZ. Każdy młody lekarz powinien mieć w pierwszych latach pracy obowiązkowe wsparcie mistrza.

I wreszcie o tym, że fast food nigdy nie zastąpi dobrze zbilansowanej diety. Medycyna to gra zespołowa, nie solowy występ ani gra w palanta. A wzorem sektora prywatnego po każdej publicznej wizycie pacjent powinien dostać rachunek – informację, co zostało wykonane i ile to kosztowało. Taki rachunek do ręki, z wyszczególnieniem każdego elementu, naprawdę robi wrażenie. ●

PRAKTYKA LEKARSKA

Potrzebna opieka dla dorosłych z mukowiscydozą

Nowe terapie mukowiscydozy przyniosły rewolucję, którą można porównać tylko z leczeniem AIDS – mówi **prof. Dorota Sands**, kierująca Kliniką Mukowiscydozy Instytutu Matki i Dziecka oraz Centrum Leczenia Mukowiscydozy szpitala w Dziekanowie Leśnym, w rozmowie z Piotrem Kościelniakiem.

Mukowiscydoza jest jedną z najczęściej występujących chorób uwarunkowanych genetycznie na świecie. Szczególnie w Europie – przypuszcza się, że cierpiał na nią Chopin. Dziś wiemy, że powodują ją mutacje genu *CFTR*. Co dokładnie się dzieje w organizmie chorego?

Takich mutacji znamy dziś bardzo dużo, nawet powyżej dwóch tysięcy, i cały czas są odkrywane nowe. Mukowiscydoza dziedziczona jest w sposób autosomalny recesywny, co oznacza, że mutacja musi być obecna u obojga rodziców. Jeżeli mutacja jest tylko u jednego, choroba nie występuje.

Gen *CFTR* odpowiada za produkcję białka, które pełni rolę kanału jonowego. Ten kanał musi być wbudowany w błonę komórkową. W przypadku mukowiscydozy tego białka nie ma albo nie działa prawidłowo, nie jest wbudowane w błonę komórkową. Zaburzenie przewodzenia jonów prowadzi z kolei do powstawania zbyt gęstego i lepkiego śluzu. We wszystkich narządach, w których ten śluz się gromadzi, występują nieprawidłowości. Najlepiej widać to w układzie oddechowym, gdzie lepka wydzielina powoduje nawracające infekcje o ciężkim przebiegu i prowadzące do uszkodzenia płuc. Najczęściej mamy tu do czynienia z kolonizacją bakteryjną *Pseudomonas aeruginosa*. Z czasem dochodzi do niewydolności oddechowej, która do tej pory była najczęstszą przyczyną skracającą życie chorych. W przypadku układu pokarmowego pojawia się niewydolność trzustki i braki enzymów trawiennych – bez odpowiedniej suplementacji mamy wtedy do czynienia z niedożywieniem. Nieprawidłowa, lepka wydzielina może również sprawiać problemy w układzie rozrodczym.

Objawy te nie są w tej chwili tak często obserwowane u pacjentów urodzonych na terenie Polski z uwagi na to, że od 2009 r.

wszystkie noworodki są objęte badaniami przesiewowymi.

Badania przesiewowe wykonywane są z krwi...

Tak, to jest badanie z krwi, badanie na bibułę i z tejże bibuły robione są wszystkie elementy, czyli badanie biochemiczne i badania genetyczne.

Z OSTATNIEJ CHWILI

17 lutego w BIP AOTMiT opublikowano „Stanowisko Rady Przejrzystości nr 20/2026 z dnia 9 lutego 2026 roku w sprawie oceny leku Alyftrek (deutiwakaftor, tezakaftor, wanzakaftor) w ramach programu lekowego B.112 „Leczenie chorych na mukowiscydozę (ICD-10: E84)”. Zgodnie z jego treścią, Rada Przejrzystości zaopiniowała pozytywnie ten wniosek refundacyjny. 19 lutego br. w BIP AOTMiT opublikowano „Rekomendację nr 24/2026 z dnia 17 lutego 2026 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie objęcia refundacją produktu leczniczego Alyftrek (deutiwakaftor, tezakaftor, wanzakaftor) w ramach programu lekowego B.112. „Leczenie chorych na mukowiscydozę (ICD-10: E84)”. Prezes AOTMiT rekomenduje objęcie refundacją produktu leczniczego Alyftrek w ramach programu lekowego B.112.

Jednym z charakterystycznych objawów jest tzw. słony pot, który również był stosowany do rozpoznawania choroby. Czy w obliczu dostępności testów genetycznych nadal się go stosuje?

Nadal jest potrzebny, ale podkreślam różnicę między osobami urodzonymi w Polsce i za granicą. W Polsce mamy bardzo dobry przesiew, ale oczywiście rozpoznawanie na podstawie testu potowego nadal jest stosowane w algorytmie diagnostycznym. Ponieważ zaburzenia funkcji kanału jonowego powodują, że pojawia się bardzo słony pot, mogą to poczuć nawet matki całujące swoje dzieci.

Czy taki test może służyć do oceny skuteczności leczenia?

Tak. Mamy ciekawy renesans tego testu. Wydawało się, że straci on swoje znaczenie przy obecnej szerokiej diagnostyce genetycznej. Ale jest ciągle stosowany, m.in. z powodu bardzo dużej liczby odkrywanych mutacji genu *CFTR*, które są jeszcze nieopisane na podstawie przypadków klinicznych i możemy nie znać ich konsekwencji klinicznych. Natomiast leki działają na nieprawidłowe białko, czyli naprawiają nam kanał jonowy, i możemy u części pacjentów całkowicie znormalizować stężenia soli. Inaczej mówiąc – pocałunek nie będzie już słony.

Dokładnie rok temu Komisja Europejska zatwierdziła rozszerzenie wskazań terapeutycznych dla trzyskładnikowego zawierającego eleksakaftor, tezakaftor i iwakaftor.

Czy to oznacza, że wszyscy polscy pacjenci z mukowiscydozą mają dostęp do najnowszej terapii?

Są potrzebne jeszcze inne leki, ale problem w Polsce jest bardziej skomplikowany niż np. w Niemczech, gdzie te rozszerzone wskazania są wdrażane automatycznie. W Polsce jest inna procedura, czyli zatwierdzenie przez AOTMiT. Oznacza to, że funkcjonujemy jeszcze na podstawie poprzednich – węższych – wskazań. Chory musi posiadać przynajmniej jedną kopię mutacji F508del, a zatem jeszcze nie wszyscy pacjenci w Polsce, którzy mają wskazania do stosowania tego leku, mają dostęp do refundacji.

Zmiana, o której teraz mówimy, oznaczałaby – oczywiście w zależności od konkretnego genotypu – że dostęp uzyskałoby kolejne 10 proc. pacjentów. To jednak nie sucha statystyka, tylko dramat 100 pacjentów, głównie dzieci, które powinny już być leczone, a wciąż czekają na refundację terapii dostępnej już u naszych zachodnich sąsiadów. Obecnie do refundowanej terapii kwalifikuje się tylko 70–80 proc. polskich pacjentów z mukowiscydozą.

Jak działa taka terapia?

Wyróżniamy wzmacniacze i korektory. W przypadku mutacji, które powodują tylko zaburzenia przewodnictwa, wystarczy dać wzmacniacz. W przypadku, kiedy ten kanał trzeba jeszcze troszeczkę poprawić, trzeba dodać korektor. Te terapie zaczęły się od samego wzmacniacza, potem dołożono jeden korektor, później drugi, a teraz trwają prace nad tym, żeby te leki jeszcze lepiej korygowały kanał jonowy. Obecnie dostępny jest potrójny lek (vanzakaftor, tezakaftor i deultivakaftor), który jeszcze skuteczniej koryguje i wzmacnia, obejmując przy tym szerszy zakres mutacji i zapewniając ogólnie silniejsze wsparcie kanału jonowego.

Jakie są efekty terapeutyczne leków, które są dziś dostępne i są stosowane w Polsce?

Ich podawanie poprawia funkcjonowanie kanału jonowego, a wydzielina przestaje być tak lepka. Widzimy, że u pacjentów ten lepki śluz jest ewakuowany, a później już nie wraca. Oczywiście wiele zależy od tego, na jakim etapie chory rozpoczął leczenie. Rokowanie pacjenta dwuletniego, który rozpoczyna terapię, będzie inne niż siedemnastolatka, który ma już workowate rozstrzenie – u niego te zmiany już pozostaną.



fot.: archiwum prywatne

Chcę jednak podkreślić, że nowe terapie to dla mnie prawdziwa rewolucja, którą mogę porównać do leczenia zakażenia wirusem HIV. AIDS z choroby śmiertelnej stał się chorobą przewlekłą. Leczenie przyczynowe sprawia, że pacjenci nie odczuwają takich zaburzeń ze strony układu oddechowego, mają mniej infekcji, rzadziej trafiają na antybiotykoterapię. Coraz częściej wyglądają jak koledzy z klasy.

Ten postęp widać szczególnie w porównaniu z pacjentami, którzy przyjechali do naszego kraju w wyniku migracji wojennych. U nich można zaobserwować, jak bardzo różni się stan osób poddanych leczeniu modulatorami i osób, u których choroba ma naturalny przebieg. Trafiają do nas nastolatki z krwiopluciem i ciężkim niedożywieniem. Stan pacjentów urodzonych w Polsce jest już zupełnie inny.

To brzmi bardzo optymistycznie. Ale czy skuteczność leczenia w Polsce jest już porównywalna z zamożnymi krajami Europy?

Nadganiamy z najprostszym wskaźnikiem, którym jest procent chorych dorosłych. Na świecie przekroczył już 50 proc. – powiedzmy, że proporcja jest na poziomie 60 do 40. U nas jest jeszcze 40 do 60, ale dostęp do tych

◀**Prof. dr hab. n. med. Dorota Sands** jest specjalistką z zakresu pediatrii, pulmonologii i alergologii. Koncentruje się na mukowiscydozie, której poświęciła większość dorobku naukowego

nowych leków uzyskaliśmy jednak kilka lat później.

Zmiana w liczbie chorych dorosłych niesie jednak pewne wyzwania systemowe. Stworzyliśmy dobrze działający system przesiewowy, sieć ośrodków pediatrycznych z wielodyscyplinarnymi zespołami – z fizjoterapeutami, dietetykami i psychologami. Ale potrzebne są teraz takie ośrodki i wyspecjalizowane zespoły dla dorosłych. Będziemy młodych pacjentów przekazywać w coraz lepszym stanie, ale jednak z chorobą przewlekłą. Będą funkcjonować, prowadzić normalne życie, lecz będą musieli być monitorowani. Potrzebny będzie zatem model opieki wielodyscyplinarnej.

W naszym ośrodku leczymy ok. 350 dzieci. W Warszawie jest ok. 120 dorosłych pacjentów. Ale ponieważ praktycznie wszyscy nasi pacjenci przekroczą 18. rok życia, za chwilę liczba dorosłych chorych się potroi. Dlatego z wprowadzeniem takich wielodyscyplinarnych zespołów dla dorosłych z mukowiscydozą nie wolno czekać.

Co może zrobić środowisko medyczne, aby poprawić skuteczność i dostępność leczenia?

Bardzo się cieszymy, że AOTMiT pozytywnie zaopiniowała nowy lek, co pozwoli nam poszerzyć dostępność terapii – nie będzie wtedy dyskryminacji pacjentów. Teraz potrzebujemy wsparcia dla wyodrębnionych zespołów wielodyscyplinarnych w ośrodkach dla dorosłych. Warto też podkreślić rolę środowiska – zarówno profesjonalistów medycznych, jak i pacjentów – ich determinację i wytrwałość. To dzięki nim firmy farmaceutyczne podjęły prace nad nowymi lekami. Istotny jest również wysiłek badaczy pracujących nad terapiami genowymi. Są one na etapie badań klinicznych, więc niewykluczone, że będą dostępne już za kilka lat dla pozostałej grupy chorych (ok. 8 proc.), którzy nie mogą być leczeni modulatorami. ●

NIL NA SZYBKO

Ministerstwo dziwnych kroków

Związkowcy, pracodawcy i resort zdrowia nadal nie porozumieli się co do ustawy o pensjach minimalnych w ochronie zdrowia. Wygląda na to, że 1 lipca czeka nas coroczna waloryzacja wynagrodzeń etatowych.

