

# GAZETA

L E K A R S K A

PISMO IZB  
LEKARSKICH

+ KALENDARZ  
WYDARZEŃ  
SPORTOWYCH

## CISZA W PAMIĘCI

PROBLEM DEMENCJI ROŚNIE  
SZYBCIEJ NIŻ MOŻLIWOŚCI SYSTEMU

- RÓŻNE PRZYCZYNY, JEDEN DRAMAT
- NOWE LEKI: PRZEŁOM CZY ZŁUDZENIE
- MIASTA RATUJĄ, GDY PAŃSTWO ZAWODZI

**RAPORT**  
MILIARDY NA ZDROWIE  
NIE GWARANTUJĄ  
DOBRYCH WYNIKÓW  
LECZENIA

**PODATKI**  
KSEF W PRAKTYCE:  
JAKIE PROBLEMY  
MOGĄ NAPOTKAĆ  
LEKARZE

**PRAKTYKA**  
NIERÓWNE KONTRAKTY  
DLA GABINETÓW  
– STOMATOLOGIA NA  
GRANICY OPŁACALNOŚCI

**SERIALE MEDYCZNE**  
NA EKRANACH  
UPROSZCZENIA,  
SPEKTAKULARNE  
CUDA I BŁĘDY



# Demokracja zwyciężyła

ŁUKASZ JANKOWSKI  
PREZES NACZELNEJ RADY  
LEKARSKIEJ



**W**ybory to najbardziej doniosły moment w każdej demokratycznej organizacji. Dlatego chcę serdecznie pogratulować nowym prezesom okręgowych rad lekarskich wyboru na tak odpowiedzialną i zaszczytną funkcję. Wierzę, że mamy silnych liderów samorządu, którzy będą ściśle ze sobą współpracować w pokonywaniu wyzwań stojących obecnie przed polskim systemem ochrony zdrowia. Trzymam kciuki za współdziałanie i jedność samorządu.

Gratuluje również delegatom wybranym do okręgowych rad, którzy będą realizować postulaty samorządu na lokalnym poziomie. Życzę Wam energii i wytrwałości, ale również poczucia sprawczości w walce o godność zawodu lekarza i lekarza dentystry. Działalność samorządu odbywa się przecież w największej mierze lokalnie – to Wy najlepiej znacie potrzeby naszych koleżanek i kolegów oraz problemy, z jakimi muszą się mierzyć.

Chcę również skierować specjalne słowa podziękowania do wszystkich członków samorządu lekarzy i lekarzy dentystry. Biorąc udział w głosowaniu, udowodniliśmy, że demokracja i wybory to nie puste słowa. To nie tylko formułka, ceremoniał bez znaczenia. Oddając swoje głosy, nadaliśmy im treść. Dowiedliśmy, że samorząd jest wyrazicielem poglądów przedstawicieli naszych zawodów. Że jest potrzebny, bo tylko tak możemy skutecznie zabiegać o sprawy dla nas ważne.

Patrząc na statystyczne podsumowanie wyborów, nie sposób nie dostrzec fundamentalnej zmiany – większej woli działania młodych lekarzy i lekarzy dentystry. Widzimy również generalnie wzrost aktywności i wyższą frekwencję.

To przede wszystkim efekt wprowadzenia nowego, elektronicznego systemu głosowania. Pomysł, który zaczęliśmy realizować

Oddając głosy, nadaliśmy demokracji realną treść – pokazaliśmy, że samorząd lekarski nie jest jedynie instytucją, lecz wspólnotą zaangażowanych ludzi, którzy chcą współdecydować o przyszłości swojego zawodu

na początku kadencji, okazał się wielkim sukcesem. Oczekiwaliśmy, że e-wybory poprawią frekwencję i zmobilizują osoby, które dotychczas mniej angażowały się w życie samorządu lekarskiego. Ale jak w przypadku każdej nowej technologii mieliśmy obawy, czy sprzęt i oprogramowanie zadziałają. Wiedzieliśmy również, że część kolegów podchodzi do e-głosowania z bardzo dużą nieufnością.

No cóż, dziś mogę powiedzieć, że obawy były na wyrost. E-wybory się sprawdziły. W skali całego kraju elektronicznie zagłosowało prawie 31 tys. lekarzy i lekarzy dentystry,

podczas gdy korespondencyjnie oddano ok. 21 tys. głosów. Tę rewolucyjną zmianę widać w wynikach OIL w Warszawie, której jestem członkiem. W poprzednich, całkowicie analogowych wyborach zagłosowały w I turze 3742 osoby. W tych – 8397 lekarzy i lekarzy dentystry, z czego ponad 6 tys. elektronicznie. Wybory zakończono w I turze. W większości izb oddano więcej głosów elektronicznie niż korespondencyjnie i osobiście w lokalu. Ja również głosowałem elektronicznie.

Przedstawiciele komisji wyborczych przyznają, że wybraliśmy teraz lekarzy nieco młodszych, w tym również rezydentów. Zwiększył się również udział lekarzy dentystry. Najstarsi głosujący elektronicznie lekarze mają po 96 lat – są z Warszawy i ze Śląska. Najmłodszy – po 25 lat.

I to są doskonałe wiadomości dla samorządu, który za sprawą wyższej frekwencji stał się po prostu bardziej reprezentatywny. To w naturalny sposób daje nam większą siłę wynikającą z mandatu zaufania. Dzieje się to w chwili, gdy problemy systemu ochrony zdrowia narastają, a pomysły decydentów wymagają naszej zdecydowanej i bardzo stanowczej reakcji. Tylko mocna organizacja jest w stanie na takie wyzwania odpowiedzieć. Jestem przekonany, że samorząd lekarzy i lekarzy dentystry X kadencji tej szansy nie zmarnuje. ●

- 3 **Demokracja zwyciężyła**  
Łukasz Jankowski
- 5 **Jak przywrócić limity bez limitów**  
Klaudiusz Komor
- 6 **Newsy z kraju i ze świata**
- 8 **To możemy być my**  
Piotr Kościelniak

#### TEMAT NUMERU

- 8 **Cisza w pamięci**  
*Pierwsze objawy łatwo przeoczyć, a konsekwencje są poważne. Demencja to jedna z największych epidemii XXI wieku. W Polsce nadal wykrywana jest zbyt późno.*
- 13 **Demencja ma wiele twarzy**
- 16 **Nowe terapie: realna szansa czy ślepy zaułek**
- 20 **Alzheimer przyspiesza, a system stoi w miejscu**
- 22 **Blisko chorego. Jak miasta wspierają osoby z demencją**  
*Samorzędy wypełniają lukę systemową, oferując m.in. diagnostykę i opiekę dzienną.*

#### WAŻNY TEMAT

- 24 **Zmiana wycen uderza w pacjentów**  
*NFZ zmusza placówki do rozliczania części świadczeń po zaniżonych stawkach.*

#### AKTUALNOŚCI

- 26 **Więcej nie znaczy lepiej**
- 28 **Krótki kofdra, wielkie potrzeby**
- 30 **Interna na krawędzi**
- 31 **Rząd ratuje finanse kosztem lekarzy**

#### PRAWO I MEDYCYNĄ

- 34 **Pięć lat zawieszenia za fikcyjną operację**
- 35 **Sprawy spadkowe teraz bez zbędnych formalności**

#### PODATKI I FINANSE

- 36 **KSeF w praktyce lekarskiej**
- 38 **Nowe limity IKE, IKZE i OIPE**



TEMAT NUMERU  
STRONY 8–23

*Setki tysięcy pacjentów funkcjonują poza właściwą diagnostyką i skoordynowaną opieką.*

- 40 **Auto na lepszych warunkach**  
*Dostęp do wszystkich marek, wynegocjowane rabaty i wsparcie w finansowaniu – to elementy nowego programu przygotowanego dla lekarzy.*

#### PRAKTYKA LEKARSKA

- 42 **Razem jesteśmy silniejsi**  
Paweł Barucha
- 42 **Lekarze drugiej kategorii**
- 44 **Antybiotyki ostatniej szansy pod lupą**
- 47 **Lek czy towar?**  
Mariusz Politowicz
- 48 **Prawdziwe życie nie mieści się w scenariuszu**
- 50 **O sztuce marnowania energii**  
Anna Gołębicka
- 51 **Hematologia: system nie nadąza za pacjentami**
- 54 **Za dużo** Jakub Sieczko
- 56 **Nowy rozdział w leczeniu**
- 58 **Radioterapia zaczyna się od słów**

#### WYWIAD LEKAR(S)KI

- 60 **Lekarka na dyżurze.**  
Matka bez przerwy

#### SAMORZĄD ZAWODOWY

- 62 **I tylko pacjentów szkoda...**  
Jakub Kosikowski
- 62 **O tym się mówi/Mówią o nas**

#### OŚRODEK KSZTAŁCENIA

- 64 **Milion chorych, a wiedzy zbyt mało**

#### PO GODZINACH

- 66 **Jednego serca**  
Jarosław Wanecki
- 67 **Madagaskar. Spotkania z duchami nocy**
- 70 **Błąd malarski – Na wyrost**
- 72 **Przychodzi wena do lekarza**
- 73 **Kalejdoskop kulturalny**
- 74 **Na torze i w hangarze**
- 74 **Czytelnia**
- 75 **Liczymy na rekordową frekwencję**
- 76 **Kalendarz wydarzeń sportowych**
- 78 **Futsalowe emocje**
- 80 **Zjazdy koleżeńskie**
- 80 **Ogłoszenia**
- 82 **Jolka lekarska**

JEDNYM GŁOSEM

# Jak przywrócić limity bez limitów

Żeby załatać katastrofalną lukę w finansach, NFZ chce płacić mniej, później, a najlepiej wcale. Skutkiem będą rekordowe kolejki do specjalistów i zmniejszenie dostępu do diagnostyki.