JAKUB KOSIKOWSKI
RZECZNIK NACZELNEJ IZBY
LEKARSKIEJ



Przestawiciele Ministerstwa Zdrowia gościli na styczniowej radzie w NIL. Padło wiele propozycji. Zaczniemy od niekontrowersyjnych – likwidacja bazy pytań do LEK – oczekiwana właściwie przez wszystkich. Miała być kilkunastotysięczna baza do PES, wprowadzono kilkutyśięczną do LEK – dobrze, że resort chce naprawić błąd poprzedników. Padła również propozycja drugiej rezydentury po chirurgii i internie, nie wiemy, dlaczego usunięto z tej listy pediatrię. Naczelna Rada Lekarska zgłosiła kontrpropozycję: druga rezydentura – o ile posiadana lub kolejna wybrana jest deficytowa.

I tu właściwie koniec dobrych pomysłów. Kolejne są kontrowersyjne. Po pierwsze: przywiązanie rezydentów do miejsca specjalizacyjnego, koniec przenosin, a rezydentury w powiecie. Po drugie: wprowadzenie egzaminu weryfikacyjnego w trakcie specjalizacji, który uprawniałby do pracy w poradni, oraz podejścia do PES-u. Po trzecie: odrębny PES dla lekarzy spoza UE. Dlaczego nie mogą zdawać naszego PES-u? Ministerstwo też nie potrafiło tego uzasadnić. Bo nie zrealizowali programu specjalizacji? No właśnie!

Wreszcie po czwarte: uwolnienie miejsc pozarezydentenckich. Koniec z rekrutacją, szpital sam wybiera, kogo zatrudnia. Czyli wracamy do czasów: – Dlaczego chce pani pracować w naszej klinice? – No weź, tato...

Po piąte: likwidacja zwolnienia z ustnego PES po teście napisanym na co najmniej ocenę dobrą. Bo chcą tego konsultanci. Czyli lekarzom spoza UE chcemy ułatwić, a polskim utrudnić.

Po szóste: skrócenie stażu do pół roku. Wszyscy są temu przeciwni – studenci, lekarze, związki, izby. No, może poza Ministerstwem Zdrowia i częścią rektorów zrzeszonych w KRAUM. O co chodzi? O pieniądze. Ministerstwo wyda mniej na pensje stażystów, a rektorzy liczą, że część oszczędności trafi na uczelnie, na organizację 6. roku. Poprawcie mnie, ale ten 6. rok „praktyczny” to już jest w programie studiów z dziesięć lat i skoro dopiero trzeba go „lepiej organizować”, to znaczy, że nie spełnia roli stażu i dyskusję można zamknąć.

Po resztę zapraszam na nil.org.pl w zakładce „aktualności”, bo jak zwykle zabrakło miejsca. ●

O TYM SIĘ MÓWI

W resorcie o skróceniu stażu

Podczas spotkania przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia, Rzecznika Praw Pacjenta oraz rektorów uczelni zrzeszonych w KRAUM z przedstawicielami NRL, okręgowych izb lekarskich, Porozumienia Rezydentów oraz studentów medycyny omawiano m.in. jedną z proponowanych zmian skrócenia stażu podyplomowego z trzynastu do sześciu miesięcy. Przedstawiciele resortu oraz uczelni medycznych starali się przekonać reprezentantów lekarzy, że uczelnie medyczne poprawiły standardy nauczania w stopniu umożliwiającym likwidację stażu podyplomowego, a jego skrócenie do sześciu miesięcy jest pewnego rodzaju kompromisem. Nie zgadzają się z tym przedstawiciele samorządu.

– Staż ma nauczyć młodego lekarza poruszania się w systemie ochrony zdrowia. Perspektywa biernego obserwatora, czyli studenta, i czynnego uczestnika z całą odpowiedzialnością lekarską jest inna. Wiele lekarzy dopiero na stażu wybrało drogę kariery zawodowej i bardzo często była ona odmienna od tej, którą chcieli obrać podczas studiów. W jednej z wypowiedzi wybrzmiało, że może zamiast zlikwidować staż, powinniśmy rozmawiać o skróceniu studiów. Dobrze, że rozmawialiśmy i dobrze, że padło wiele argumentów, tylko czy słyszeliśmy się wzajemnie? – podsumowuje spotkanie Marcin Karolewski, przewodniczący Komisji ds. Szpitalnictwa NRL.

PNRL o zmianie egzaminów

Prezydium NRL oczekuje pilnego wprowadzenia zmian w zasadach przeprowadzania egzaminów LEK i LDEK poprzez odstępianie od zasady, że większość pytań egzaminacyjnych stanowią te z bazy pytań. W swoim stanowisku PNRL zaznacza, że zmiana formuły egzaminu LEK i LDEK powinna być procedowana w pierwszej kolejności w drodze odrębnej ustawy. Obecna formuła przeprowadzania egzaminu, w której zdecydowana większość pytań jest znana przed egzaminem, prowadzi do sytuacji, w której wynik egzaminu nie jest dobrym wyznacznikiem rzeczywistej wiedzy medycznej i zarazem nie stanowi właściwego kryterium przyjęcia na specjalizacje lekarskie i lekarsko-dentystyczne – pisze Prezydium NRL.

Ku czci prof. Chruściela

11 lutego minęła 16. rocznica śmierci pierwszego po odrodzeniu samorządu lekarskiego prezesa NRL prof. Tadeusza Chruściela. W uroczystej mszy świętej w Kościele pw. św. Karola Boromeusza w Warszawie NIL i OIL w Warszawie reprezentowali przewodnicząca Komisji NRL ds. Egzaminów z Języka Polskiego Mery Topolska-Kotulecka, wiceprezes ORL w Warszawie Krzysztof Herman i sekretarz ORL w Warszawie Jacek Sowiński, a grób śp. prof. Chruściela odwiedził sekretarz NRL Grzegorz Wrona.

Raport NIL: kształcenie lekarzy

NIL zaprezentowała wyniki III edycji raportu dotyczącego jakości kształcenia na kierunkach lekarskim i lekarsko-dentystycznym w roku akademickim 2023/2024. Badanie zostało przeprowadzone wśród uczelni prowadzących lub ubiegających się o uprawnienia do kształcenia przyszłych lekarzy i lekarzy dentystów i stanowi kolejną odsłonę analizy realizowanej przez samorząd lekarski. W badaniu wzięło udział 19 uczelni – około połowy z nich to nowe jednostki podlegające resortowi nauki, pozostałe nadzorowane przez MZ. Eksperti wskazywali na wyraźne dysproporcje w jakości kształcenia oraz dorobku naukowym. W roku akademickim 2023/2024 pracownicy badanych uczelni uzyskali łącznie ponad 1,6 mln punktów MEiN oraz ponad 64 tys. punktów Impact Factor, z czego zdecydowana większość przypadła na tzw. stare uczelnie medyczne. Tylko jedna z nowych uczelni posiadała kategorię A w dyscyplinie nauki medyczne.

Wyzwania w erze cyfrowej

Wiceprezes NRL Klaudiusz Komor wziął udział w Kongresie Ochrony Danych i Nowych Technologii, organizowanym przez Urząd Ochrony Danych Osobowych oraz Krajową Radę Radców Prawnych. W trakcie wydarzenia w panelu zatytułowanym „Etyka, dane osobowe i nowe technologie w służbie zawodów zaufania publicznego. Szanse i ryzyka dla samorządów zawodowych i ich

członków” poruszane były kwestie związane z rozwojem technologii cyfrowych w sektorze zdrowia i zawodów zaufania publicznego. Podczas dyskusji podkreślano, że choć nowoczesne narzędzia, takie jak AI, odgrywają coraz większą rolę, to w centrum tych zmian zawsze musi pozostać człowiek. Odpowiedzialność za podejmowane decyzje nie może zostać całkowicie przeniesiona na technologię, co ma kluczowe znaczenie z punktu widzenia etyki zawodowej.

Przeciw odwołaniu prof. Helwich

Prezydium NRL wyraziło oburzenie z powodu odwołania prof. Ewy Helwich z funkcji konsultanta krajowego w dziedzinie neonatologii. „Nie znajdujemy jakichkolwiek podstaw do takiej decyzji Ministerstwa Zdrowia. Polska obecnie może pochwalić się efektywnie działającym systemem opieki nad noworodkiem. Wprowadzone standardy postępowania i wypracowana jakość opieki w tej dziedzinie bez wątpliwości są zasługą wieloletniej pracy oraz głębokiej merytorycznej wiedzy i wizji Pani Profesor Ewy Helwich” – piszą przedstawiciele samorządu.

NRL i MEN o edukacji zdrowotnej

Predstawiciele NRL wzięli udział w spotkaniu z przedstawicielami Ministerstwa Edukacji Narodowej poświęconemu edukacji zdrowotnej dzieci i młodzieży. Celem rozmów było omówienie założeń programu, wyzwań związanych z jego wdrażaniem oraz możliwości współpracy samorządu lekarskiego i resortu. W spotkaniu uczestniczyli: prezes NRL Łukasz Jankowski, wiceprezes NRL Paweł Barucha, członek NRL Michał Matuszewski, minister edukacji Barbara Nowacka, sekretarz stanu Katarzyna Lubnauer oraz podsekretarz stanu Paulina Piechna-Wiećkiewicz. Dyskusja dotyczyła m.in. aktualnej sytuacji, w której edukacja zdrowotna została wprowadzona do szkół jako przedmiot fakultatywny, co łączy się z niską frekwencją na zajęciach z tego przedmiotu. NIL stoi na stanowisku, że edukacja zdrowotna powinna być obowiązkowa na wszystkich etapach edukacji.

MÓWIĄ O NAS

Reforma szpitali

Wrozmowie z portalem Pulsmedycyny.pl prezes NRL Łukasz Jankowski mówił o potrzebie dofinansowania reform szpitali. „Przez wiele ekip rządzących samorząd lekarski był niesłusznie postrzegany jako element przeszkadzający w reformach. Uważano, że z lekarzami lepiej nie rozmawiać, bo wszystko skrytykują i zablokują. Tymczasem to nieprawda. Wiele inicjatyw udało się wspólnie przeprowadzić właśnie dzięki dialogowi. Próba reformowania systemu szpitalnictwa rękoma lekarzy, bez porządnego zastrzyku finansowego, jest drogą donikąd” – podkreślał w rozmowie szef samorządu lekarskiego.

Medycyna estetyczna

Wtelewizji Polsat wiceprezes NRL Klaudiusz Komor komentował kwestie uprawnień do przeprowadzania zabiegów z zakresu medycyny estetycznej. „Przed wszystkim chodzi tu o wszelkiego rodzaju zabiegi, kiedy jest przerywana ciągłość skóry, kiedy podawane są różnego rodzaju substancje lecznicze (...). Każdy lekarz, lekarz dentysta jest przygotowany do postępowania w takiej sytuacji” – zaznaczył.

Stomatologia na NFZ

Wiceprezes NRL Paweł Barucha rozmawiał z portalem Onet.pl na temat funkcjonowania publicznej opieki stomatologicznej. „Bolesna prawda jest taka, że gdy Polska zaczyna boleć zęb, najczęściej szuka pomocy prywatnie. Tak jest od dekad. Polska stomatologia znajduje się w stanie krytycznym nie od miesięcy, lecz od wielu lat. (...) Coraz bardziej przypomina system zbudowany z prowizorycznych rozwiązań – reagujemy na objawy, zamiast leczyć przyczyny. Brakuje strategii, wizji i stabilności” – uważa przewodniczący Komisji Stomatologicznej NRL.

OŚRODEK KSZTAŁCENIA

Diabeł tkwi w szczegółach

Znajomość praw pacjenta zaczyna się od ogólnych zasad, ale o jakości leczenia i bezpieczeństwie decydują detale – mówi **Bartłomiej Chmielowiec**, Rzecznikiem Praw Pacjenta, w rozmowie z Lucyną Krysiak.

Jaki jest stan wiedzy lekarzy i lekarzy dentystów na temat praw pacjenta?

Wiedza lekarzy i lekarzy dentystów o prawach pacjenta jest nierówna i naznaczona dużą dozą ogólności. Podstawy tego prawa są zazwyczaj znane, najczęściej wątpliwości budzą szczegóły – informacje o ryzykach i alternatywach, dokumentowaniu świadomej zgody, zapewnieniu intymności i godności oraz komunikacji dotyczącej zdarzeń niepożądanych. Stąd ogromna potrzeba edukacji, która przybliży przepisy prawa do codziennej praktyki klinicznej. Wprawdzie obowiązki związane z uzyskiwaniem świadomej zgody, poszanowaniem godności i intymności pacjenta czy informowaniem o możliwych następstwach terapii są w obowiązujących przepisach precyzyjnie opisane i dobrze ugruntowane, jednak w praktyce ich stosowanie nadal wymaga wzmocnienia, szczególnie w zakresie transparentnej komunikacji i dokumentowania procesu decyzyjnego. Dlatego Naczelna Izba Lekarska oraz Rzecznik Praw Pacjenta podpisali porozumienie o współpracy w sprawie kształcenia i upowszechniania wiedzy dotyczącej ochrony praw pacjenta, którego celem jest edukacja lekarzy i lekarzy dentystów w tym zakresie. Pierwsze szkolenia COBIK NIL organizuje już w marcu tego roku.

Dlaczego to porozumienie jest tak ważne?

Ponieważ wiedza na temat obowiązujących praw pacjenta przekłada się bezpośrednio na bezpieczeństwo i jakość udzielanych świadczeń. Edukacja lekarzy i lekarzy dentystów w tym zakresie jest więc kluczowa. Znajomość praw pacjenta ułatwia właściwą komunikację, wspiera podejmowanie decyzji w oparciu o świadomą zgodę, wzmacnia zaufanie w relacji lekarz-pacjent oraz zmniejsza ryzyko nieporozumień i naruszeń, które mogą skutkować skargami lub sporami. Zachęcam więc gorąco do udziału w szkoleniach.



fot.: archiwum prywatne

Czego lekarz i lekarz dentysta może uniknąć, będąc obeznanym w tej tematyce?

Przede wszystkim nieporozumień w relacji z pacjentem, skarg wynikających z niedopełnienia obowiązku informacyjnego, problemów z prawidłowym uzyskaniem i udokumentowaniem świadomej zgody, a także zarzutów dotyczących naruszenia intymności i godności pacjenta. To z kolei ogranicza ryzyko postępowań wyjaśniających i sporów prawnych, a na co dzień po prostu porządkuje standard komunikacji i dokumentowania procesu leczenia – a skala zgłoszeń pokazuje, jak duży jest ten obszar trudności. W 2024 r. Rzecznik Praw Pacjenta odnotował 10 415 zgłoszeń dotyczących prawa do informacji. Znajomość praw pacjenta pozwala także lekarzom i lekarzom dentystom wyeliminować najczęstsze przyczyny skarg, takie jak niewłaściwe przekazanie informacji o stanie zdrowia, leczeniu czy rokowaniu, które stanowią istotną część zgłoszeń. Dobra znajomość prawa dotycząca świadomej zgody, poszanowania godności oraz właściwej dokumentacji zmniejsza również ryzyko odpowiedzialności prawnej wynikającej z jego naruszenia.

◀ Zdaniami **Bartłomieja Chmielowca** znajomość praw pacjenta ułatwia komunikację

Świadomość wymienionych korzyści może zachęcić do udziału w szkoleniach, gdyż podniesienie kompetencji w tym obszarze przekłada się bezpośrednio na bezpieczniejszą i bardziej przewidywalną praktykę zawodową.

Jak w oparciu o przegląd dotychczasowych zgłoszeń do Rzecznika Praw Pacjenta kształtuje się wykorzystanie Funduszu Kompensacyjnego Zdarzeń Medycznych?

Przegląd dotychczasowych zgłoszeń i wniosków pokazuje rosnące wykorzystanie Funduszu Kompensacyjnego Zdarzeń Medycznych jako pozasądowej ścieżki uzyskania świadczenia. W 2025 r. wpłynęło ponad 2,5 tys. wniosków, a rzecznik wydał ponad 1314 decyzji, w tym 586 decyzji przyznających świadczenie na łączną kwotę 34 mln zł. Dane te dowodzą, że Fundusz to skuteczny i szybki mechanizm kompensacyjny, oparty na postępowaniu administracyjnym bez konieczności wykazywania winy, co skraca drogę pacjentom do uzyskania wsparcia. Jednocześnie analiza napływających zgłoszeń pozwala identyfikować powtarzające się problemy i obszary ryzyka, co może być wykorzystywane do działań informacyjnych, edukacyjnych oraz wspierania poprawy bezpieczeństwa pacjentów w ujęciu systemowym. Szkolenia prowadzone w marcu 2026 r. skupią się więc wokół kluczowych zagadnień praw pacjenta, w tym prawa do informacji, zgody oraz godności i intymności, wraz z analizą najczęstszych naruszeń, zdarzeń niepożądanych oraz Funduszu Kompensacyjnego Zdarzeń Medycznych.

**Szkolenia Ośrodka Kształcenia NIL,
współorganizowane z Partnerami:**

- 02.03.2026 - Orzecznictwo od podstaw.
- 02.03.2026 - Korzyści wynikające z aktywności ruchowej pacjentów po amputacji.
- 03.03.2026 - Symptomat – chatbot wspierający samoopiekę i wstępny wywiad medyczny.
- 04.03.2026 - Monitoring śródoperacyjny i operacje wybudzone - rola neurologa.
- 09.03.2026 - Prawa pacjenta ze szczególnym uwzględnieniem prawa do informacji, do wyrażenia zgody na udzielenie świadczeń oraz prawa do godności i intymności – najczęstsze naruszenia.**
- 10.03.2026 - Między pomysłem a pacjentem – proces rozwoju wyrobu medycznego.
- 11.03.2026 - Investigating New Ceramics in Prosthodontics.
- 12.03.2026 - Rola edukacji zdrowotnej i profilaktyki zdrowotnej w praktyce lekarskiej z wykorzystaniem narzędzi udostępnianych przez NFZ.
- 12.03.2026 - Osłabienie i bóle mięśni – częsty problem kliniczny. CK-emia w praktyce lekarza rodzinnego i nie tylko.
- 13.03.2026 - Przesiewowe badania refrakcji u dzieci.
- 17.03.2026 - Zaawansowane bezpieczeństwo danych i systemów medycznych.
- 18.03.2026 - Szkodliwe chemikalia w produktach codziennych a zdrowie dzieci: aktualne dowody i rekomendacje dla praktyki pediatrycznej i POZ.
- 19.03.2026 - 1. Symptomatologia i diagnostyka uszkodzenia obwodowego układu nerwowego w Sjögrena.
2. Diagnostyka różnicowa polineuropatii przewlekłych.
- 20.03.2026 - How to Diagnose Oral Cancer as Dentists: Reading the Early Signs.
- 23.03.2026 - Pacjent z raną onkologiczną i pooperacyjną po radioterapii, w gabinecie lekarza internisty – standardy terapeutyczne.
- 24.03.2026 - AI, które skraca dystans do diagnozy: Rewolucja w MR, PET i mammografii.
- 25.03.2026 - Grypa ptaków oraz Wirus Zachodniego Nilu jako nowe zagrożenia dla regionu Polski.
- 27.03.2026 - Protokół EMPATIA – ważne i trudne rozmowy w praktyce lekarskiej.
- 27.03.2026 - Aktualne wytyczne i algorytmy w leczeniu otyłości jako choroby przewlekłej.
- 30.03.2026 - Prawa pacjenta ze szczególnym uwzględnieniem prawa do informacji, do wyrażenia zgody na udzielenie świadczeń oraz prawa do godności i intymności – najczęstsze naruszenia.**
- 30.03.2026 - Diagnostyka miastenii i innych zaburzeń transmisji nerwowo-mięśniowej ze szczególnym uwzględnieniem metody pojedynczego włókna.
- 31.03.2026 - Innowacje medyczne a ochrona prywatności.

Ponadto nasze szkolenia pomogą Ci zadbać o bezpieczeństwo prawne, finansowe oraz dobrostan psychiczny w codziennej pracy lekarza. Wybierz obszar, który najbardziej Cię interesuje:

- **PRAWO MEDYCZNE** – Zasady wystawiania zwolnień lekarskich i kontrola ZUS ZLA, odpowiedzialność zawodowa lekarza w praktyce oraz aspekty prawne dokumentacji medycznej.
- **ZARZĄDZANIE** – Podstawy VAT w działalności lekarskiej, organizacja pracy własnej w gabinecie oraz efektywne planowanie rozwoju zawodowego.
- **KOMPETENCJE MIĘKKIE** – Radzenie sobie z emocjami w kontakcie z pacjentem, wellbeing lekarza bez mitów oraz techniki regeneracji i dbania o równowagę psychiczną.
- **INNOWACJE** – cyfrowe narzędzia wspierające wywiad medyczny oraz cyberbezpieczeństwo w placówkach ochrony zdrowia.



LEKARSKIE HOBBY

Wzywa mnie cichy zew gór

LIDIA SULIKOWSKA
DZIENNIKARKA

Warto wierzyć w siebie, ale i odważyć się zaryzykować, bo taka jest droga do spełnienia marzeń – mówi Beata Rucińska-Grygiel, ortodontka i miłośniczka wypraw wysokogórskich, zdobywczyni Korony Wulkanów Ziemi oraz trójboju antarktycznego.

Jest 13 grudnia 2025 r. Beata Rucińska-Grygiel startuje z lotniska w Berlinie do Paryża. Ma ze sobą dwie duże torby podróżne, każda po 25 kg, i 10 kg w plecaku podręcznym. W środku między innymi sporo ubrań (warstwy lekkie, średnie i grube, w tym kurtki puchowe) i sprzęt wspinaczkowy. Po wylądowaniu w stolicy Francji ma kolejny lot – do Santiago de Chile. Stamtąd leci do chilijskiego Punta Arenas, często określanego położonym najbardziej na południe miastem świata (choć to kwestia sporna). To przedostatni przystanek w drodze na Antarktydę. Tam jednak loty nie odbywają się zgodnie z rozkładem. Plan wyznaczają okienka pogodowe. Czasem czeka się kilka dni. Wreszcie się udaje. Wraz z innymi pasjonatami wypraw, które śmiało można zaliczyć do kategorii ekstremalnych, ląduje niedaleko Union Glacier Camp, bazy położonej na lodowcu w Górach Ellswortha.

Na Antarktydzie jest o tej porze lato polarne, ale i tak w najzimniejszych częściach regionu temperatura może spaść nawet do -40 st. C. To najzimniejszy, najsuchszy i najbardziej wietrzny kontynent. Jedni przybywają tutaj, bo chcą przejść na nartach trasę liczącą 60 mil morskich, biegnącą od 89 równoleżnika do bieguna południowego, ciągnąc za sobą na saniach ekwipunek niezbędny do przeżycia. Inni chcą zdobyć Mount Vinson (4892 m n.p.m.), najwyższy szczyt tego kontynentu. Część idzie na Mount Sidley (4285 m n.p.m.), najwyższy wulkan Antarktydy. Dla Beaty Rucińskiej-Grygiel celem są wszystkie trzy wyzwania.

TRÓJBÓJ ANTARKTYCZNY

– Chociaż od dłuższego czasu marzyłam o tym, żeby znaleźć się na biegunie południowym, to pojechałam tam przede wszystkim dla Mount Sidley, bo tylko jego brakowało mi do zdobycia Korony Wulkanów Ziemi. Pomiedzy znalazł się Mt Vinson. I tak powstał projekt antarktycznego combo, czyli ukończenia wszystkich tych aktywności



◀ Na szczycie
Mt Sidley
– najwyższego
wulkanu Antarktydy

foto: archiwum prywatne

w ciągu jednego miesiąca – wspomina ortodontka. Trasa na biegun południowy zajęła jej siedem dni. Codzienna rutyna? – Pobudka, topisz śnieg na kuchence, robisz sobie śniadanie, napełniasz termosy gorącym napojem, pakujesz całodniowe przekąski do kieszeni kurtki, zwijasz namiot, pakujesz bagaż na sanki i w drogę. Co godzinę masz maksymalnie 10 minut przerwy. I tak 6–8 godzin dziennie. Wieczorem rozkładasz namiot, przygotowujesz kolację. Wszystko, co chcesz zjeść, trzeba w nocy rozmrozić w śpiworze i trzymać blisko ciała – opowiada. Na

miejsce dotarła 27 grudnia. – Przed wyjazdem każde z moich dorosłych już dzieci przygotowało kartkę świąteczną. Odczytywałam życzenia dzień po dniu w święta. Dodały mi otuchy i motywacji. W namiocie miałam też malusieńką, kilkucentymetrową choinkę, którą podarowała mi mama. Nawet na końcu świata można mieć wzruszające święta Bożego Narodzenia – opowiada.

Na biegunie południowym latem dostępny jest zorganizowany camping namiotowy dla podróżników. – Czekasz tam, a jakże, na okienko pogodowe, aby wrócić transportem

samolotowym do Union Glacier – tłumaczy. Potem zdobyła Mount Vinson, a na koniec wisienka na antarktycznym torcie, czyli Mt Sidley, zostając, jak wyliczyła, trzecią Polką i siódmym Polakiem, którzy zdobyli Koronę Wulkanów Ziemi, i pierwszą Polką, która ukończyła trójbój antarktyczny. Na Antarktydzie spędziła niemal sześć tygodni.