**M**ożna powiedzieć, że innowacyjne pomysły zasiedających w Ministerstwie Zdrowia (niezależnie od aktualnie rządzącej opcji) od lat nie przestają zadziwiać. Czasami wydaje się, że takie pomysły mogą powstać tylko u ludzi zupełnie nieznających realiów naszego systemu ochrony zdrowia. I zwykle powstają mimo ostrzeżeń i protestów płynących chociażby z samorządu lekarskiego. A kiedy te „genialne” pomysły wchodzi w życie, okazuje się, że rzeczywistość jest zupełnie inna i efekty w systemie są zupełnie inne, niż się pomysłodawcom zdawało.

Od pewnego czasu największym zmartwieniem przy ulicy Miodowej 15 jest dziura w budżecie NFZ, sięgająca według szacunków w 2026 r. aż 23 mld zł. Oczywiście jest to efekt nieprzemysłanych decyzji w przeszłości, takich jak słynny „skok na kasę”, którego kolejny już minister nie jest w stanie odwrócić.

W ostatnich dniach słyszymy o nowych pomysłach na przynajmniej częściowe zlikwidowanie wspomnianej budżetowej dziury – swoją drogą to bardzo trudne zadanie. Jak to zrobić, żeby nie stworzyć wrażenia pogorszenia dostępności do leczenia, a jednak zaoszczędzić? Czyli nie wprowadzać z powrotem limitów np. w AOS, ale spowodować, że te limity wrócą?

Pisałem ostatnio o sprytnym ruchu z wprowadzeniem współczynnika 0,75 za wizyty kontynuowane w AOS

**KLAUDIUSZ KOMOR**  
WICEPREZES NACZELNEJ  
RADY LEKARSKIEJ



w przypadku nieprzekroczenia mediany procentowego udziału wizyt pierwszorazowych, co już wydłużyło kolejki do specjalistów na wizyty kontrolne i zmniejszyło ich liczbę. Kolejnym pomysłem ma być płacenie za świadczenia wykonane ponad umowę tylko 40 proc. – mówi się o tomografii, rezonansie, kolonoskopii czy gastrokopii. Co więcej, za te usługi wykonane ponad limit NFZ ma płacić jednorazowo po zakończeniu roku, a nie jak teraz – na bieżąco. Przecież, logicznie myśląc, spowoduje to dokładnie to samo, co wprowadzenie limitów – żaden dyrektor szpitala nie pozwoli wykonywać świadczeń ponad umowę, bo zwyczajnie będzie musiał za nie dopłacać. Koszt wykonania tych badań będzie większy niż to, co NFZ łaskawie za nie zapłaci, i to dopiero po kilku miesiącach. I nagle kolejki do tych procedur wydłużą się w błyskawicznym tempie.

Podobnie ma być w AOS – też nie będzie powrotu do limitów

(zniesionych w 2021 r.), ale wizyty wykonane ponad limit będą opłacane w wysokości 40 proc. Analogiczna sytuacja – kto będzie chciał wykonywać i tak najmniej wyceniane procedury za mniej niż połowę ich wartości? A wyobraźmy sobie, że taka poradnia nie osiągnie mediany procentu wizyt pierwszorazowych, więc z tych 40 proc. jeszcze do wszystkich kontynuacyjnych NFZ zastosuje współczynnik 0,75. Czyli wizyty praktycznie za darmo.

Patrząc obiektywnie na pomysły, można się spodziewać, że w przyszłym roku będziemy mieć w Polsce rekordowe kolejki do specjalistów (oczywiście poza wizytami pierwszorazowymi, bo te się będą opłacać, żeby przekroczyć medianę). I docelowo wzrost umieralności na raka jelita grubego, jeżeli w ten sposób ograniczymy na przykład kolonoskopię. Czy to naprawdę są przemyślane propozycje? Pomysły resortu nie przestają zadziwiać. ●

## NEWSY Z KRAJU I ZE ŚWIATA

LIDIA SULIKOWSKA, SYLWIA WAMEJ

## Nowatorskie usunięcie guza

**C**hirurdzy pod kierunkiem prof. Michała Grąta z Kliniki Chirurgii Ogólnej, Transplantacyjnej i Wątroby Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego wyjęli wątrobę z ciała pacjentki, usunęli guz i z powrotem wszczepili zoperowany narząd. Jak informuje WUM



fot.: WUM

▲ W Polsce miała miejsce pierwsza udana resekcja metodą autotransplantacji

– to pierwsza w Polsce udana resekcja olbrzymiego raka wątroby metodą autotransplantacji. Zabieg trwał 11 godzin, wątroba pozostawała poza organizmem chorej przez 4 godziny i 57 minut.

## Główni zabójcy Europejczyków

**C**horoby układu krążenia i nowotwory pozostają najczęstszymi przyczynami zgonów wśród mieszkańców Unii Europejskiej – wynika z najnowszych informacji opublikowanych w połowie marca przez Eurostat. Europejski Urząd Statystyczny podzielił się danymi za 2023 r. W tym okresie zmarło 4,84 mln osób, z czego w wyniku problemów kardiologicznych życie straciło 1,59 mln (32,8 proc. wszystkich zgonów w UE). Najwyższe współczynniki zgonów z przyczyn sercowo-naczyniowych na 100 tys. mieszkańców odnotowano w Bułgarii (923), Rumunii (787) i na Łotwie (726), a najniższe we Francji (163), Hiszpanii (200) i Danii (208). Drugi najczęstszy zabójca to rak – w wyniku choroby nowotworowej

zmarło 1,16 mln osób. Na trzecim miejscu znalazły się choroby układu oddechowego (380 tys. zmarłych).

## Lokalizacja ważniejsza niż jakość

**C**o kieruje Polakami w wyborze placówki POZ? Jak wynika z sondażu przeprowadzonego przez Human Answer Institute i agencję badawczą Brainlab, decyzja jest napędzana bardziej wygodą i przyzwyczajeniem niż jakością usług. Ponad połowa badanych (52 proc.) jako główny powód wyboru konkretnej przychodni wskazała odległość od miejsca zamieszkania lub pracy. Czynniki wyboru związane z jakością opieki wskazywano rzadziej i były rozproszone między wiele pojedynczych aspektów, np. na zaufanie do konkretnego lekarza wskazało 25 proc. badanych, na możliwość zafatwiania spraw zdalnie, takich jak e-recepty czy teleporady – 22 proc., a na dostępność terminów – 21 proc. Kwestia organizacji rejestracji czy zakres usług miały jeszcze mniej wskazań. Sondaż został zrealizowany metodą CAWI na ogólnopolskiej próbie losowo-kwotowej Polaków w wieku 18+ (N=1070).

## Wspomnienia nie muszą nami rządzić

**P**sychoterapia z zastosowaniem technik opartych na wyobrażeniach obniża lęk przed porażką, którego źródłem są przykre doświadczenia z dzieciństwa związane z krytyką – wynika z badań przeprowadzonych przez zespół naukowców

z poznańskiego Laboratorium Neuro nauki Emocji Instytutu Psychologii Uniwersytetu SWPS oraz Pracowni Obrazowania Mózgu Instytutu Biologii Doświadczalnej im. M. Nenckiego PAN w Warszawie.

W randomizowanych kontrolowanych badaniach klinicznych wzięło udział 180 osób w wieku 18-35 lat. W ciągu dwóch tygodni poddano je czterem sesjom terapeutycznym z zastosowaniem jednej z technik wyobrażeniowych (ekspozycja wyobrażeniowa, IE / reskrypcja wyobrażeniowa, ImRs / reskrypcja wyobrażeniowa z procedurą 10-minutowego opóźnienia, ImRs-DSR), podczas których pracowały z własnymi wspomnieniami z dzieciństwa związanymi z krytyką. U badanych udało się doprowadzić do znaczącego obniżenia lęku przed porażką, redukcji negatywnych emocji, a dodatkowo uczestnicy przestali reagować silnym stresem, myśląc o przykrych sytuacjach. Co więcej, zmiana ta utrzymała się, co potwierdziły obserwacje kontrolne przeprowadzone po trzech i sześciu miesiącach. Wyniki badań opublikowano w czasopiśmie „Frontiers in Psychology”.

Źródło: SWPS

## AI i biomarkery krwi wykryją psychozę?

**Z**espół naukowców z Zakładu Neuroinżynierii i Medycyny Kosmicznej Uniwersytetu Zielonogórskiego we współpracy z partnerami z Uniwersytetu Oksfordzkiego, Szpitala Uniwersyteckiego w Heidelbergu, Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, Szpitala im. Babińskiego w Łodzi, BG Klinikum w Hamburgu, Szpitala Uniwersyteckiego w Zielonej Górze oraz Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie badał efektywność wykorzystania sztucznej inteligencji w rozpoznawaniu wczesnej

psychozy u dzieci i młodzieży. Wyniki są obiecujące. Badania przeprowadzono na grupie 45 pacjentów z wczesną psychozą oraz 34 zdrowych dzieci. Do postawienia diagnozy wykorzystano cztery specjalnie wytrenowane algorytmy uczenia maszynowego, które analizowały biomarkery białkowe w surowicy krwi dotyczące plastyczności synaptycznej oraz testy neuropsychometryczne. Jeden z algorytmów wykazał się bardzo wysoką skutecznością. Wyniki dotyczące badania ukazały się w „Scientific Reports”.

Źródło: UZ

## Słaba wiedza o andropauzie

Aż 31 proc. Polek i Polaków nie zna pojęcia andropauzy, a kolejne 33 proc. zetknęło się z tym określeniem, ale nie wie, co ono oznacza – wynika z badania opublikowanego w raporcie „Andropauza bez tabu” przygotowanego przez agencję badawczą Difference dla Kulczyk Foundation. Nie było znaczących różnic w odpowiedziach pomiędzy kobietami i mężczyznami, chociaż nieco więcej pań przyznało, że słyszało o andropauzie. 2/3 respondentów stwierdziło, że w przestrzeni publicznej zbyt mało mówi się o problemach zdrowotnych mężczyzn po 50. roku życia. Sondaż przeprowadzono na ogólnopolskiej próbie reprezentatywnej (N=1030).

## Sposób na podawanie leków

5 Wojskowy Szpital Kliniczny w Krakowie wdrożył na wszystkich oddziałach elektroniczne tace do podawania leków. To pierwsze takie rozwiązanie w regionie. „Taca Franciszka” łączy prostą konstrukcję z systemem, który po zalozowaniu pielęgniarki wskazuje właściwy lek, przegródkę i zlecenia aktualizowane co 10 minut. Pojemniki są dodatkowo oznaczane nazwiskiem pacjenta. W zestawie znajduje się także kamizelka „Przygotuję leki. Proszę nie przeszkadzać”, która ma zmniejszać ryzyko błędów. Po udanym dwumiesięcznym pilotażu system rozszerzono na cały szpital. Elektroniczne tace poprawiają bezpieczeństwo pacjentów i usprawniają gospodarkę lekami,

zapewniając aptece i księgowości bieżący wgląd w ich zużycie.

## Stomatologia rośnie w siłę

Do 2034 r. wartość europejskiego rynku usług stomatologicznych ma osiągnąć 707,9 mld zł. Branża rośnie stabilnie dzięki starzeniu się populacji oraz rosnącej popularności stomatologii



foto: freepik.com

▲ Największym popytem cieszy się protetyka i implantologia

estetycznej, bo zadbane uzębienie stało się elementem wizerunku zawodowego. Według raportu Precedence Research sektor będzie rość w tempie 4,92 proc. rocznie, co oznacza niemal podwojenie globalnych wydatków, które w 2024 r. wyniosły 415,22 mld USD.

Największym popytem cieszy się protetyka, implantologia i zabiegi poprawiające wygląd uśmiechu. Nadchodzące lata przyniosą technologiczny skok w gabinetach: skanery wewnątrzustne zastąpią tradycyjne wyciski, druk 3D umożliwi wykonanie koron podczas jednej wizyty, a systemy AI będą wspierać analizę zdjęć RTG i tomografii, zwiększając precyzję diagnostyki.

## Psychologiczna pomoc na kołach

Mental Bus to mobilny gabinet psychologiczny, który ma być pomocny w przełamywaniu tabu związanego ze zdrowiem psychicznym i ułatwiać

szybki kontakt ze specjalistą. Inicjatywa powstała po doświadczeniach powodzi w Kotlinie Kłodzkiej w 2024 r., gdy terapeuci wspierali osoby, które nagle straciły domy. Pokazało to, jak potrzebna jest dostępna, mobilna pomoc – zwłaszcza tam, gdzie na wizytę u psychiatry czeka się średnio 117 dni, a na terapię jeszcze dłużej. Autobus odwiedzi festyny, festiwale i lokalne wydarzenia w całej Polsce. Można wejść bez zapisu lub umówić się wcześniej. Organizatorzy planują przejechać kilka tysięcy kilometrów, uczestniczyć w co najmniej 17 wydarzeniach i udzielić około tysiąca konsultacji.

W pojeździe znajduje się wyciszony gabinet, który zapewnia warunki zbliżone do standardowej poradni. Zespół tworzą psychologowie, terapeuci i studenci psychologii z całego kraju.

## Nowe zasady „pustych dyżurów”

Ministerstwo Zdrowia proponuje zmianę zasad organizacji hospitalizacji planowej. Szpitale nie musiałyby zapewniać obsady lekarsko-pielęgniarskiej w weekendy i święta, jeśli na oddziale nie ma pacjentów. Obowiązek pełnej obsady pozostałby wyłącznie w dni robocze. Projekt trafił do konsultacji 13 marca 2026 r., a wejście w życie przewidziano na 1 lipca 2026 r.

Celem zmian jest ograniczenie tzw. pustych dyżurów, które, jak wskazuje resort, generują koszty i obciążają kadre, mimo że nie mają wpływu na leczenie. Ministerstwo argumentuje, że przy niedoborach personelu konieczne jest jego bardziej racjonalne wykorzystanie, zwłaszcza w miejscach wymagających stałej gotowości. Według projektu mniej restrykcyjne wymogi mają ułatwić placówkom spełnienie kryteriów kontraktowania świadczeń z NFZ, co może zwiększyć liczbę miejsc realizujących leczenie planowe. Zmiany nie obejmą oddziałów pracujących w trybie ciągłym, takich jak SOR czy centra urazowe. ●

# To możemy być my

**PIOTR KOŚCIELNIAK**  
REDAKTOR NACZELNY



**W** poprzednim wydaniu „Gazety Lekarskiej” zajęliśmy się problemem kryzysu demograficznego w Polsce. Opisaliśmy dramatyczny spadek liczby urodzin oraz wyzwania, jakie ta sytuacja niesie dla systemu ochrony zdrowia – w tym m.in. znikające porodówki. Dziś pokazujemy inny aspekt zmian demograficznych w naszym kraju. Zjawisko starzejącego się społeczeństwa i wzrost liczby przypadków chorób otępiennych.

Wiek jest jednym z najważniejszych czynników powiązanych z występowaniem zaburzeń poznawczych. Choroby otępienne są niejako wpisane w proces starzenia się. A ponieważ w Polsce średnia długość życia rośnie (przynajmniej według danych GUS), to i osób w podeszłym wieku przybywa. A to znaczy, że wyzwania związane z chorobami otępiennymi w dającej się przewidzieć przyszłości będą rosnąć. „Górka” dopiero przed nami.

Większość z nas rozumie, że osoby dotknięte takimi chorobami (bo nie tylko o alzheimerze mowa) potrzebują pomocy obejmującej najbardziej podstawowe czynności dnia codziennego. Czasem opiekunowie, najbliższa rodzina, nie potrafią lub nie mogą udźwignąć tego ciężaru. Wtedy niezbędna staje się opieka wyspecjalizowana, świadczona przez instytucje publiczne. A do tego dochodzi przecież leczenie, diagnostyka, a także profilaktyka. To wszystko kosztuje. Jak sobie z tym wyzwaniem poradzi system ochrony zdrowia w Polsce, który teraz ogranicza dostępność do niektórych świadczeń – w tym kosztochłonnej diagnostyki – i promuje zamykanie oddziałów oraz konsolidację szpitali?

Nie bez przyczyny przywołałem poprzednie wydanie „Gazety Lekarskiej”. Awantura o „porody na SOR” nie cichnie – gdy zamykamy to wydanie, trwa dyskusja (choć to chyba zbyt eleganckie słowo) na temat porodówki w Lesku. Trwa przyczucie się odpowiedzialnością za to, kto, kiedy i ile porodówek zamknie. Nie sądzę, aby zbliżało to nas do rozwiązania problemu i poprawy sytuacji kobiet w ciąży. A wyzwania zdrowotne związane ze starzejącym się społeczeństwem również są zbyt poważne, aby dyskutować o nich w taki sposób.

Pod koniec ubiegłego roku rząd przyjął Krajowy Program Działań wobec Chorób Otępiennych, który ma obowiązywać do 2030 r. – to doskonała wiadomość. Strategia ta określa najważniejsze wyzwania dotyczące profilaktyki, diagnostyki i wsparcia dla opiekunów. Na jej realizację przewidziano ponad 750 mln zł, a konkretne kwoty przeznaczone na działania programu będą ustalone co roku. Środki mają pochodzić z budżetu państwa, NFZ i innych instytucji. Co to oznacza dla finansowania programu w obliczu dziury finansowej Narodowego Funduszu Zdrowia – mniej więcej wiadomo.

Czy stać nas na lekceważenie problemu? Czy możemy sobie pozwolić na odwołanie działań? Starość czeka nas wszystkich – kiedy patrzę na wygenerowaną przez sztuczną inteligencję twarz kobiety na okładce, nie mogę oprzeć się wrażeniu, że to możemy być my. ●



**K**iedy w 1906 r. niemiecki neurolog i psychiatra Alois Alzheimer po raz pierwszy przedstawił przypadek „choroby zapominania”, nikt nie przypuszczał, że stanie się ona jednym z największych wyzwań XXI wieku. Jego pacjentka Auguste Deter miała postępujące zaburzenia funkcji poznawczych, m.in. doświadczała zaników pamięci, dezorientacji i urojeń. Lekarz po śmierci kobiety przeprowadził sekcję jej mózgu i odkrył w nim nagromadzenie płytek amyloido- wych i spłątki neurofibrylarne. Jednak to odkrycie przez dekady nie wzbudzało dużego poruszenia w świecie medycznym, a chorobę Alzheimera jako oficjalną nazwę przyjęto dopiero na kongresie lekarzy w Lozannie w 1967 r.

– W zasadzie szerokie zainteresowanie tym tematem rozpoczęło się w 1994 r. od listu otwartego Ronaldą Reagana skierowanego do narodu amerykańskiego, w którym poinformował, że ma chorobę Alzheimera – zauważa prof. Andrzej Potemkowski, neurolog kierujący Zakładem Psychologii Klinicznej i Psychoprofilaktyki na Uniwersytecie Szczecińskim.

## NAJGORSZE DOPIERO PRZED NAMI

Obecnie, według szacunków Światowej Organizacji Zdrowia, na demencję (inaczej otępienie, a według klasyfikacji ICD-11 zaburzenia neuropoznawcze), w tym chorobę Alzheimera, choruje co najmniej 57 mln ludzi na świecie, a w 2050 r. będzie ich nawet 139 mln. To siódma najczęstsza przyczyna zgonów i jeden z głównych powodów niepełnosprawności i niesamodzielności wśród osób starszych.

– Otępienie jest zespołem objawów charakteryzujących się zaburzeniem procesów poznawczych: pamięci, mowy, rozpoznawania i precyzji ruchów. Wraz z postępem choroby dochodzi także do zaburzeń pozapoznawczych. Problemem staje się aktywność dnia codziennego, początkowo ta bardziej złożona, a w zaawansowanych stadiach nawet ta najprostsza, jak ubieranie czy jedzenie – wyjaśnia prof. Potemkowski.

TEMAT NUMERU

# Cisza w pamięci

LIDIA SULIKOWSKA  
DZIENNIKARKA

Pierwsze objawy łatwo przeoczyć, a konsekwencje są poważne. Demencja to jedna z największych epidemii XXI wieku. W Polsce nadal wykrywana jest zbyt późno.