– Jestem dumna z tego, że dałam radę. Ta wyprawa nauczyła mnie wytrwałości w dążeniu do celu i w jego realizacji, a także że warto uwierzyć w siebie, a trochę i zaryzykować, bo taka jest droga do spełnienia marzeń. Nawet nie chciałam myśleć, jak daleko byłam od jakiegokolwiek punktu pomocy medycznej. Jakbym zaczęła się nad tym zastanawiać, pewnie nie ruszyłabym z miejsca – śmieje się podróżniczka. Dodaje, że na Antarktydzie najbardziej dokuczał jej surowy klimat. – Wydawało mi się, że jestem bardziej odporna na zimno, dobrze je znoszę, regularnie morsuję. Zdarzyły się jednak momenty, kiedy przez dwie godziny rozgrzewałam się w spiworze, żeby zabrać się za topienie śniegu na posiłek. Na szczęście były też cieplejsze dni – wspomina Beata Rucińska-Grygiel.

KOCHAM ŚWIAT PONAD CHMURAMI

Droga od pierwszego do ostatniego szczytu zaliczanego do Korony Wulkanów Ziemi zajęła jej około 6,5 roku. Który z nich był najtrudniejszy? – Zdecydowanie ten najwyższy, czyli Ojos del Salado (6893 m n.p.m.), położony w Andach na granicy Chile i Argentyny, zdobywany bez wspomagania tlenem. Po jego zdobyciu poczułam ogromną ulgę, że mam to już za sobą – śmieje się.

Kiedy pytam, która z wypraw najbardziej utkwiła jej w pamięci, bez wahania wymienia Papuę Nową Gwineę. Tłumaczy, że ten kraj jednocześnie ją zachwycił i przeraził. Pojechała tam, by wspiąć się na Mount Giluwe, najwyższy wulkan Australii i Oceanii (4368 m n.p.m.). – Pamiętam, że podczas wspinaczki nawet nasi lokalni przewodnicy nie czuli się zbyt pewnie. Na terenach wysokogórskich mieszkają plemiona, które mają zatargi między sobą. Co ciekawe, żyjący tam ludzie porozumiewają się dźwiękiem naśladującym specyficzny odgłos ptaków. Jak tylko go słyszeliśmy, cała ekipa się rozglądała, czy to ptaki, czy to te plemiona są w okolicy. Bardzo mnie zauroczył też Iran, gdzie w górach Elburs drzemie majestatyczny wulkan Damavand (5610 m n.p.m.) – mówi ortodontka.



foto: archiwum prywatne

Jej przygoda z górami zaczęła się na studiach. Związała się ze Szczecińskim Klubem Wysokogórskim, ale ta aktywność koncentrowała się na wspinaczce skałkowej. Jak przyznaje, nie stała się ona jej pasją. – Wolę przemierzać długie dystanse, czuć przestrzeń i to, że można o własnych siłach znaleźć się tak wysoko, aby podziwiać świat ponad chmurami. To mi w duszy gra. Wzywa mnie cichy zew gór, ale to nawet nie chodzi o zdobycie szczytu. Najcenniejsza jest droga, wyprawowe emocje, ludzie, z którymi idziesz, lokalna kultura i społeczności, które poznajesz.

Zanim jednak zaczęła na poważnie przygodę z wyprawami wysokogórkimi, upłynęło sporo czasu. Najpierw zrealizowała swoje cele zawodowe: specjalizacja z ortodoncji, potem doktorat, podręcznik dla studentów. Jak tłumaczy, dopiero gdy dzieci podrosły, postanowiła się wybrać w wysokie góry. – Pierwszą wyprawą był trekking w Himalajach – do bazy pod Everestem. Tam wchodziliśmy na wysokość ok. 5600 m n.p.m. Było pięknie, organizm dobrze się aklimatyzował, więc rozwijanie pasji nabrało tempa – tłumaczy.

NIEKOŃCZĄCA SIĘ HISTORIA

Aby się dobrze przygotować do wypraw, dużo trenuje. Wzmacnia układ kostno-mięśniowo-stawowy, buduje wytrzymałość. W gabinecie stomatologicznym czekają na

◀Podczas wyprawy w Papui Nowej Gwinei

nią buty sportowe, bo często biega w pobliskim parku. W domu jej wielkim motywatores i wiernymi towarzyszami treningów są psy. Smycz do ręki, plecak z 20 kg obciążeniem na plecy i na spacer. Nie zamierza zwalniać tempa. Jak mówi, potrzebuje wyjazdu w góry wysokie 1–2 razy w roku, bo to pozwala jej przewietrzyć głowę, wyjść z codziennego kołowrotka i naładować wewnętrzne baterie. To jej sposób na odpoczywanie.

Poza szczytami zaliczanymi do Korony Wulkanów Ziemi ma na swoim koncie także m.in. Ararat, Kazbek, Ras Dashen, Aconcagua. – W trasie na Kilimandżaro za zgodą władz Tanzanii nieopodal tego najwyższego szczytu Afryki wraz z grupą znajomych zamontowaliśmy tablicę upamiętniającą Aleksandra Dobę, podróżnika, który stracił życie na tej górze w 2021 r. – wspomina.

Do Korony Ziemi pozostały jej trzy góry: Mount Everest (8848 m n.p.m.), Denali (6190 m n.p.m.), Piramida Carstensa (4884 m n.p.m.). – Ekipa znajomych poznanych na Antarktydzie namawia mnie na najwyższy szczyt Ameryki Północnej, czyli Denali na Alasce. Zobaczymy. Na pewno wciąż będę szukać ciekawych wulkanów. Chciałabym także dotrzeć na biegun północny. To niekończąca się historia – deklaruje Beata Rucińska-Grygiel.

Jako ortopeda szczegółowy – ortodonta na co dzień modeluje rysy twarzy i uśmiechy pacjentów. Podkreśla, że ta praca daje jej dużo satysfakcji. – Pacjenci przed leczeniem często nie potrafia się przełamać, aby się uśmiechnąć. Po leczeniu robią to bez obaw, radość widać nie tylko na twarzy, są po prostu szczęśliwsi i pewniejsi siebie. To niesamowicie motywuje do działania. Jestem wdzięczna losowi, który mnie skierował do tej pracy. Po studiach zostałam na stażu podyplomowym w Katedrze Ortodoncji Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego i pracowałam tam ponad 25 lat, obecnie wspólnie z mężem prowadzę prywatną praktykę ortodontyczną – podsumowuje swoją opowieść. Wraz z mężem, szóstką kotów i czterema psami mieszka we wsi Łęgi położonej niedaleko Szczecina. ●

EPIKRYZA (155)

Życie jest piosenką

Specjalizuję się w organizacji wycieczek teatralnych. Towarzystwo miłośników Melpomeny, które prowadzę od szesnastu już lat, lubi wsiąść do autokaru, słuchać o celu podróży i zajmować miejsca na nieznaną widownię. W drodze powrotnej jest czas na krytyczną dyskusję o realizacji, bez strachu o narażenie się na śmieszność. Każdy ma przecież inną wrażliwość i doświadczenie.

Nie raz i nie dwa moi teatrofani spotykają się po przedstawieniu z aktorem, reżyserem lub dyrektorem sceny. Takie bonusy okraszone zdjęciami i autografami nadają wspomnieniom dodatkowy sznyt. Wymiany zdań z twórcami są przeważnie niebanalne, swobodne, wyzbyte kokieterii i dalekie od plotek. Nierzadko zabawne i niepozabawione lapsusów, zgrabnie wykorzystywanych do otwierania następnych wątków.

Andrzej Seweryn chętnie wpisuje do kalendarza spotkania z publicznością. Nic więc dziwnego, że jadąc na spektakl muzyczny „Cygan w Polskim”, poprosiłem o rozmowę z udziałem bohatera koncertu, czyli tytułowego Jacka Cygana, poety piosenki, który w poprzednim roku miał w Opolu benefis 75. urodzin. Dlatego, siedząc na schodkach prowadzących na scenę z burzą słów i nut w głowie, zapytałem gospodarza o kondycję i plany na przyszłość, wskazując wprost, że dyrektor Teatru Polskiego kończy w tym roku 80 lat. Odpowiedzi nie zaskoczyły. Zapotrzebowanie na kolejne role i nowe teksty wciąż się wzmaga, zamiast gasnąć. Angaże nie pozwalają Panom na rozczulanie się nad bólem w krzyżu i opuchniętymi nadgarstkami, a okrzyk z wersu: „nie pędź tak proszę, daj odpocząć” jest błogosławionym wołaniem na puszczy. Cezura „za starzy na grzech, za młodzi na sen”, nieustannie się przesuwająca, a z mojego doświadczenia wynika, że każdy ma podobnie, niezależnie od zawodu i płci. „C'est la vie”... „Czas nas uczy pogody”... „Jak zostawić coś, czego nie zatrze czas?... „Jakie życie, taka śmierć. Nie dziwi nic”.

Do historii można przejść na różne sposoby. Będąc w środku wydarzeń lub opisując je z zewnątrz. W roli oprawcy albo ofiary. Z łatką wielkiego wodza, częściej wiernego żołnierza. Próbując być uczciwym fajtlapą w kontrze do genialnego

JAROSŁAW WANECKI
PEDIATRA, FELIETONISTA



bandyty. Wymyślając nowe patenty lub małpując dawne melodie na współczesną modłę. Uroczym mijając się z prawdą i niszcząc wszystko szczerością aż do bólu. W historii i teatrze gra się różne role.

Nie po raz pierwszy sprowokowałem Andrzeja Seweryna do wyznań o drażniącym dźwięku telefonów podczas spektaklu. Oczywiście z dwu stron sceny, gdy odzywają się w turebkach starszych pań albo w kiesieni aktora ku przerażeniu realizatorów, zmieniających naprędce nieprofesjonalny epizod w anegdotę deformującą się z biegiem lat i z biegiem dni. Kto, kiedy, jak? Niezależnie od kreacji historii i tak stworzą ludzie zasłuchani w dowcipne, pikantne lub groteskowe opowiadki o komediantach. Na Broadwayu niepoehleba recenzja zdejmująca afisz. W życiu jeden telefon z góry, paszkwil ścigający się z poddańczy mi pochwałami, donos, insynuacja, notatka służbowa i niedopowiedzenia urastają do apeli strzelistych niczym hamletowskie „być albo nie być?”. W takich wypadkach to już nawet SMS od samego Pana Boga nie pomoże. „Życie to nie teatr” śpiewał Stachura, ale rzeczywiście jest w nim dużo refrenów, które z ochotą powtarzają bywalcy łóż i publika sprowadzona do parteru.

Jaki mamy wpływ na partyturę kolejnych dni? Moim zdaniem marny, ale jedno jest pewne. W sinusoidach koniunktur lub, jak kto woli, kołach fortuny, wczorajszy biały welon, zawsze zastępują białe włosy. I jeśli bierzemy udział w jakiejś inscenizacji, najbardziej boli nie rozgłos hejtu, ale mur milczenia i głuchy telefon. Tylko oklaski i gwizdy są odnotowywane w mediach i literackiej fikcji, najtrafniej przedstawiającej wieloznaczność faktów, niuanse różnorodności, dysocjacje i aberracje rzeczywistości. „Nie dajmy się (więc) zwariować”...

Podczas koncertów w Teatrze Polskim Jacek Cygan opowiada o autor-skim tłumaczeniu znanej ze stanu wojennego hiszpańskiej pieśni. Polskie słowo „mury” Jacka Kaczmarskiego zajmuje w niej „pal”, niosąc nadzieję, że pęta, którymi jesteśmy do niego przywiązani, zostaną zerwane. Potrzeba do tego jednak wielu rąk i... pieśni. Któż inny jak nie Andrzej Seweryn, aresztowany w 1968 r. i współpracujący z KOR-em, mógłby zrobić to lepiej.

„Gdy każdy z nas uderzy w pal. Ja złapię tu. Ty złapiesz tam. Aż w końcu runie (...) i odsłoni wolny świat”.

Wracając, zastanawiałem się, jakie piosenki śpiewają lekarze, wierząc w piękno bez fałszu i widoku na pal.



Zachód słońca nad cudownym rozlewiskiem rzeki Cuyabeno

fot.: Urszula Wilczek

PO GODZINACH – PODRÓŻE

Gdy dżungla maszeruje

URSZULA WILCZEK

W Amazonii dźwięk nie jest tłem, lecz ostrzeżeniem. Osy, które brzmią jak wojsko, rzeka będąca jedyną drogą, nocne oczy kajmanów i codzienność wyznaczana przez światło oraz ciemność. Kilka dni wystarczy, by zrozumieć, że to nie człowiek nadaje tu rytm.