Już teraz podkreśla się, że jest to jedno z największych wyzwań zdrowotnych na świecie.

Najczęstszą przyczyną zaburzeń neuropozanwczyczych jest choroba Alzheimera (50-70 proc. wszystkich przypadków). Żyły z nią między innymi Żelazna Dama Wielkiej Brytanii, Margaret Thatcher, i ikona Hollywood Rita Hayworth.

Mamy też inne formy otępienia, m.in. naczyniopochodne (związane np. ze zmianami poudarowymi), a także otępienie z ciałami Lewy'ego (u aktora Robina Williamaśa pośmiertnie zdiagnozowano właśnie tę przyczynę demencji) oraz czołowo-skroniowe, z którym zmagają się znany amerykański aktor Bruce Willis. To te najczęstsze, ale oczywiście niejedyne. Może też dojść do otępienia o etiologii mieszanej (choroba Alzheimera często współwystępuje z otępieniem naczyniopochodnym).

Z najnowszej edycji raportu Alzheimer Europe dowiadujemy się, że tylko w krajach należących do Unii Europejskiej z zaburzeniami otępiennymi żyje ponad 9 mln osób (dane za 2025 r.). Autorzy opracowania szacują, że do 2050 r. ta liczba zwiększy się o 58 proc. i wyniesie około 14,3 mln. W Unii Europejskiej wskaźnik rozpowszechnienia demencji w populacji ogółem waha się od 1,19 proc. (Cypr) do 2,43 proc. (Włochy). Ryzyko zachorowania rośnie wraz z wiekiem. Widać to w danych epidemiologicznych uwzględniających strukturę wiekową chorych. Jak pokazuje raport, obecnie z otępieniem żyje ok. 345 tys. mieszkańców UE w wieku 65-69, ale już 2 mln w przedziale wiekowym 85-89 lat.

Według szacunków Alzheimer Europe w Polsce z demencją żyje ponad 618 tys.



ilustracja: Michal Trusz

osób (z czego prawie 427 tys. to kobiety), co stanowi 1,62 proc. populacji ogółem. W 2050 r. liczba chorych w naszym kraju przekroczy milion.

– Pozytywna informacja jest taka, że znaczna część czynników wpływających na zachorowalność jest modyfikowalna, wśród nich otyłość, cukrzyca, nadciśnienie, brak aktywności fizycznej, depresja, palenie papierosów i niski poziom wykształcenia. Wyniki różnych badań naukowych sugerują, że w krajach, gdzie populacje stosują się do profilaktyki, ryzyko zachorowania maleje – podkreśla

Andrzej Potemkowski. Problem mimo to będzie narastać, bo społeczeństwa w szybkim tempie się starzeją. To jest koszt tego, że żyjemy coraz dłużej.

To problem wielu państw, w tym Polski. Z danych GUS wynika, że w naszym kraju jeszcze w 2000 r. przeciętne trwanie życia mężczyzn wynosiło niecałe 70 lat, a kobiet 78 lat. Obecnie średnia życia Polaków to niemal 75 lat, a Polek ponad 82 lata. W 2024 r. mieliśmy aż 7,7 mln osób w wieku 65 lat, co stanowiło 20,6 proc. ogółu populacji. Ten trend będzie się pogłębiał. Według prognozy eksperymentalnej GUS w 2060 r. liczba ludności Polski może obniżyć się do 28,4 mln, z czego 11-12 mln ludzi będzie w wieku poprodukcyjnym. Prognozuje się szczególnie znaczny przyrost liczby osób najstarszych (w grupie 90+).

## PRZEGRYWAMY WYŚCIG Z CZASEM

Dane demograficzne nie pozostawiają złudzeń: osób z zespołami otępiennymi będzie przybywać. Aby sprostać temu wyzwaniu, potrzebujemy systemu, który zapewni wczesne rozpoznanie i skuteczne leczenie, a także wesprze rodzinę w opiece nad chorym.

– Niestety pomoc jest rozproszona i brakuje szybkiego dostępu do świadczeń. Nie mamy wystandaryzowanej ścieżki diagnostycznej do rozpoznawania zaburzeń neuropoznawczych, przez co pacjenci są diagnozowani za późno – mówi dr hab. n. med. Agnieszka Gorzkowska,

neurolog Oddziału Neurologii z Pododdziałem Udarowym w Górnośląskim Centrum Medycznym Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach i przewodnicząca Sekcji Alzheimerowskiej Polskiego Towarzystwa Neurologicznego.

Ten stan dobrze obrazują dane Narodowego Funduszu Zdrowia: chorobowość rejestrowana choroby Alzheimerera i chorób pokrewnych wyniosła w Polsce w 2024 r. 382,6 tys. osób. To zdecydowanie mniejsze liczby niż szacunki dotyczące występowania demencji w naszej populacji. Dlaczego tak się dzieje?

Przewodnicząca Sekcji Alzheimerowskiej PTN wskazuje na dwa neuralgiczne momenty – za długi czas od pojawienia się pierwszych objawów do ich identyfikacji w ramach podstawowej opieki zdrowotnej oraz długotrwały proces diagnostyczny w opiece specjalistycznej, niezbędny do potwierdzenia rozpoznania i określenia rodzaju otępienia.

#### CZY BĘDZIE LEPIEJ?

– Zdarza się, że lekarze rodzinni uspokajają pacjentów i ich rodziny mówiąc, że nic złego się nie dzieje, a w rzeczywistości choroba się rozwija, tylko jest w początkowej fazie. Ważne, by tego momentu nie przeoczyć, bo uspokojony chory i jego opiekuni tracą czujność. Często przychodzą na następną wizytę dopiero, gdy pacjent ma otępienie umiarkowane do znacznego – mówi Edyta Ekwińska, wiceprezes związku organizacji Alzheimer Polska. Dodaje jednocześnie, że często sami chorzy i ich bliscy długo nie zauważają problemu, przez co idą do lekarza zbyt późno. – To ciągle jest temat tabu. Boimy się tej choroby, więc wolimy jej nie widzieć. Demencję kojarzymy ze stanem, gdy osoba nie może wstać z łóżka i nikogo wokół nie rozpoznaje. Trzeba edukować społeczeństwo, że już przy pierwszych kłopotach z funkcjami poznawczymi należy udać się do lekarza – apeluje wiceszefowa Alzheimer Polska.

Co ważne, zaburzenia otępienne nie są naturalnym procesem starzenia się. – Za ten stan odpowiadają konkretne zmiany w ośrodkowym układzie nerwowym. Mniejszość ludzi dożywa sędziwego wieku i nie ma tego problemu. Oczywiście, w miarę upływu lat sprawność poznawcza pogarsza się, ale nie tyle, żeby nie można było samodzielnie funkcjonować. Otępienie nam tę zdolność odbiera – wyjaśnia prof. Tomasz Gabryelewicz, psychiatra, prezes Polskiego Towarzystwa Alzheimerowskiego i kierownik ośrodka alzheimerowskiego funkcjonującego w Państwowym Instytucie Medycznym MSWiA w Warszawie.

W połowie ubiegłego roku lekarze rodzinni zostali wyposażeni w narzędzie, które ma ułatwić proces „wyłapywania” pacjentów z podejrzeniem demencji. W ramach programu „Moje Zdrowie” osoby powyżej 60. roku życia mają oceniane funkcje poznawcze. – Jeśli w ankiecie zostanie stwierdzone ryzyko występowania zaburzeń poznawczych, to wykonujemy test mini-Cog. W zależności od jego wyniku decydujemy, czy kierować pacjenta na dalszą diagnostykę. Równolegle powinniśmy sprawdzić, czy zgłaszane problemy nie są wynikiem odwracalnych przyczyn – mówi prof. Sławomir Chlabczyk, kierownik Zakładu Medycyny Rodzinnej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku. Jak tłumaczy, tego rodzaju objawy mogą być spowodowane zaburzeniami metabo-

W Polsce z demencją żyje już ponad 600 tys. osób, a w 2050 r. będzie ich ponad milion. System ochrony zdrowia nie nadąży za skalą problemu

licznymi, m.in. niedoczynnością tarczycy i cukrzycą, a także niedoborem witaminy B12, depresją, zakażeniami (np. kiła, HIV) czy chorobami autoimmunologicznymi. Ich występowanie nie wyklucza demencji, ale jeśli są, trzeba się nimi zająć i zobaczyć, czy po ich zaopiekowaniu jest poprawa.

– Niestety w programie „Moje zdrowie” starsi pacjenci aż tak chętnie nie uczestniczą. Myślę jednak, że już samo wprowadzenie mini-COG do POZ uczuliło lekarzy na ten problem. Bądźmy uważni na każdego, kto zgłasza zaburzenia poznawcze lub jeśli sami podczas rozmowy je zauważymy, albo jeżeli sygnalizuje to rodzina chorego. Zresztą, ta czujność powinna być w każdym z nas, bez względu na specjalizację. Wczesna diagnoza daje większą szansę na realne spowolnienie rozwoju choroby – zwraca uwagę prof. Chlabczyk.

#### MŁODSI TEŻ CHORUJĄ

Warto zachować czujność w stosunku do młodszych pacjentów, ponieważ mimo że głównym czynnikiem ryzyka zaburzeń neuropoznawczych jest wiek, problem może pojawić się wcześniej.

– Demencja w młodym wieku (ang. young-onset dementia, YOD) dotyczy osób przed ukończeniem 65. roku życia i charakteryzuje się tym, że postępuje szybciej i bardziej agresywnie. W 2025 r. w prestiżowym czasopiśmie „Translational Psychiatry”, wydawanym przez Nature Portfolio, opublikowano artykuł dotyczący globalnego obciążenia demencją o początku w młodym wieku, oparty na wieloletniej analizie danych. Wykazano w nim, że największy wzrost liczby przypadków dotyczył osób w wieku 55–59 lat oraz 60–64 lata – wyjaśnia dr n. med. Urszula Skrobos z Kliniki Neurologii Dorosłych Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego. Dodaje, że u osób młodszych występuje większa heterogenność przyczyn.

– Kluczowym sygnałem alarmowym jest zmiana w porównaniu z poprzednim funkcjonowaniem danej osoby. To grupa osób czynnych zawodowo, dlatego najczęściej pojawiają się trudności z wypełnianiem obowiązków: z podejmowaniem decyzji, planowaniem czy liczeniem. Czerwona lampka zapala się, gdy polonistce brakuje słów, ekonomista ma problemy z liczeniem, architekt ma kłopoty z funkcjami wykonawczymi i wzrokowo-przestrzennymi oraz z przerysowaniem rysunku – mówi dr Urszula Skrobos. Pierwsze objawy trudno wychwycić, bo często tłumaczy się je na przykład przewlekłym stresem, zmęczeniem, menopauzą, depresją.

– Bardzo ważna podczas wizyty jest obecność osoby towarzyszącej, która dobrze zna pacjenta i jest w stanie uzupełnić wywiad chorobowy – podkreśla neurołożka z Kliniki Neurologii Dorosłych GUMed. Uczula też, aby wiek pacjenta nie usypiał czujności lekarza. – Realizuję projekt pilotażowy, w którym identyfikuję potrzeby osób żyjących z demencją w młodym wieku w Polsce. Mam już wstępne wyniki. W trakcie prowadzonych przeze mnie grup fokusowych partnerzy osób chorych dzielili się spostrzeżeniami, że słyszeli od personelu medycznego: „za młody na demencję” – zwraca uwagę dr Skrobos.

#### GDZIE TA ŚCIEŻKA

Osoby z podejrzeniem otępienia muszą zostać poddane diagnostyce różnicowej, która jest niezbędna do ustalenia właściwego leczenia.

► Wczesne rozpoznanie zaburzeń poznawczych może znacząco spowolnić rozwój choroby i wydłużyć samodzielność pacjenta

– Niestety nie ma w systemie jasno określonej ścieżki, która zapewniłaby im szybką diagnozę. Obecnie pacjenci często krążą pomiędzy specjalistami, procedury się przeciągają i nikt tego nie koordynuje. To jest szczególnie trudne dla osoby, która ma zaburzenia poznawcze – zauważa prof. Chlabcic.

– Polskie Towarzystwo Neurologiczne od lat postuluje wprowadzenie kompleksowej, wystandaryzowanej ścieżki diagnostycznej, która usprawni kierowanie pacjentów z zaburzeniami poznawczymi do odpowiednich ośrodków oraz umożliwi im szybkie uzyskanie właściwej pomocy. Ma to szczególne znaczenie w przypadku chorych, u których zaburzenia mogą cechować się dużą dynamiką w krótkim czasie – tłumaczy dr hab. Agnieszka Gorzkowska.

– W procesie diagnostyki różnicowej rekomendujemy kierowanie pacjentów do poradni neurologicznych, gdzie możliwa jest właściwa ocena kliniczna oraz zaplanowanie dalszej diagnostyki. Choć część badań, takich jak badania płynu mózgowo-rdzeniowego, wykonywana jest w warunkach oddziału szpitalnego, to neurolog w poradni odgrywa kluczową rolę w kwalifikacji pacjenta do tych procedur oraz w interpretacji wyników. Jako środowisko neurologiczne wskazujemy na konieczność poszerzenia dostępu do badań diagnostycznych właśnie na poziomie poradni specjalistycznych – dodaje przewodnicząca Sekcji Alzheimerowskiej PTN. Podkreśla, że konieczne jest także podnoszenie kompetencji w zakresie diagnostyki otępień oraz wprowadzanie dodatkowych procedur, które usprawniłyby rozpoznanie.

– Stałym elementem diagnostyki powinien być dostęp w ramach poradni neurologicznej do konsultacji psychologicznych, umożliwiających przeprowadzenie pogłębionej oceny funkcji poznawczych oraz wsparcie pacjenta i opiekuna. Trwają rozmowy z Ministerstwem Zdrowia dotyczące wprowadzenia takiego rozwiązania – mówi neurołożka. Wskazuje także na potrzebę zwiększenia dostępności badań genetycznych, które odgrywają szczególnie ważną rolę w diagnostyce młodszych pacjentów.

– Neurologzy są najbardziej predysponowani do przeprowadzenia diagnostyki



foto.: Shutterstock.com

różnicowej, co wiąże się m.in. z biologizacją diagnozy choroby Alzheimera. Mamy markery chemiczne tej patologii, które oznaczamy w płynie mózgowo-rdzeniowym i w osoczu krwi, a także markery neuroobrazowe pozwalające ujawnić depozyty beta-amyloidu w mózgu, które umożliwiają bardzo precyzyjną diagnozę. Diagnostyka różnicowa polega również m.in. na ocenie czynników naczyniopochodnych, w czym pomaga badanie rezonansem magnetycznym mózgu – tłumaczy prof. Tomasz Gabryelewicz. – Niestety obecnie w wielu regionach kraju nie sposób znaleźć specjalisty, który zna się dobrze na diagnostyce różnicowej chorób otępiennych. W ośrodku działającym w PIM MSWiA w Warszawie, którym kieruję, mamy pacjentów z całej Polski – zaznacza prezes Polskiego Towarzystwa Alzheimerowskiego.

Jaka powinna być rola psychiatry w procesie diagnostyki i leczenia demencji?

– Mamy w kraju wielu psychiatrów, którzy specjalizują się w diagnostyce różnicowej otępień, i warto dodać, że rola psychiatry rośnie w miarę rozwoju choroby,

gdy zaburzeniom funkcji poznawczych zaczynają towarzyszyć zaburzenia zachowania, nastroju czy psychotyczne. Te objawy z czasem narastają, a w pewnym momencie wysuwają się na pierwszy plan. Idealny model opieki to podejście interdyscyplinarne, z dostępem do neurologa, psychologa/neuropsychologa, psychiatry i geriatry – uważa prof. Gabryelewicz.

Eksperci zajmujący się na co dzień pacjentami z demencją zwracają też uwagę na konieczność stworzenia systemowej sieci ośrodków kompleksowej diagnostyki i leczenia chorób otępiennych.

– Nie chodzi o kierowanie do nich wszystkich chorych, ale zapewnienie wsparcia w bardziej złożonych przypadkach, takich jak szybko postępujące otępienie, trudności w ustaleniu rozpoznania mimo przeprowadzonej diagnostyki, występowanie powikłań w trakcie leczenia czy potrzeba wykonania procedur wysokospecjalistycznych, w tym wdrażania nowoczesnych, ściśle kwalifikowanych terapii i leczenia wybranych potencjalnie odwracalnych przyczyn otępienia – tłumaczy dr hab. Agnieszka Gorzkowska.



fot.: Shutterstock.com

◀ W rozpoznawaniu choroby Alzheimera pomaga badanie MRI

Obecnie w Polsce funkcjonują pojedyncze poradnie chorób otępiennych wyspecjalizowane w kompleksowej diagnostyce i leczeniu otępienia, między innymi w Warszawie, Ścinawie, Szczecinie, Łodzi, Bydgoszczy, Katowicach i Wrocławiu, ale brakuje systemowych rozwiązań ułatwiających ich powstawanie i funkcjonowanie w rzeczywistości rysowanej przez procedury finansowane przez NFZ.

– Myślę, że poprawa taryfikacji diagnostyki otępień w trybie ambulatoryjnym znacząco poprawiłaby tę sytuację – uważa prof. Tomasz Gabryelewicz.

### CEL: UTRZYMAĆ SAMODZIELNOŚĆ

– Walczymy o to, aby pacjent jak najdłużej zachował samodzielność. Im wcześniej rozpoznamy chorobę otępienną i wdrożymy właściwe leczenie, tym większe są na to szanse. Choć medycyna nadal nie dysponuje metodami pozwalającymi na wyleczenie demencji, dostępne są terapie łagodzące objawy i spowalniające postęp choroby, co przekłada się na wydłużenie czasu do osiągnięcia jej kolejnych etapów – podkreśla dr hab. Agnieszka Gorzkowska. Poza farmakoterapią na przebieg procesów otępiennych istotnie mogą wpływać oddziaływania niefarmakologiczne, jednak ich dostępność pozostaje ograniczona. – Jako lekarz mogę przeprowadzić krótką edukację i zaproponować zestaw ćwiczeń do pracy własnej pacjenta z opiekunem, ale optymalne efekty uzyskuje się przy regularnej terapii prowadzonej przez specjalistów. Obejmuje ona nie tylko stymulację poznawczą, ale też rehabilitację ruchową, co wspiera ogólną aktywność mózgu. Niestety ten obszar opieki wciąż nie jest w wystarczającym stopniu zabezpieczony

– zwraca uwagę przewodnicząca Sekcji Alzheimerowskiej PTN.

– Brakuje miejsc, gdzie pacjenci mogliby w godnych warunkach chorować. Brakuje form opieki krótkoterminowej, oddziałów dziennych z ofertą terapeutyczną, najczęściej opiekunowie nie mają żadnego wsparcia instytucjonalnego – wylicza z kolei prof. Gabryelewicz.

### PIERWSZE JASKÓŁKI: STRATEGIA I INFOLINIA

W grudniu 2025 r. rząd przyjął długo wyczekiwany Krajowy Program Działań wobec Chorób Otępiennych. Strategia została opracowana na lata 2025–2030. Głównym jej celem jest wzrost liczby osób, u których przeprowadzono testy oceniające funkcje poznawcze w POZ, a także zwiększenie dostępu do wsparcia dla opiekunów osób z chorobami otępiennymi.

– Dotychczas byliśmy jednym z sześciu krajów w Europie, który takiej strategii nie miał. To pierwszy krok w usystematyzowaniu systemu pomocowego, który już w jakimś zakresie funkcjonuje, i budowaniu nowych struktur organizacyjnych w ramach opieki środowiskowej, krótkoterminowej i opieki wytchnieniowej – ocenia Edyta Ekwińska.