Viva Ecuador!" – krzyknijcie tak dwa razy, głośno. Polecenie wykonaliśmy. Okrzyk dziesięciu gardeł zabrzmiał gromko. Usłyszeliśmy tupot nóg – głośny, rytmiczny, przypominający marsz wojska. Co to? W środku amazońskiej dżungli ktoś maszeruje?

Romuald, nasz przewodnik, Indianin z krwi i kości, zaraz nam wyjaśnił zagadkę. To osy marszowe. Ich gniazdo, przyczepione do pnia palmy, przed chwilą nam pokazał. Zaniepokojony naszym okrzykiem rój, chcąc odstraszyć potencjalne zagrożenie, pociera skrzydełkami, wydając dźwięk podobny do maszerującego wojska. Zachwyt był natychmiastowy – przyroda znów udowodniła, jak przemyślnie jest

urządzona. Wszystko ma tu znaczenie, wszystko ma swój sens.

RZeka jako jedyna droga

Brzegi rzeki Cuyabeno, dopływu Aguarico i Rio Napo, a w końcu Amazonki, są gęsto zarośnięte. Drzewa i krzewy zanurzają korzenie w wodzie, a w przybrzeżnym gąszczu kryją się drapieżniki: kajmany, które żerują po zmroku, jaszczurki, węże. Wyjście na brzeg bez narażenia się na niebezpieczeństwo jest niemal niemożliwe – nie widać nawet skrawka ziemi.

Przystanek do toalety jest niemożliwy, jedynie w niektórych

miejscach znanych przewodnikowi można na piaszczystych przyczółkach w zakolach rzek rozprostować zdrewniałe podróży nogi. Płyniemy motorową łodzią około dwóch godzin; wiosłami zajęłoby to pięć lub sześć. Po drodze mijamy jedynie skromny napis informujący, że wkraczamy na terytorium Indian z plemienia Siona. Dopiero pod koniec podróży pojawiają się nadrzeczne osady – łodzie dla turystów. Z wody – przez małą platformę – prowadzą do nich strome, drewniane schodki, którymi można się dostać do kilku drewnianych chatek krytych liśćmi palmowymi. Oaza

► Początek przygody w Amazonii – spływ rzeką Cuyabeno



▼ Typowa chata na palach w wiosce Indian Siona



fot.: Urszula Wilczek



fot.: Urszula Wilczek

▲ Lokalny przysmak

spokoju, ciszy i egzotyki. Tu spędzimy kilka dni, wędrując z przewodnikiem po dżungli.

W RYTMIE DNIA I NOCY

Wyprawy do dżungli – zarówno dzienne, jak i nocne – są niezwykle emocjonujące i wyczerpujące. Przedzieramy się przez gęszcz wycinany machetą albo wąskimi, błotnistymi ścieżkami, których kierunek zna tylko Romuald. W dzień mimo 38 st. Celsjusza obowiązują długie rękawy, długie spodnie i wysokie kalosze. W nocy – podobnie, z nakryciem głowy i czołówkami.

Większości drobnych zwierząt nie zauważamy sami: zielonych żabek, jadowitych czerwonych węży, wążek, skorpionów czy pajaków. Od tego

fot.: Urszula Wilczek



fot.: Urszula Wilczek

jest nasz przewodnik – nasz guru. Pokazuje leniwcę wiszącego od dwóch dni, jak się nam wydaje, w tej samej pozycji na czubku dwudziestopięciometrowego drzewa. Rozpoznaje małpki skaczące wśród konarów drzew. Zabiera nas o wschodzie słońca łodzią wiosłową, by pokazać oropendole – ptaki z żółtą obrączką z piór na szyi, wijące gniazda z gałązek, które zwisają z drzew jak wielkie krople wody.

O świcie dżungla jest gwarna i żywa. W południowym upale zamiera, by znów ożyć o zmierzchu.

ZACHWYT I STRACH O ZMROKU

Na rozległym, choć płytkim, rozlewisku rzeki Cuyabeno oglądamy zachód słońca. Wilgoć w powietrzu okazuje się zabójczą dla sprzętu – aparat fotograficzny odmawia posłuszeństwa, pozostaje telefon. Trudno się pogodzić z tą stratą, bo wokół dzieją się rzeczy niezwykłe.

Słońce chowa się za horyzontem, a niektórzy z naszych towarzyszy decydują się na kąpiel, choć wiedzą, że na dnie, na głębokości zaledwie trzech-pięciu metrów, mogą drzemać anakondy. Wypatrujemy ich także na drzewach stojących w wodzie, lecz bez szczęścia. Za to po zmroku przy świetle latarki z czerwonym filtrem widzimy pod drzewami błyszczące oczy kajmanów szukających się do nocnego zera. Choć zachód słońca wzbudza pozytywne emocje, ciarki przechodzą nam po plecach, bo czyhające nocą niebezpieczeństwa na rozlewisku są przerażające.

My, kobiety, nie odważyliśmy się wejść do wody. Nie tylko z powodu drapieżników, ale również z obawy przed kandyrą – niewielką rybką, która w określonych warunkach może wpłynąć do cewki moczowej,

▲ *Nad rzekami Amazonki i jej dopływów mieszkają różne plemiona indiańskie*

powodując poważne, trudne do leczenia konsekwencje. Zbyt duże ryzyko jak na chwilę przyjemności.

Ale są też wspaniałe chwile. Obserwujemy „przedpotopowe” ptaki hoacyny, zwane przez tubylców śmierdzącymi indykami pewnie dlatego, że mają niesmaczne mięso, są reliktem przetrwałym do naszych czasów. Młode osobniki mają na brzegach skrzydeł pazurki, które pozwalają im wspinać się na drzewa i uciekać przed niebezpieczeństwem. Ciekawe.

Z WIZYTĄ U PLEMENIA SIONA

Indianie z plemienia Siona okazują się niezwykle gościnni. Za zgodą wodza Romuald zabiera nas łódką



fot.: Urszula Wilczek



fot.: Urszula Wilczek

▲ A na drzewie zwisająca niespodzianka



fot.: Urszula Wilczek

▲ Piękny motyl lasów amazońskich o nazwie Morfo

do jednej z wiosek. Wita nas szczeniak kundelek i drugi większy pies, przyjaźnie nastawiony – są zadbane, z lśniąco sierścią, co świadczy o dobrym traktowaniu zwierząt. Mama (Mamitta Hermelinda) zaprasza nas gestem do chaty, na pięterko. Witamy się słowami: „Dzima me, dzicha to, deo che” – witam cię, nazywam się..., pochodzę z Polski. Łamiemy sobie na nich języki, ale uśmiechy są wyrozumiałe.

Uczymy się wypieku placków z manioku. Korzeń wykopujemy w przydomowym ogródku, obieramy i ścieramy na prymitywnej tarce – blasze przedziurawionej gwoździem. Na palenisku w rogu pięterka żarzą się drewnianka, a na glinianej patelni pieką się ogromne, sześćdziesięciocentymetrowe placki. Indianie nie używają soli – jedzą to, co daje dżungla. Są krzepcy i zdrowi, choć... Tutejsze plemiona nie kontaktują się ze

▲ Nasz ośrodek w nad rzeką Cuyabeno

światem zewnętrznym, a jeśli już, to w celach wymiany handlowej, z pewnością nie w celu mieszania genów. Sprawia to, że wśród dzieci zdarzają się wady genetyczne.

ZOSTAJE POD SKÓRĄ

Amazonia mnie zachwyciła. Po kilku dniach przestałam odczuwać upał, poranki wydawały się chłodne i przyjemne. Spełniło się moje marzenie – zawsze chciałam tu być, poczuć lokalny klimat. Powrót do cywilizacji dla niektórych był ulgą, dla mnie – niekoniecznie. Nie przeszkadzał mi prąd dostępny tylko przez 2–3 godziny dziennie ani życie podporządkowane rytmowi dnia i nocy.

Dżungla ma swoje prawa. A ja wiem, że chciałabym tu kiedyś wrócić – na dłużej.

PO GODZINACH – BŁĄD MALARSKI

Pod skrzydłami

Archanioły mimo ich dumnie brzmiącej nazwy to w rzeczywistości jedne z najniżej punktowanych boskich pomocników w anielskiej hierarchii. Ten „niski” status oznacza jednak, że są one bliskie ludziom. Przekazują wiadomości od szefa, pomagają śmiertelnikom w ciężkich chwilach, chronią, a nawet leczą.



Obraz: Bernardo Strozzi, „Tobiasz leczący ślepotę ojca”, 1630-1635, kolekcja MET

Kto nie chciałby mieć u swego boku archanioła, który pod swoimi skrzydłami trzyma podróżników i oferuje pomoc w leczeniu nawet tak beznadziejnych przypadków jak ślepotą? Archanioł Rafał w czasach biblijnych najwyraźniej działał jak najlepsze ubezpieczenie turystyczne. Przekonał się o tym najdobitniej Tobiasz, któremu Rafał towarzyszył w podróżach. Rafał i Tobiasz to centralne postacie Księgi Tobiasza: Rafał w przebraniu ziemskiego wędrowca wyrusza wraz z młodym Tobiaszem w podróż i doradza mu, aby złapał magiczną rybę. Ryba ta okaże się instrumentalna w uleczeniu niewidomego ojca Tobiasza.

Historia ta zainspirowała wielu malarzy, scenę uzdrowienia interpretowano

AGATA MORKA
DOKTOR HISTORII SZTUKI



na niezliczone sposoby. Bernardo Strozzi zdecydował się ująć ją w dość ciasną kompozycję, skupiając się na postaciach i ich interakcjach. Pominął wnętrze, całą uwagę widza kierując na Tobiasza, który za podpowiedzią Rafała smaruje niewidzące oczy ojca organami magicznej ryby. Dramatyzm sceny podkreślają gesty dłoni ułożonych

w okrąg wokół siedzącego Tobiasza, zapewniając dodatkową ramę wokół bohatera obrazu. Gra czerwieni i bieli dodaje scenie teatralnego niemal kontrastu.

Rybna terapia okazała się sukcesem i ojciec Tobiasza odzyskał wzrok. Rafał zaś po spełnionej misji wyjawiał swoją tożsamość, zaszeleścił skrzydłami i zniknął. ●

Rozwiązanie zagadki z „GL” 2/26

Szczegóły różniące obrazy:

- 1. Dodanie czarnych włosów na głowie okulisty**
W starożytnym Egipcie brak włosów często był wynikiem podjętej decyzji i symbolizował społeczny status lub religijne powołanie.
- 2. Usunięcie zdobień z białej kolumny**
Typowe kolumny egipskie były bogato dekorowane, zatem brak ornamentów byłby w tym kontekście zastanawiający.
- 3. Dodanie oka Horusa nad głową okulisty**
Oko Horusa miało w starożytnym Egipcie wiele znaczeń. Było między innymi symbolem Księżyca, którego pełnię i nowię utożsamiano z uszkodzeniem i powrotem wzroku.
- 4. Usunięcie czerwonego słońca**
Czerwony krąg słoneczny był atrybutem boga Ra.



„Okulista leczący pacjenta”, papirus, rekonstrukcja fresku z tebańskiego grobowca Ipi pochodzącego z XIX dynastii, Kair, Instytut Papirusa

WSKAŹ ORYGINAŁ I ZNAJDŹ CZTERY SZCZEGÓŁY RÓŻNIĄCE OBRAZY.

Odpowiedź prześlij na bladmalarski@gazetalekarska.pl do 20 marca 2026 r.
W temacie maila należy wpisać GL03 oraz podać dane do kontaktu (imię i nazwisko, adres, telefon). Jedna osoba może przesłać jedną odpowiedź.