W ramach programu zaplanowano szereg działań obejmujących m.in. zwiększanie świadomości społecznej w zakresie higieny mózgu i czynników ryzyka, poprawę dostępu do sprawnej diagnostyki, zapewnienie wsparcia i opieki po

postawieniu diagnozy zarówno dla chorego, jak i opiekuna. Między innymi ma dojść do ustalenia oraz rewizji zaleceń postępowania diagnostycznego i terapeutycznego na różnych poziomach opieki, co ma być sfinalizowane obwieszczeniem ministra zdrowia zawierającym zalecenia postępowania. Mają się też odbyć szkolenia dla pracowników medycznych na temat chorób otępiennych i pilotaż dziennych centrów wsparcia pamięci. Zaplanowano też szkolenia dla opiekunów osób z chorobami otępiennymi i opracowanie rozwiązań sprzyjających zwiększeniu dostępu do opieki wytchnieniowej. Realizacja działań ujętych w programie ma kosztować w sumie ponad 756 mln zł. Pozostaje mieć nadzieję, że strategia nie pozostanie „na papierze”, a jej cele będą faktycznie wdrażane.

Od 1 października 2025 r. działa ogólnopolska bezpłatna infolinia „Helpline” dla osób żyjących z chorobą Alzheimera lub innymi zaburzeniami otępiennymi oraz ich rodzin lub opiekunów, a także pracowników podmiotów leczniczych i podmiotów pomocy społecznej. Dzwoniąc pod numer 800 201 801, można się dowiedzieć o dostępnych formach wsparcia w danym regionie dla chorych, porozmawiać z psychologiem, terapeutą zajęciowym i prawnikiem. Infolinię uruchomił Rzecznik Praw Pacjenta w partnerstwie z Alzheimer Polska.

– Odbieramy bardzo pozytywne opinie na temat tej inicjatywy. Faktycznie ułatwia korzystanie z dostępnych form pomocy, które są niestety bardzo rozproszone. Apeluję: jeśli w okolicy mamy taką możliwość, to korzystajmy z tej pomocy jak najwcześniej. Na przykład dom dziennego pobytu jest świetnym rozwiązaniem nawet dla pacjenta zaraz po diagnozie, a nie dopiero gdy chory nie pisze, nie mówi, a choroba postępuje od 15 lat. Często opiekunowie myślą, że nie trzeba było korzystać z takiej pomocy wcześniej, bo przecież mama jeszcze sobie radziła. Tylko że gdyby wcześniej uczeszczała na terapię, dziś radziłaby sobie lepiej – podkreśla Edyta Ekwińska. ●

TEMAT NUMERU

# Demencja ma wiele twarzy

Utrata pamięci, trudności z koncentracją czy dezorientacja nie zawsze oznaczają chorobę Alzheimera. Zaburzenia funkcji poznawczych mogą mieć bardzo różne przyczyny: od chorób neurodegeneracyjnych i naczyniowych po zaburzenia hormonalne, depresję czy niedobory witamin – mówi **prof. Katarzyna Wieczorowska-Tobis**, przewodnicząca zarządu Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego, w rozmowie z Lucyną Krysiak.

## Czy demencja i choroba Alzheimera to ta sama jednostka chorobowa?

Między demencją, czyli otępieniem, a chorobą Alzheimera nie można stawiać znaku równości. Choroba Alzheimera rzeczywiście prowadzi do otępienia alzheimerowskiego, ale jest to tylko jedna z jego form. Na każdą zatem z chorób, która wywołuje otępienie, musimy spojrzeć niezależnie. Generalnie rozróżniamy dwa typy otępienia. Pierwszy powstaje w wyniku neurodegeneracji, gdy dochodzi do atrofii komórek mózgowych różnych części mózgu. Przykładem takiego procesu jest choroba Alzheimera, ale też choroba Picka występująca u osób nieco młodszych. Drugi typ to otępienie naczyniopochodne. Jego przyczyną są choroby naczyń, do których zalicza się m.in. udary mózgu, które nie tylko dotyczą seniorów, ale występują u coraz młodszych osób.

## Demencja może więc przybierać różne oblicza. Jakie?

Oprócz udarów w związku z chorobami naczyń demencja może też być następstwem np. migotania przedsionków, niewydolności serca, cukrzycy typu 2, a nawet może mieć związek z zaburzeniami hormonalnymi. Generalnie choroby układu krążenia, jak również cukrzyca, są czynnikami ryzyka zarówno demencji naczyniowej, jak i neurodegeneracji. U osób obciążonych tymi schorzeniami prawdopodobieństwo wystąpienia demencji wzrasta. Jeśli chodzi o zaburzenia hormonalne, często upośledzenie funkcji



fot.: archiwum prywatne

poznawczych towarzyszy niedoczynności tarczycy i rzeczywistoście u osób starszych dolegliwość ta tym się manifestuje. Podobny

Starzenie zwiększa ryzyko otępienia, ale otępienie nie jest jego nieuchronną konsekwencją. Większość osób może zestarzeć się bez tej choroby

skutek – jeśli chodzi o zaburzenia funkcji poznawczych – może wywołać depresja. W diagnostyce tego rodzaju zaburzeń bardzo ważne jest określenie ich

◀ Nie można stawiać znaku równości między demencją a chorobą Alzheimera – podkreśla prof. Katarzyna Wieczorowska-Tobis, przewodnicząca zarządu Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego

przyczyny, ponieważ u części pacjentów są one odwracalne.

Nie można więc stawiać znaku równości pomiędzy zaburzeniami funkcji poznawczych i otępieniem. Otępienie oznacza, że zaburzenia te są tak zaawansowane, że przekładają się na wszystkie dziedziny funkcjonowania pacjenta, począwszy od pracy zawodowej, poprzez sferę emocjonalną, po codzienne funkcjonowanie, czyli podstawowe funkcje życiowe. Osoba dotknięta otępieniem po prostu nie pamięta, jak funkcjonować na każdym poziomie życia.

W niedoczynności tarczycy czy depresji zaburzenia te są odwracalne i wraz z leczeniem mają szansę zostać przywrócone. Warunkiem jest regularne zażywanie leków w ściśle określonych porach i dawkach.

Innym przykładem odwracalnych zaburzeń funkcji poznawczych jest niedobór witaminy B12. Im szybciej niedobór zostanie zdiagnozowany i podjęte leczenie, tym łatwiej o powrót do normy. Oczywiście, jeśli stan niedoboru trwa dłuższy czas, może dojść do utrwalenia zaburzeń.

### **Co poza tym może upośledzać funkcje poznawcze mózgu?**

Na pewno niezdrowy styl życia: używki, palenie tytoniu, sposób odżywiania, dopalacze, ale też niektóre leki, o czym rzadko się mówi. Wszystkie leki z efektem antycholinergicznym niosą ze sobą zagrożenie dla funkcji poznawczych. Obejmują one dużą grupę leków stosowanych w np. alergiach, ale też w stanach skurczowych przewodu pokarmowego czy nietrzymaniu moczu z parcia naglącego. Warto pamiętać, że acetylocholina jest jednym z podstawowych neuroprzekaźników odpowiedzialnych za naszą pamięć i jej niedobór w mózgu obserwuje się np. u pacjentów z chorobą Alzheimera czy z otępieniem z ciałami Lewy'ego, a podstawowe leczenie wtedy polega na podawaniu inhibitorów acetylocholinoesterazy, enzymu rozkładającego acetylocholinę.

Zatem leki z efektem antycholinergicznym poprzez zmniejszenie dostępności acetylocholino w mózgu niekorzystnie wpływają na funkcje poznawcze. Co więcej, ich stosowanie jednocześnie z inhibitorami acetylocholinoesterazy jest kontraproduktywne – efekty tych leków wzajemnie się znoszą. Warto więc, aby lekarze zdawali sobie z tego sprawę.

Inne leki, które niekorzystnie wpływają na funkcje poznawcze, to benzodiazepiny czy niebenzodiazepinowe leki nasenne (tzw. leki z grupy Z), o czym też często w codziennej praktyce zapominamy.

### **W przestrzeni publicznej pojawiło się określenie „otępienie starcze”. Czym jest i jak je tłumaczyć?**

Starzenie oczywiście pogarsza nasze funkcjonowanie poznawcze i zwiększa ryzyko wystąpienia otępienia, ale otępienie występuje u 6-8 proc. osób starszych. Nie jest więc nieodłączną konsekwencją starzenia, bo większość z nas ma szansę zestarzeć się, unikając otępienia. Jeśli coś wynika z procesu starzenia i żyjemy wystarczająco długo, to cecha ta na pewno u nas wystąpi.

Określenie „otępienie starcze” nie ma więc żadnego uzasadnienia, ponieważ sam proces starzenia nie prowadzi nieuchronnie do otępienia. Proces starzenia nie zaczyna się, kiedy mamy 60 czy 70 lat, ale znacznie wcześniej – dla większości tkanek i narządów objawia się w przedziale wiekowym 30-40 lat. Choć wtedy nikt jeszcze nie myśli o starości, pierwsze sygnały już się pojawiają np. w gałce ocznej, kiedy zauważamy podczas czytania, że litery stają się mniej

wyraźnie i dopiero, oddalając tekst, ostrość widzenia się poprawia. To zjawisko jest elementem starzenia się oka. Oczywistym jest, że oko nie starzeje się w sposób izolowany i że cały organizm podlega temu procesowi.