NAGRODZENI „GL” 2/26

Voucher do Hotelu Prezydent**** Medical SPA & Wellness w Krynicy-Zdroju otrzymuje Elżbieta Dobrydnio-Drozd (Kalinowo)

Nagrody dodatkowe: Bogdan Ząbek (Buczkowice), Magdalena Moździerz -Malec (Luszwice), Dorota Sysło-Żurek (Płoki)

Dla jednej z osób, które prześlą prawidłowe odpowiedzi

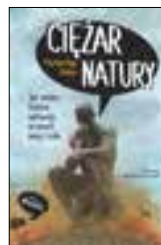
★★★★
HOTEL PREZYDENT
MEDICAL SPA & WELLNESS
HOTEL PRZYJAZNY DOROSŁYM

WYDAWNICTWO
UNIwersYTETU
JAGIELLOŃSKIEGO
www.wuj.pl

Hotel Prezydent**** Medical SPA & Wellness w Krynicy-Zdroju ufundował voucher obejmujący m.in.:

- 2 noclegi dla 2 osób w apartamencie
- 2 śniadania i 2 obiady w hotelowej Restauracji Magnolia oraz uroczystą kolację dla dwojga
- pakiet 3 zabiegów (dla 2 osób) w hotelowej Ambasadzie Zdrowia i Urody SPA
- aromatyczny masaż relaksacyjny częściowy, zabieg nawadniający express na twarz, aquamassage
- możliwość korzystania bez ograniczeń z basenu, jacuzzi, 3 rodzajów saun, siłowni

Nagrody dodatkowe dla trzech osób, które prześlą prawidłowe odpowiedzi, ufundowało Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego:



KLAUZULA INFORMACYJNA

Zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) informujemy, iż: 1) administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Naczelna Izba Lekarska z siedzibą w Warszawie, ul. Sobieskiego 110, 00-764 Warszawa; 2) kontakt z Inspektorem Ochrony Danych – iod@hipokrates.org; 3) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.; 4) Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą przez okres maksymalnie 1 roku; 5) posiada Pani/Pan prawo do żądania od administratora dostępu do danych osobowych, prawo do ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania oraz prawo do przenoszenia danych; 6) ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego.
Regulamin konkursu na www.gazetalekarska.pl

PO GODZINACH – SPORT

Zastrzyk emocji

Igrzyska Lekarskie to największa impreza sportowa w Polsce skierowana do naszego środowiska – mówi **dr n. med. Ryszard Golański**, wiceprzewodniczący Komisji ds. Sportu Naczelnej Rady Lekarskiej, przewodniczący Komisji Sportu i Rekreacji Okręgowej Rady Lekarskiej w Łodzi, w rozmowie z Mariuszem Tomczakiem.

Rywalizacja w zawodach sportowych czy integracja – co jest ważniejsze dla uczestników igrzysk?

Postawiłbym między nimi znak równości, bo wiele osób jeździ na Igrzyska Lekarskie z obu powodów. Chęć zdobycia medali z pewnością jest istotna, ale z drugiej strony niemniej ważne jest spędzenie czasu z osobami, z którymi często znamy się od lat. To też doskonała okazja do nawiązania nowych znajomości, a nawet przyjaźni na całe życie.

Są rozmowy o medycynie czy na kilka dni każdy zapomina o białym kitlu?

Lekarze nie potrafią rozstać się z zawodem. Kiedy po pracy spotka się trzech ortopedów, to wcześniej czy później zaczną rozmawiać o urazach narządu ruchu, a kardiolodzy o chorobach serca. Tęgo nie da się uniknąć, np. jeśli ktoś opowiada, czego dowiedział się na jednym z ostatnich kongresów naukowych. Jednak to nie zmienia faktu, że igrzyska są doskonałą odskocznią pomagającą odpocząć i набrać trochę dystansu do pracy. Zdarza się, że jeśli towarzystwo zaczyna za dużo rozmawiać o medycynie, to ktoś wstaje i mówi: „Przepraszam, jesteśmy na urlopie, pogadajmy teraz o czymś innym”.

Czy brał Pan udział w pierwszej edycji?

Tak. W tym roku igrzyska odbywają się po raz 23., a dotychczas opuściłem tylko jedno. Dla dr. Macieja Jachymiała inspiracją do ich organizacji były Medigames, czyli Światowe Igrzyska Medyków. Chodziło o to, aby zorganizować w Polsce podobne wydarzenie dla środowiska lekarskiego.

Co zmieniło się w tym czasie?

Początkowo przyjeżdżała stosunkowo nieduża grupa uczestników, ale z upływem lat frekwencja rosła i od dawna wynosi kilkaset osób. Z perspektywy



fot.: archiwum prywatne

▲ Tegoroczne igrzyska odbędą się w dniach 26–30 sierpnia w Cetniewie – mówi dr Ryszard Golański

czasu da się zaobserwować zdecydowanie wyższy poziom sportowy. W niektórych konkurencjach często startują osoby, które kiedyś brały udział w różnych zawodach albo trenują od wielu lat. Mimo to wciąż przyjeżdża sporo amatorów, bo w igrzyskach może wystartować każdy lekarz i lekarz dentysta.

Lekarze są grupą zawodową, która zna skutki kontuzji. Czy to sprawia, że uprawiacie sport ostrożniej, czy wręcz przeciwnie – idziecie na całość?

Rywalizacja sportowa odbywa się na serio. Wiele osób, zwłaszcza w grach zespołowych, kompletnie zapomina o potencjalnych urazach, a zwłaszcza wtedy, gdy w grę wchodzi puchar i medale. Dwa lata temu w Cetniewie były dwie złamane nogi oraz kilka uszkodzonych kostek i kolan – nie przypominam sobie, aby wcześniej doszło do

tak licznych kontuzji. Niech to będzie przestrogą dla tych, którzy dużo pracują, a mało trenują. Do tegorocznych igrzysk zostało jeszcze parę miesięcy, więc jeśli ktoś planuje wziąć w nich czynny udział, nie powinien zaniedbywać regularnej aktywności fizycznej.

Tegoroczne igrzyska odbędą się w Cetniewie, dzielnicy Władysławowa, w ośrodku położonym nad samym morzem.

Dobrze, że wracamy do modelu: raz w górach, w Zakopanem, a raz nad morzem. Wiele osób to postulowało i taka umowa była też trzy lata temu. Wprawdzie nad Bałtykiem nie ma gwarancji idealnej pogody, ale w dniach 26–30 sierpnia wciąż powinno być bardzo ciepło i słonecznie. Dwa lata temu dużym zainteresowaniem cieszył się m.in. beach walking, czyli marsz z kijami wzdłuż plaży na dystansie kilku kilometrów. W tym roku też się odbędzie.

Co jeszcze czeka na uczestników?

Tegoroczny program jest bogatszy niż w 2024 r., bo dojdą nowe dyscypliny, np. golf czy strzelectwo sportowe, których wtedy nie było. Planujemy więcej różnych konkurencji dla miłośników rowerów i liczne atrakcje dla dzieci, bo na igrzyskach od początku bardzo mile widziane są całe rodziny. Najmłodsi będą mogli nie tylko budować zamki na plaży, ale również zdobywać medale w takich konkurencjach, jak pływanie, bieganie, skok w dal czy rzut piłeczką palantową. W igrzyskach mogą wziąć udział studenci kierunków lekarskiego i lekarsko-dentystycznego. ●

PO GODZINACH – KALEJDOSKOP KULTURALNY

FIAP
w Częstochowie

18 stycznia w Muzeum Monet i Medali Jana Pawła II w Częstochowie odbył się fotograficzny wernisaż IMPC Poland, zorganizowany przez Okręgową Izbę Lekarską w Częstochowie oraz muzeum, które udostępniło swoje sale. Patronat Honorowy nad wydarzeniem objął Fotoklub RP, a wśród gości był senator Wojciech Konieczny – zastępca przewodniczącej senackiej Komisji Zdrowia i Zdzisław Wolski – zastępca prezydenta miasta.



▲ Alicja Przybyszowska, Krzysztof Muskalski, Małgorzata Dołowska

Wystawę otworzył prezydent Międzynarodowej Federacji Sztuki Fotograficznej FIAP Riccardo Busi (Włochy). Publiczności zaprezentowano 64 fotografie wykonane przez 32 polskich lekarzy. Wielu z nich przyjechało do Częstochowy, a gospodarz corocznych salonów PhotoArtMedica Krzysztof Muskalski otrzymał z rąk Alicji Przybyszowskiej i Małgorzaty Dołowskiej Medal „Za fotograficzną twórczość” w uznaniu dorobku artystycznego i wkładu w rozwój fotografii polskiej. ●

JW

Pory Roku w NIL



Fot.: archiwum prywatne

◀ Cztery Pory Roku. Aleksandra i Mirosław Żydeccy, autorzy wystawy, z wiceprezesem Klaudiuszem Komorem i szefową warszawskiej KK Bożeną Hoffman-Golańską.

Ośrodek Kultury i Dziedzictwa Historycznego wrócił do prezentacji sztuki lekarzy i lekarzy dentyстів w Galerii przy Sobieskiego 110. 30 stycznia, przed rozpoczęciem obrad Naczelnej Rady Lekarskiej, pokazano kartki z kalendarza Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie, w którym zamieszczono zdjęcia pasjonatów fotografii. Sekcja fotograficzna stołecznego samorządu pod kierownictwem Mirosława Żydeckiego działa przy Komisji Kultury, prowadzonej od dwóch

kadencji przez Bożeną Hoffman-Golańską, podnosząc świadomość artystyczną, organizując warsztaty doskonalące oraz współuczestnicząc w plenerach.

„Cztery Pory Roku” to projekt, który zaprezentowano w grudniu 2025 r. w Muzeum Gazowni Warszawskiej. Wzrokowa podróż przyda się każdemu, aby uzmysłowić sobie, że jest coś więcej w życiu niż pogoń ambicji, stres w pracy i problemy rodzinne. Oto Galeria, która koi nerwy. ●

JW

„Ave Maria”
dla św. Apolonii

Lekarze dentyści hucznie obchodzą odpust w parafii swojej patronki w Borkowie Kościelnym niedaleko Sierpca, jedynej pod wezwaniem św. Apolonii. 8 lutego, w rocznicę wystawienia relikwii opiekunki stomatologów i osób cierpiących na ból zębów, poza uroczystą mszą odbył się także koncert podarowany mieszkańcom i gościom przez Okręgową Izbę Lekarską w Płocku. Wystąpili znani z wielu scen lekarze: Anna Kutkowskiej-Kass, pediatra obdarzona mezzosopranem, i Paweł Pecuszek, tenor i geriatra. Towarzyszyła im pianistka Teatru Wielkiego – Opery Narodowej Ewa Pelwecka. W repertuarze znalazły się pieśni kościelne i arie operowe, a doskonałe



▲ „Ave Maria” Archiwum OKiDH NIL

wykonania i aplauz publiczności rozgrzały ręce przemarznęte w mroźne niedzielne przedpołudnie. ●

JW

PO GODZINACH – POEZJA

KATARZYNA WIERZBICKA



fot.: materiały prasowe

Laureatka XIV edycji Ogólnopolskiego Konkursu Literackiego dla Lekarzy im. Prof. Andrzeja Szczeklika „Przychodzi wena do lekarza”. III miejsce w kategorii poezja.

Urodziła się i mieszka w Otwocku. Ukończyła II Wydział Lekarski Akademii Medycznej w Warszawie. Jest specjalistką z dziedziny chorób wewnętrznych. Doświadczenie zawodowe zdobywała w Szpitalu Powiatowym w Otwocku, pracując na Oddziale Chorób Wewnętrznych oraz na Izbie Przyjęć.

Od kilkunastu lat pracuje w przychodni podstawowej opieki zdrowotnej oraz w domu opieki. Wolny czas lubi spędzać z rodziną, spacerując po lesie. Nie wyobraża sobie życia bez książek, muzyki klasycznej i teatru. Ostatnio po pracy uspokaja myśli, wyszywając haftem krzyżykowym. Kolekcjonuje zdjęcia drzew i anioły. Należy do Unii Polskich Pisarzy Lekarzy. Wielokrotnie laureatka konkursu „Przychodzi wena do lekarza” w kategoriach poezja i proza. Dwukrotnie nagradzana w Konkursie „O złote pióro Asklepiosa” oraz w XIV Ogólnopolskim Konkursie Poetycko-Prozatorskim „Puls Słowa” w 2023 r. w kategorii poezja.

Próby pisania wierszy podejmowała jeszcze na studiach, w okresie długiej rekonwalescencji po ciężkim wypadku samochodowym. Kilka lat temu wróciła do pisania dzięki wsparciu rodziny i przyjaciół. Pisanie wierszy i opowiadań traktuje jako zatrzymywanie ważnych refleksji i ulotnych zdarzeń. W 2024 r. ukazał się jej debiutancki tomik wierszy „Otulona ciszą”.

Ogólnopolski Konkurs Literacki
im. Prof. Andrzeja Szczeklika

ochra

chropowate słowo
jak mur klasztoru na wzgórzu
złotobrazowy
ruda barwa ziemi
w gaju oliwnym
rdzawe ślady na butach
po marszu zakurzoną drogą
pomarańczowe przydrożne kamienie
gliniane donice przed domami
chrapiący dźwięk
nagrzany słońcem
smakuję go popijając grecką kawę
zanim zmyję wszystkie wysuszone głoski
złotym winem

Między chaosem
a sprawczością◀ Abigail Levrini,
„ADHD w
dorosłym życiu”,
Wydawnictwo
Uniwersytetu
Jagiellońskiego

Diagnoza ADHD w dorosłości bywa doświadczeniem przełomowym. Dla jednych przynosi ulgę i nazwanie trudności, dla innych – lawinę pytań: co dalej? Jak żyć, pracować, planować, skoro mój mózg działa inaczej? Na te pytania odpowiada Abigail Levrini w książce „ADHD w dorosłym życiu” – poradniku, który łączy wiedzę kliniczną z konkretnymi narzędziami do codziennego stosowania.

Autorka, doświadczona psycholożka kliniczna, już na początku porządkuje podstawy: czym jest ADHD z perspektywy neurobiologii i jak zmienia się jego obraz wraz z wiekiem. To szczególnie ważne, bo wiele osób wciąż kojarzy ADHD wyłącznie z nadrużliwym dzieckiem. Levrini pokazuje, że u dorosłych nadmiar energii często przybiera postać wewnętrznego niepokoju, gonitwy myśli, impulsywności w decyzjach czy trudności w regulacji emocji. Problemy z koncentracją z kolei przekładają się na odkładanie zadań, chaos organizacyjny i poczucie permanentnego „bycia w tyle”.

Levrini nie obiecuje spektakularnej przemiany w kilka dni. Zamiast tego proponuje filozofię małych kroków. Podkreśla, że ADHD to nie wada charakteru ani brak silnej woli, lecz odmienny sposób funkcjonowania układu nerwowego. Ta zmiana perspektywy bywa dla wielu czytelników uwalniająca – pozwala zdjąć z siebie ciężar wieloletniego poczucia winy i wstydu. Autorka konsekwentnie wzmacnia sprawczość: skoro mój mózg działa inaczej, potrzebuję innych narzędzi, a nie większej samokrytyki.

„ADHD w dorosłym życiu” to propozycja dla tych, którzy chcą przestać walczyć ze sobą, a zacząć rozumieć, jak działa ich mózg. To książka o odzyskiwaniu kontroli.

PO GODZINACH – CZYTELNIĄ

Bez tej firmy świat byłby inny

MARIUSZ TOMCZAK

Zapewne większość czytelników „Gazety Lekarskiej” korzysta z czegoś, co stało się obiektem pożądania dzięki urządzeniom produkowanym przez firmę z Holandii, której nazwę znają tylko nieliczni.

ASML to jedna z najważniejszych firm technologicznych na świecie, a zdaniem niektórych ekspertów absolutnie kluczowa. Obecnie jest najdroższą spółką z Europy pod względem kapitalizacji rynkowej, wyprzedzając m.in. duński Novo Nordisk – producenta insuliny i znanych leków stosowanych w leczeniu otyłości. Jej siedziba mieści się w kilkudziesięciotysięcznym Veldhoven, ale działalność prowadzi w skali globalnej, zatrudniając kilkadziesiąt tysięcy pracowników w ponad 60 miejscach w 16 państwach.

O tym, że bez ASML współczesny świat byłby zupełnie inny, a sztuczna inteligencja, jaką znamy, w olbrzymim stopniu opiera się właśnie na wytwarzanych przez nią maszynach litograficznych, przekonuje Marc Hijink w prawie 450-stronicowej książce wydanej po polsku w lutym 2026 r. Szacuje się, że aż 90 proc. chipów, czyli serc ultranowoczesnych technologii, które są wykorzystywane w telefonach

► Marc Hijink, „ASML. Chipy, wojna technologiczna i najważniejsza maszyna świata. Jak holenderska firma wygrywa z USA i Chinami”, Wydawnictwo Prześwity



i samochodach czy wspierają rozwój sztucznej inteligencji, powstaje dzięki jej urządzeniom o istic gigantycznych rozmiarach. Dotychczas nie udało się ich skopiować najbardziej tęgim mózgom tego świata.

Kilka lat temu w związku z epidemią wirusa SARS-CoV-2 doszło

do znaczących zakłóceń dostaw półprzewodników, co niejedną firmę zmusiło do czasowego zaprzestania działalności. „W efekcie pandemii międzynarodowe supermocarstwa, takie jak Stany Zjednoczone, Chiny i UE, uświadomiły sobie, że w kwestii dobrobytu i bezpieczeństwa są bardzo zależne od chipów. Gdy zaczyna ich brakować, od razu można to zauważyć” – podkreśla autor.

Hijink dodaje, że na całym świecie popyt na półprzewodniki gwałtownie wzrasta, bo każdy sektor gospodarki coraz bardziej się cyfryzuje, a globalna walka o tworzenie przewag konkurencyjnych przybiera na sile. „Cały świat działa na chipach”, które stały się „nieodzownym zasobem” w wielu dziedzinach naszego życia. Są też wykorzystywane w medycynie, choć w tej dziedzinie to dopiero początek.

Więcej niż biografia. Opowieść o życiu i etosie



▲ Dr med. Andrzej P. Gąsecki „Prof. dr hab. med. Jerzy Choróbski. Niezlomny syn Polski, twórca polskiej neurochirurgii”

Trudno przecenić wartość książki, która przywraca pamięć o jednym z największych lekarzy i uczonych w historii polskiej medycyny. „Jerzy Choróbski” autorstwa dr. med. Andrzeja Gąseckiego to dzieło monumentalne – nie tylko ze względu na objętość (ponad tysiąc stron), ale przede wszystkim przez głębię ujęcia, ogrom włożonej pracy badawczej i szacunek, z jakim autor pochylił się nad życiem oraz dorobkiem swojego bohatera. Profesor Jerzy Choróbski to postać wyjątkowa – lekarz, naukowiec, patriota, a zarazem człowiek głębokiej kultury i zasad. Twórca polskiej neurochirurgii, pionier badań nad układem nerwowym, uczestnik wojny, organizator nauki w trudnych czasach powojennych. Dr Gąsecki przedstawia go nie tylko jako genialnego uczonego, lecz także jako człowieka z krwi i kości – z jego wątpliwościami, dramatami i wielkością moralną.

Lektura książki uświadamia, jak wiele zawdzięczamy takim ludziom jak prof. Jerzy

Choróbski. W czasach, gdy pojęcie autorytetu tak łatwo się rozmywa, przypomnienie jego postawy zawodowej i etycznej jest nie tylko potrzebne, ale wręcz obowiązkowe. To nie jest zwykła biografia – to pomnik człowieka, który potrafił łączyć naukę, patriotyzm i humanizm w jedną, spójną całość.

To książka nie tylko dla historyków medycyny. To lektura obowiązkowa dla każdego lekarza, który chce zrozumieć sens swojego zawodu, jego tradycję i ciągłość. Pokazuje, że prawdziwa wielkość lekarza mierzy się nie tylko skalpelem, lecz także charakterem i służbą drugiemu człowiekowi.

Z prawdziwym uznaniem i wzruszeniem polecam tę książkę – świadectwo zarówno niezwykłego życia profesora Choróbskiego, jak i pasji autora, który swoją wspaniałą książką przywraca mu należne miejsce w historii polskiej medycyny.

Jerzy Woy-Wojciechowski

PO GODZINACH – CZYTELNIĄ

Wampirzy los i ludzka refleksja

AGATA BRYK

Nieśmiertelność od wieków fascynuje ludzi. Pojawia się w mitach, legendach, filmach i literaturze jako pragnienie, które kusi obietnicą wiecznego życia, nieprzemijającej młodości i czasu bez ograniczeń.

Jednocześnie bardzo często przedstawiana jest jako przekleństwo – ciężar, który z biegiem lat staje się nie do udźwignięcia. To właśnie ten wątek zostaje poruszony w „Agape” autorki pod pseudonimem Yantarland. Książka jest inspirowana powieścią Jana Potockiego „Rękopis znaleziony w Saragossie”.

Główna bohaterka, Love, od zawsze marzyła o karierze muzycznej. Chciała śpiewać, być widziana, słyszana i doceniana. Los sprawia jednak, że Love otrzymuje coś znacznie większego niż sukces sceniczny. Zyskuje dar wiecznej młodości i zostaje wampirem. Początkowo wszystko to wydaje się spełnieniem najskrytszych pragnień. Wieczność jawi się jako szansa, nieograniczone możliwości i wolność od przemijania.

Niestety nieśmiertelność przestaje być błogosławieństwem, a zaczyna odsłaniać swoje mroczne oblicze. Love zostaje wyrwana z dotychczasowego życia, oddalona od domu, od ludzi, których znała i którym ufała. Trafia do świata pełnego tajemnic, intryg i postaci, których intencje nie zawsze są jasne. „Agape” to historia konfrontacji z własnym wnętrzem. Love musi zmierzyć się nie tylko z nową, wampirzą naturą, ale także z lękami i kompleksami, które nosiła w sobie jeszcze jako człowiek.

Autorka przedstawia świat wampirów w sposób przemyślany i konsekwentny. To nie jest kolejne typowe fantasy. To uniwersum, w którym wampiry muszą mierzyć się z pytaniami o sens istnienia, granice



▲ Yantarland, „Agape”,
Wydawnictwo Nova Res

wolnej woli i odpowiedzialność za własne wybory. Książka opowiada też o tym, że nawet w najciemniejszym świecie można odnaleźć cel i sens istnienia. Prawdziwa siła bohaterów nie tkwi w ich nadnaturalnych zdolnościach, lecz w gotowości do zaakceptowania siebie – nawet z tej słabej strony. Złożona natura Love i jej wewnętrzne zmagania sprawiają, że czytelnik odnajduje namiastkę siebie.

„Agape” może okazać się interesującą propozycją dla tych, którzy szukają połączenia fantasy z nutą refleksji. Książka z pewnością angażuje czytelnika. Poruszone w niej tematy są uniwersalne, co sprawia, że większość może utożsamić się z bohaterką. ●

UCHWAŁA NR 1/26/IX NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ Z 30 STYCZNIA 2026 R.

w sprawie budżetu Naczelnej Izby Lekarskiej na rok 2026

Na podstawie art. 39 ust. 1 pkt 14 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2021 r. poz. 1342) uchwala się, co następuje:

§ 1.

Ustala się budżet Naczelnej Izby Lekarskiej na rok 2026 stanowiący załącznik do niniejszej uchwały.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ PREZES
Grzegorz Wrona Łukasz Jankowski

UCHWAŁA NR 2/26/IX NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ Z 30 STYCZNIA 2026 R.

zmieniająca uchwałę w sprawie terminów posiedzeń Naczelnej Rady Lekarskiej w 2026 roku

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

§ 1.

W uchwale Nr 34/25/IX Naczelnej Rady Lekarskiej w sprawie terminów posiedzeń Naczelnej Rady Lekarskiej w 2026 roku wprowadza się następujące zmiany:

- 1) dodaje się termin w dniu 20 lutego;
- 2) dodaje się termin w dniu 27 lutego;
- 3) znosi się termin w dniu 17 kwietnia;
- 4) dodaje się termin w dniu 24 kwietnia.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ PREZES
Grzegorz Wrona Łukasz Jankowski

PAWEŁ DOCZEKALSKI
REDAKTOR NACZELNY

**UCHWAŁA NR 3/26/IX
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
Z 30 STYCZNIA 2026 R.**

w sprawie organizacji posiedzenia
ogólnego Europejskiej Rady Izb
Lekarskich

Na podstawie art. 39 ust. 1 pkt 4
w zw. z art. 5 pkt 23 ustawy z dnia
2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich
(Dz. U. z 2021 r. poz. 1342) uchwała
się, co następuje:

§ 1.

1 Wyraża się zgodę na zorganizowa-
nie przez Naczelną Izbę Lekarską
posiedzenia Europejskiej Rady Izb
Lekarskich (European Council of
Medical Orders – CEOM) wiosną /
latem 2027 r.

2. Przeznacza się ze środków Ośrod-
ka Współpracy Zagranicznej Naczel-
nej Rady Lekarskiej kwotę do
150 000 zł brutto (słownie: sto pięć-
dziesiąt tysięcy złotych brutto) na
pokrycie kosztów organizacji posie-
dzenia, o którym mowa w § 1.

§ 2.

Upoważnia się kol. Wojciecha Dom-
kę, kierownika Rady Ośrodka Współ-
pracy Zagranicznej Naczelnej Rady
Lekarskiej, do prowadzenia negocjacji
z podmiotami świadczącymi usługi
hotelarskie w zakresie warunków
zakwaterowania uczestników po-
siedzenia, o którym mowa w § 1,
udostępnienia sal konferencyjnych
oraz usług gastronomicznych.

§ 3.

Uchwała wchodzi w życie z dniem
podjęcia.