### **Jak żyć, by jak najdłużej cieszyć się sprawnością poznawczą mózgu? Ile zależy od genów, a ile od naszych zachowań prozdrowotnych?**

Wciąż toczą się dyskusje, w ilu procentach proces starzenia zależy od czynników środowiskowych, a w ilu od uwarunkowań genetycznych. Na ten moment przyjmuję się, że jest to 75-80 proc., czyli wbrew powszechnym przekonaniom niewiele zależy od naszych genów. Jeśli chcemy starzeć się lepiej, mieć mniej zmian wynikających z wieku i mniejsze ryzyko utraty funkcji poznawczych mózgu, trzeba bliżej przyjrzeć się czynnikom środowiskowym. Zadbać o aktywność fizyczną, prawidłową masę ciała, higienę snu, odpowiednią dietę. Dietą sprzyjającą dobremu starzeniu, minimalizującą ryzyko wystąpienia zaburzeń funkcji poznawczych, a także progresji otępienia, jest dieta MIND czyli tzw. dieta „dla rozumu”. Zawiera ona 10 grup produktów rekomendowanych dla zdrowego mózgu i pięć nierekomendowanych. Rekomendowane to np. orzechy, owoce jagodowe czy produkty pełnoziarniste, a także zielone warzywa liściaste czy warzywa w ogóle, a nierekomendowane – słodczyce, tłuste sery, produkty smażone i potrawy typu fast food. Wprowadzając zatem niewielkie zmiany w diecie, można korzystnie wpłynąć na funkcjonowanie mózgu również w dłuższej perspektywie.

Wiele czynników ryzyka jest wspólnych dla chorób naczyń i dla neurodegeneracji, dlatego warto w działaniach prewencyjnych łączyć odpowiednią dietę z aktywnością fizyczną i ćwiczeniami usprawniającymi funkcje mózgu. Ostatnio szczególnie zwraca się uwagę na zagrożenia wynikające z otłości i siedzącego trybu życia. Bardzo ważne dla seniorów jest chodzenie, jeszcze lepiej maszerowanie – zmusza układ krążenia do wysiłku, dzięki czemu wszystkie

narządy, w tym mózg, są lepiej ukrwione i dotlenione, a naprężenia powstałe podczas tego rodzaju aktywności pozytywnie wpływają na układ kostny.

Ważna jest także edukacja. Wiele osób głęboko wierzy, że dostarczając organizmowi witamin i mikroelementów, unikną zaburzeń funkcji poznawczych. Tymczasem suplementacja jest wskazana tylko wtedy, kiedy są stwierdzone niedobory określonych pierwiastków. Stosowana na własną rękę obciąża organizm i może prowadzić do nadmiarów w organizmie. Warto też pamiętać o możliwych interakcjach suplementów z lekami stosowanymi przez chorych.

### **Demencją i chorobą Alzheimera zajmują się lekarze kilku specjalności, w tym lekarze POZ. Co wynika z tego interdyscyplinarnego podejścia?**

Diagnostyką zaburzeń funkcji poznawczych, zwłaszcza u młodszych pacjentów, zajmują się neurologi, natomiast wielu chorych w pierwszej kolejności trafia ze swoimi skargami i dolegliwościami do lekarzy rodzinnych i dlatego też rola tych lekarzy w wykonywaniu badań przesiewowych w kierunku zaburzeń funkcji poznawczych jest szczególnie ważna. Ważna jest znajomość czynników ryzyka i szczególnie monitorowanie pacjentów z grup ryzyka pod kątem występowania zaburzeń funkcji poznawczych. O tym powinni pamiętać nie tylko lekarze rodzinni, ale też np. kardiolog czy diabetolog. Także lekarze kończący studia medyczne powinni mieć wiedzę i umiejętności z zakresu geriatry, by móc ocenić funkcje poznawcze pacjenta.

Od ponad 10 lat mamy zajęcia geriatryczne w programach kształcenia, takie jak całościowa ocena geriatryczna, w tym badanie przesiewowe funkcji poznawczych, czy farmakoterapia geriatryczna. W Polsce mamy mniej niż 600 geriatrów, tylko część z nich pracuje jako specjaliści w swojej dziedzinie, a więc jest ich zdecydowanie za mało. Brakuje też poradni geriatrycznych.

Jednak w zespole poradni, aby mogła działać efektywnie, potrzebny jest zespół profesjonalistów. W takim zespole – oprócz geriatry i pielęgniarce – powinien być psycholog i dietetyk, ale to luksus, który pozostaje na razie w sferze życzeń. Obecnie mamy w poradni geriatrycznej tylko lekarza i pielęgniarkę.

Wciąż też brakuje w systemie możliwości m.in. prowadzenia przesiewowych badań pod kątem zaburzeń funkcji poznawczych wśród kierowców. Jeśli osoba kierująca pojazdem ma tego rodzaju problem, stanowi zagrożenie nie tylko dla siebie, ale dla ruchu i wszystkich jego uczestników. Świadomość tego, że osoby z tymi zaburzeniami nie powinny prowadzić pojazdów mechanicznych, nie jest powszechna, a same te osoby często negują istnienie problemu lub go bagatelizują.

*Nadzieje na lepszą opiekę nad osobami w wieku senioralnym pokładano w wejściu w życie ustawy o szczególnej opiece geriatrycznej. Czy spełniła te oczekiwania?*

Ustawa weszła w życie 1 stycznia 2024 r., ale Ministerstwo Zdrowia dotychczas nie przygotowało żadnych aktów wykonawczych do niej. Można więc powiedzieć, że jako akt prawny jest martwa. Nie widzimy woli ze strony resortu, aby się coś w tej sprawie zmieniło. Ustawa przez wiele osób odbierana jest nieprzychylnie – zarzut oponentów jest m.in. taki, że dyskryminuje mężczyzn, ponieważ ich średnia długość życia wynosi poniżej 75 lat. Uważam jednak, że ustawa wyraźnie pozycjonowała opiekę geriatryczną, czyli zwracała uwagę, że pacjent geriatryczny to pacjent wymagający szczególnego podejścia. Zakładała też powołanie 50 łóżek geriatrycznych na 100 tys. mieszkańców, co w praktyce było trudne do zrealizowania, ale też definiowała Centra 75+, które miały koordynować opiekę w systemie i wspierać opiekę z miejsca zamieszkania.

*A jak Polskie Towarzystwo Gerontologiczne włącza się w działania na rzecz poprawy sytuacji zdrowotnej seniorów?*

Polskie Towarzystwo Gerontologiczne opracowało standardy opieki geriatrycznej, które są obecnie modyfikowane. Niemniej nigdy nie zostały one przez Ministerstwo Zdrowia wdrożone. Wskazują na konieczność działania w zespole i zespołowe wypracowywanie indywidualnych rozwiązań dla poszczególnych pacjentów. Podjęliśmy więc wspólne działania ze Stołecznym Centrum Opiekuńczo-Lecznym, Koalicją „Na pomoc niesamodzielnym” – związkiem Stowarzyszeń i Polskim Towarzystwem Opieki Farmaceutycznej na rzecz organizowania spotkań pod hasłem Senior Cafe. To inicjatywa ogólnopolska o charakterze informacyjno-edukacyjnym, mająca na celu poprawę jakości życia seniorów poprzez optymalizację opieki długoterminowej – zarówno tej w warunkach domowych, jak i instytucjonalnej. Jako Towarzystwo cały czas zabiegamy o to, aby geriatryka znalazła należne jej miejsce w systemie opieki zdrowotnej, ale to trudna droga, wymagająca współpracy wielu środowisk i systemowego myślenia o starości. ●

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

TEMAT NUMERU

# Nowe terapie: realna szansa czy ślepy zaułek

MARGIT KOSSOBUDZKA-LIPIŃSKA

DZIENNIKARKA

Leków, które by spowalniały, a ostatecznie także leczyły chorobę Alzheimera, szuka się od dekad. Niestety, mimo ogromnego zainteresowania społecznego i pieniędzy na badania do niedawna z marnym skutkiem.

**D**laczego? Ponieważ pomimo intensywnych badań i rozwoju medycyny etiologia choroby Alzheimera pozostaje złożona, a jej patogenezą nie jest w pełni poznana. Choroba może rozwinąć się nawet 25–30 lat przed pojawieniem się pierwszych objawów klinicznych, co znacznie utrudnia wczesną diagnozę i interwencję terapeutyczną.

Jednak naukowcy już coraz lepiej znają szereg kluczowych szlaków tej choroby. To zaczyna wreszcie przynosić owoce w postaci nowych leków. W ostatnich latach pojawiły się obiecujące kierunki badań, które mogą oferować skuteczniejsze terapie. Obecnie wiele substancji jest w trakcie badań klinicznych, mimo że niektóre zostały wycofane z powodu niskiej skuteczności lub poważnych działań niepożądanych.

Trwające badania kliniczne koncentrują się na terapiach, takich jak immunoterapia, terapia genowa, terapia przeciwko agregacji białka tau, inhibitory kinazy tyrozynowej czy leki wpływające na funkcję mitochondriów.

## CO JUŻ WESZŁO NA RYNEK?

Immunoterapia jest jedną z najbardziej obiecujących metod odwrócenia lub spowolnienia postępu choroby Alzheimera. Obecnie badane są różne formy immunoterapii, w tym zarówno aktywne szczepienia, jak i przeciwciała monoklonalne skierowane przeciwko zmianom związanym z amyloidem beta (A $\beta$ ) i białkiem tau.

Strategie leczenia mają na celu zmniejszenie produkcji szkodliwych białek, zapobieganie ich nieprawidłowej agregacji i fałdowaniu, usuwanie toksycznych form tych białek oraz stosowanie terapii skojarzonych, by lepiej hamować progresję choroby.

Trzy przeciwciała monoklonalne (adukanumab, lekanemab i donanemab) otrzymały warunkowe lub pełne zatwierdzenie do stosowania

Na świecie trwają intensywne badania nad nowymi metodami leczenia choroby Alzheimera – od terapii biologicznych po strategie genowe

klinicznego w niektórych krajach, w tym w Stanach Zjednoczonych (zatwierdzone przez FDA) i Unii Europejskiej (zatwierdzone przez Europejską Agencję Leków – EMA).

Adukanumab to rekombinowane ludzkie przeciwciało monoklonalne klasy IgG1, wyizolowane z limfocytów krwi pobranych od zdrowych osób starszych lub tych, u których postęp spadku funkcji poznawczych jest wyjątkowo powolny. Adukanumab hamuje proces agregacji i eliminuje zarówno

rozpuszczalne, jak i nierozpuszczalne formy A $\beta$  w mózgu, a jego działanie jest zależne od dawki.