SEKRETARZ PREZES
Grzegorz Wrona Łukasz Jankowski

**UCHWAŁA NR 4/26/IX
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
Z 30 STYCZNIA 2026 R.**

w sprawie zasilenia funduszu
celowego przeznaczonego na cele
remontowo-inwestycyjne

Na podstawie art. 114 ust. 3 i art. 39
ust. 1 pkt 4 w zw. z art. 5 pkt 23 usta-
wy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach

lekarskich (Dz.U. z 2021 r. poz.
1342) uchwała się, co następuje:

§ 1.

1 Zasila się fundusz celowy prze-
znaczony na cele remontowo-
inwestycyjne kwotą 700. 000
złotych (słownie: siedemset tysięcy
złotych).

2 Środki na zasilenie funduszu,
o którym mowa w ust. 1, będą
pochodziły w całości z funduszu
celowego zdarzeń nadzwyczajnych
utworzonego uchwałą nr 8/22/VIII
Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia
8 kwietnia 2022 r. w sprawie
utworzenia funduszu celowego
zdarzeń nadzwyczajnych.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem
podjęcia.

(...)

SEKRETARZ PREZES
Grzegorz Wrona Łukasz
Jankowski

**UCHWAŁA NR 5/26/IX
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
Z 30 STYCZNIA 2026 R.**

w sprawie upoważnienia
do zawarcia z firmą AJ
PROFIBUD sp. z o.o.
aneksu do umowy na
przeprowadzenie remontu
nieruchomości położonej przy
ul. Jana III Sobieskiego 110
lok. 1U

Na podstawie art. 39 ust. 1 pkt
4 w zw. z art. 5 pkt 23 ustawy
z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach
lekarskich (Dz. U. z 2021 r. poz.
1342), uchwała się, co następuje:

§ 1.

1 Wyrazić zgodę na zawarcie z fir-
mą AJ PROFIBUD sp. z o.o., NIP
8133643267 aneksu do umowy
na wykonanie remontu zaku-
pionej nieruchomości położonej
przy ul. Jana III Sobieskiego 110
lok. 1U (dawna siedziba Banku
Pekao S.A.) określającego łącz-
ne wynagrodzenie wykonawcy
do wysokości 6.310.000 złotych
brutto (słownie: sześć milionów

trzysta dziesięć tysięcy złotych
brutto) oraz termin ukończenia
prac remontowych do dnia 28 lu-
tego 2026 r.

2 Środki, o których mowa
w ust. 1, będą pochodziły z fun-
duszu remontowo-inwestycyjnego.
3 Upoważnia się Prezesa Na-
czelnej Rady Lekarskiej Łuka-
sza Jankowskiego i Skarbnika
Naczelnej Rady Lekarskiej Grze-
gorza Mazura do zawarcia aneksu
do umowy o przeprowadzenie re-
montu nieruchomości położonej
przy ul. Jana III Sobieskiego 110
lok. 1U na warunkach okreśło-
nych w ust. 1.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem
podjęcia.

SEKRETARZ PREZES
Grzegorz Wrona Łukasz Jankowski

**UCHWAŁA NR 6/26/IX
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
Z 30 STYCZNIA 2026 R.**

w sprawie przyznania
odznaczenia „Amicus
Medicorum”

Na podstawie art. 39 ust. 1 pkt 4
w związku z art. 5 pkt 14 ustawy
z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach
lekarskich (Dz.U. z 2021 r. poz.
1342) oraz uchwały Nr 23/25/IX
Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia
4 lipca 2025 roku w sprawie usta-
nowienia odznaczenia „Amicus
Medicorum” i ustalenia regula-
minu jego przyznawania, uchwała
się co następuje:

§ 1.

Przyznaje się Annie Dymnej
Odznaczenie „Amicus Medi-
corum” za szczególne zasłu-
gi dla Samorządu Lekarskiego
oraz środowiska lekarskiego
i lekarsko-dentystycznego.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem
podjęcia.
(...)

SEKRETARZ PREZES
Grzegorz Wrona Łukasz Jankowski

Ogłoszenia

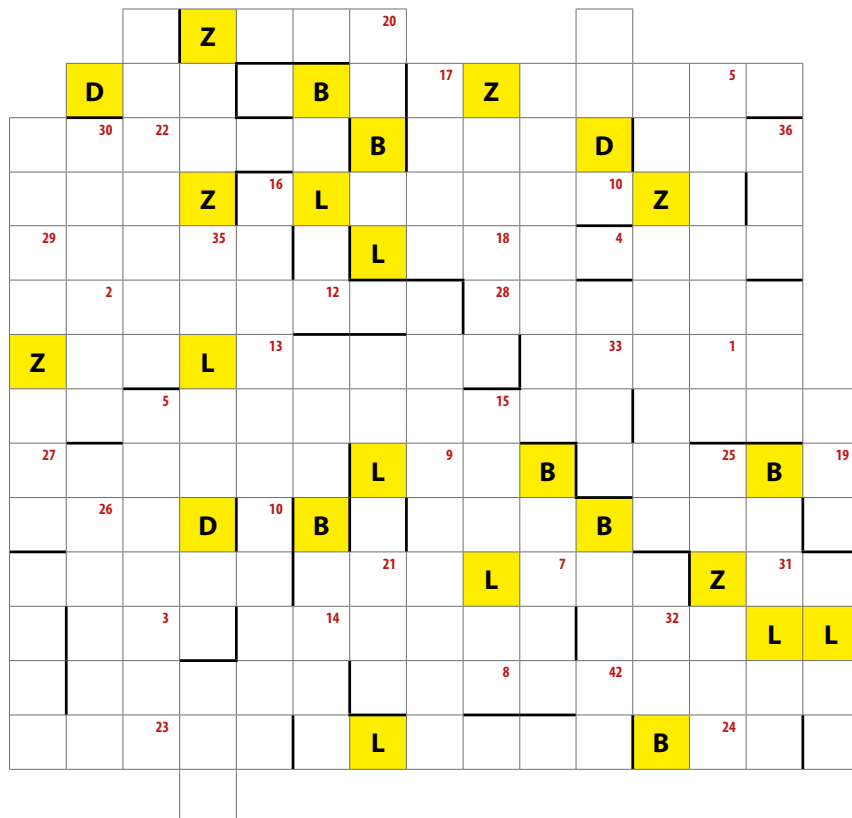
Zjazdy koleżeńskie

JOLKA LEKARSKA 312



Wydawnictwo Lekarskie PZWL
to specjaliści, wiedza i zaangażowanie.

PZWL



Objaśnienia 64 haseł podano w przypadkowej kolejności. W diagramie ujawniono wszystkie litery: B, D, L i Z. Na ponumerowanych polach ukryto 36 liter hasła, które stanowi rozwiązanie. Jest to kontrowersyjna myśl Tadeusza Kielańskiego. Hasło należy przysłać na karcie pocztowej do redakcji lub e-mailem na adres: jolka@gazetalekarska.pl do 20 marca 2026 r. Wśród autorów prawidłowych rozwiązań wyłonimy laureatów, którzy otrzymają nagrody książkowe (prosimy o podanie specjalizacji i adresu do wysyłki).

* fundus * miejsce zwycięstwa powstańców Prądyńskiego * Narendra, premier Indii * ptaszkę z rodziny luszczakowatych * Archibald, szkocki pisarz * mokradło, bajoro * związek grupy acylowej z atomem azotu * pod Grunwaldem * okazałe budynki * umiłowanie X muzy * bardzo wiele * miejsce na belki i gwiazdki * grymas szczęścia i osłabienia * nadmierny nastrój, energia i impulsywność * miasto narodzin i śmierci Kaddafiego * agencja wywiadu USA * mieszka w Egipcie i Jordanii * złośliwa kobieta lub choroba żrebiąt * nasz ptak narodowy * Izrael, najbogatszy Łódzianin * ambaras, kłopot * ból w uchu * korbory lub Pomorski * biblijni potomkowie Lota i jego starszej córki * druga wyspa Szwecji * widowisko z tancerzami * motyl nocny * ksywa szczypiącego raka * ślad po uszczypleniu raka * piersiowa lub schodowa * zakochana w Kalim * rolka czegoś zwiniętego * są dwa w kiju * insekt * Wielka w Zakopanem * pogląd o oświeceniu umysłu przez Boga * tyle lat w toaście * morska na

Faros i Helu * vagina * stolica Afganistanu * zabił smoka wawelskiego * arktyczny drapieżnik * norweski krasnal * George Bernard, irlandzki noblista * najsilniejsza liga koszykówki * epoka kamienia głazowego * ciało (grec.) * książkę Monako, mąż Kelly * ręczny karabin maszynowy * Popiel * kostka rybna * naukowiec * infuzja * lepszy węgiel * Sebastian, 9-krotny rajdowy mistrz świata * unasiennienie * stronnik, poplecznik * patron cewnika pęcherzowego * na śmieci * mechaniczne łączenie materiałów * między Baranem a Bliźniętami * land z Wiesbaden * forma wspólnego gospodarowania

Jerzy Badowski

Rozwiązanie jolki lekarskiej 310

Zły to lekarz, który traci nadzieję, że wyleczy chorego

Nagrody otrzymują:

Beata Kowalska (Białystok), Joanna Hamrol (Poznań), Eugenia Totczyk-Tysko (Sulechów), Jan Jabłoński (Warszawa), Renata Czurczak (Chmielnik)

Fundatorem nagród jest Wydawnictwo Lekarskie PZWL, www.pzwl.pl. Nagrody prześlemy pocztą. Klauzula informacyjna na str. 73/ Regulamin konkursu dostępny na www.gazetalekarska.pl

WYDAWCA

Naczelna
Izba Lekarska

Gazeta Lekarska dla członków
izb lekarskich bezpłatna

Nakład: 181 700 egz.

Kolegium redakcyjne

Piotr Kościelniak, Jacek Bujko, Paweł Doczekalski, Klaudiusz Komor, Maria Kłosińska, Ryszard Golański, Dariusz Samborski, Mikołaj Sinica, Anna Wojda, Mariusz Tomczak

Redakcja

ul. Jana III Sobieskiego 110,
00-764 Warszawa
tel.: (22) 558 80 40

Dyżur telefoniczny w każdy wtorek w godz. 10.00-14.00

Poza tym terminem prosimy
kontaktować się mailowo:
redakcja@gazetalekarska.pl

Piotr Kościelniak

(redaktor naczelny)
piotr.koscielniak@nil.org.pl

Anna Wojda

(sekretarz redakcji)
anna.wojda@nil.org.pl

Lidia Sulikowska

(dziennikarz)
tel.: 698 633 755
lidia.sulikowska@nil.org.pl

Mariusz Tomczak

(redaktor portalu internetowego)
tel. (22) 558 80 40
mariusz.tomczak@nil.org.pl
www.gazetalekarska.pl

Sylwia Wamej

(redaktor portalu internetowego)
sylwia.wamej@nil.org.pl

Reklama i ogłoszenia

Agata Bryk
ogloszenia@gazetalekarska.pl

Stale z nami współpracują

Jerzy Badowski, Adam Czerwiński,
Lucyna Krysiak, Zbigniew Kuzyszyn,
Jacek Miarka, Agata Morka, Małgorzata
Solecka, Jarosław Wanecki

Projekt, projekt okładek

Michał Trusz

Skład

Montownia/Teresa Urawska

Druk

Eurodruk-Poznań Sp. z o.o.

W celu zmiany adresu wysyłki „Gazety Lekarskiej” prosimy kontaktować się z właściwą okręgową izbą lekarską.

Materiałów niezamówionych redakcja nie zwraca i zastrzega sobie prawo do skrótów, adaptacji, zmiany tytułów. Redakcja nie odpowiada za treść reklam i ogłoszeń. Autorów prosimy o przysyłanie tekstów zapisanych na CD, e-mail w edytorze pracującym w środowisku Windows. Publikacja ta przeznaczona jest tylko dla osób uprawnionych do wystawiania recept oraz osób prowadzących obrót produktami leczniczymi w rozumieniu przepisów ustawy z 6 września 2011 r. – Prawo farmaceutyczne (Dz.U. nr 126, poz. 1381, z późn. zmianami i rozporządzeniami).

23. IGRZYSKA LEKARSKIE

CETNIEWO

26-30 sierpnia 2026



REJESTRACJA

539 840 527

IGRZYSKALEKARSKIE@NIL.ORG.PL



IGRZYSKA
LEKARSKIE

NIL

Naczelna
Izba Lekarska

ORGANIZATOR



Ministerstwo
Sportu i Turystyki

PATRONAT HONOROWY

GAZETA
LEKARSKA

PATRONAT MEDIALNY