W sierpniu 2015 r. rozpoczęto dwa badania kliniczne fazy III, ENGAGE i EMERGE, porównujące comiesięczne wlewy adukanumabu z placebo przez 18 miesięcy. Wyniki badania EMERGE dały pewne rezultaty, podczas gdy w badaniu ENGAGE nie osiągnięto punktu końcowego. Ponadto u co najmniej 10 proc. pacjentów pojawiły się poważne działania niepożądane, takie jak obrzęk mózgu i niewielkie krwotoki śródmózgowe.

Mimo to (z braku innych opcji) FDA warunkowo zatwierdziła adukanumab w czerwcu 2021 r. Europa leku nie chciała – EMA odrzuciła wnioski o rejestrację adukanumabu z powodu braku wystarczających dowodów na jego skuteczność kliniczną i obaw dotyczących jego bezpieczeństwa. Na przełomie 2024 i 2025 r. producent adukanumabu ogłosił ostatecznie wycofanie go z rynku.

Lekanemab to humanizowane przeciwciało monoklonalne, które selektywnie wiąże się z rozpuszczalnymi formami A $\beta$ . W badaniu klinicznym fazy II wykazano, że lekanemab znacząco zmniejsza liczbę blaszek amyloidowych (co potwierdzono badaniami PET) oraz powoduje umiarkowane zmniejszenie spadku funkcji poznawczych i dłuższe utrzymanie zdolności do



fot.: Shutterstock.com

▲ Choroba Alzheimera zaczyna się nawet kilkadziesiąt lat przed pojawieniem się pierwszych objawów, co sprawia, że znalezienie skutecznej terapii pozostaje jednym z największych wyzwań współczesnej medycyny

codziennego funkcjonowania. Lekanemab został również poddany badaniu fazy III (CLARITY-AD). U pacjentów z wczesną postacią choroby Alzheimera lek spowolnił spadek funkcji poznawczych o około 27 proc. po 18 miesiącach. Najczęstsze działania niepożądane występowały po 3–6 miesiącach leczenia i były przeważnie łagodne do umiarkowanych. Obejmowały obrzęk mózgu, mikrokrwawienia oraz reakcje miejscowe związane z podaniem leku.

Na podstawie wyników badania CLARITY-AD lek uzyskał pełną rejestrację FDA w lipcu 2023 r. w ramach przyspieszonej ścieżki. Ma wskazanie do leczenia wczesnej fazy choroby Alzheimera (w tym łagodnych zaburzeń poznawczych lub łagodnej demencji) w przypadku obecności potwierdzonej patologii amyloidowej.

Wniosek o rejestrację lekanemabu w Europie został też zatwierdzony przez EMA. Lekanemab jest obecnie dopuszczony do stosowania w postaci infuzji dożyłnej, w schemacie dawkowania raz na dwa tygodnie (10 mg/kg masy ciała). Zgodnie ze złożonym wnioskiem firmy Eisai lek początkowo podawany raz na dwa tygodnie, po 18 miesiącach ma być podawany w schemacie dawki podtrzymującej raz na cztery tygodnie. Leczenie lekanemabem należy przerwać w momencie, gdy u pacjenta nastąpi progresja do choroby Alzheimera o nasileniu umiarkowanym.

Trzecia z wymienionych substancji, donanemab, to humanizowane przeciwciało monoklonalne, które blokuje wysoce podatną na agregację i neurotoksyczną formę A $\beta$  obecną głównie w dojrzałych blaszkach amyloidowych. Donanemab ułatwia usuwanie istniejących złogów amyloidu, minimalnie wiążąc się z rozpuszczalnymi

formami A $\beta$ . W badaniu klinicznym fazy III (TRILBLAZER-ALZ2) donanemab testowano u ponad 1700 pacjentów z wczesną objawową postacią alzheimerera, a wyniki wskazały, że lek ten spowalniał postęp choroby o 29–35 proc. w ciągu 18 miesięcy, co potwierdzono za pomocą obrazowania PET.

Działania niepożądane, takie jak obrzęk, wystąpiły u około 6 proc. pacjentów. Mikrokrwawienia wystąpiło u 27–31 proc.

Donanemab został w pełni zatwierdzony przez FDA w kwietniu 2025 r. Jest zalecany pacjentom z niskim lub średnim poziomem białka tau, potwierdzonym w badaniu PET. Jednak podobnie jak w przypadku lekanemabu wymaga ścisłego monitorowania MRI ze względu na ryzyko działań niepożądanych. Pozytywna opinia EMA została wydana w lipcu 2025 r., a ostateczne pozwolenie na dopuszczenie do obrotu w UE (obowiązujące we wszystkich państwach

członkowskich) zostało wydane we wrześniu 2025 r. Lek jest dostępny w Polsce, między innymi w ramach procedur specjalistycznych (import docelowy), i stosowany w specjalistycznych ośrodkach.

### SZCZEPIENIA I ATAK NA TAU

Drugą opcją terapeutyczną jest szczepienie, które polega na stymulacji własnego układu odpornościowego pacjenta do produkcji swoistych przeciwciał przeciwko A $\beta$ . Około 140 badanych szczepień jest ukierunkowanych na złogi A $\beta$ , a 25 na białko tau, ale żadna szczepionka przeciwko chorobie Alzheimera nie uzyskała jeszcze zatwierdzenia FDA.

Pierwsza, AN1792, wykazała obiecujące wyniki przedkliniczne, w tym redukcję blaszek miażdżycowych i poprawę funkcji poznawczych. Szczepionka została jednak przerwana po wystąpieniu zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych i mózgu u około 6 proc. uczestników we wczesnych badaniach. Było to prawdopodobnie spowodowane nadmierną aktywnością komórkowej odpowiedzi immunologicznej, prowadzącą do neurozapalnych reakcji autoimmunologicznych.

Obecnie kilka szczepionek aktywujących A $\beta$ , takich jak ABvac40, ACI-24 (AC Immune) i UB-311 (United Neuroscience), osiągnęło II fazę badań klinicznych.

Coraz więcej uwagi poświęca się także patologii białka tau jako potencjalnemu celowi terapeutycznemu. Złogi tau, które tworzą włókna, najczęściej występują w ciałach komórkowych i dendrytach neuronalnych – ich gęstość wiąże się z objawami klinicznymi, takimi jak pogorszenie funkcji poznawczych w chorobie Alzheimera. Leczenie lekami anty-tau skupia się na trzech głównych aspektach: zapobieganiu hiperfosforylacji i agregacji tau, stabilizacji mikrotubul oraz przyspieszeniu jego eliminacji.

Obecnie nie ma zatwierdzonych leków do leczenia tauopatii. Opracowywanych jest kilka związków eksperymentalnych, które mają blokować splątania białka tau w chorobie Alzheimera. Należą do nich inhibitory kinazy syntazy glikogenu 3 beta (GSK-3 $\beta$ ), takie jak chlorek litu, tideglusib i AZD1080.

### CZY GENY DA SIĘ ZMIENIĆ

Terapia genowa to nowoczesna metoda leczenia polegająca na wprowadzeniu materiału genetycznego (DNA lub RNA) do komórek pacjenta. Chodzi o zastąpienie wadliwego genu, dodanie

nowego lub naprawę wadliwego, co umożliwi regenerację komórek i poprawę ich stanu. Osiąga się to poprzez dostarczenie genu za pomocą wektora, najczęściej wirusa, infekującego komórki gospodarza, w których gen ulega ekspresji.

Terapia genowa ma obiecujące perspektywy w leczeniu szerokiego zakresu chorób ośrodkowego układu nerwowego, w tym chorób neurodegeneracyjnych. Celami dla terapii genowej w chorobie Alzheimera do tej pory były neurotrofyny (NT), które wspierają wzrost neuronów i aktywność synaptyczną, oraz apolipoproteina E (APOE).

Przeprowadzono kilka badań klinicznych u pacjentów z chorobą Alzheimera z wykorzystaniem terapii genowej. W 2003 r. zakończono pierwsze w historii badanie

Nowe leki nie cofają choroby,  
ale po raz pierwszy dają szansę na realne  
spowolnienie jej przebiegu u części  
pacjentów

terapii genowej *ex vivo* ukierunkowane na chorobę Alzheimera. Jego wyniki były punktem wyjścia dla kolejnych badań z wektorem wirusa związanego z adenowirusem kodującym gen *NGF* (czynnika wzrostu nerwów – białka, które wspiera przeżycie i funkcjonowanie neuronów cholinergicznym).

W 2010 r. zakończono badanie kliniczne, w którym pacjenci z łagodną do umiarkowanej postacią choroby Alzheimera otrzymywali śródmożgowe iniekcje adenowirusa AAV2 z genem *NGF* (CERE-110) do jądra podstawnego Meynerta (obszaru silnie dotkniętego chorobą Alzheimera). Niestety, nie zaobserwowano istotnego spowolnienia postępu choroby u pacjentów.

Obecnie trwa badanie kliniczne fazy I, które rozpoczęło się w 2022 r. (planowane zakończenie w 2027 r.). Jego celem jest ocena bezpieczeństwa i tolerancji terapii genowej BDNF. BDNF to neurotroficzny czynnik pochodzenia

mózgowego, białko, które stymuluje produkcję, rozwój i przetrwanie neuronów, szczególnie w hipokampie, wpływając na pamięć, uczenie się oraz nastrój.

Jest to pierwsze badanie z udziałem ludzi. Ma sprawdzić, czy białko BDNF, podawane w sposób ciągły do mózgu za pomocą terapii genowej, spowolni lub zapobiegnie utracie komórek w mózgu osób z chorobą Alzheimera i łagodnymi zaburzeniami poznawczymi.

Innym ważnym celem molekularnym terapii genowej w chorobie Alzheimera jest APOE, a w szczególności wariant genu  $\epsilon 4$  – najważniejszy genetyczny czynnik ryzyka sporadycznej choroby Alzheimera (SAD). Białko ApoE jest wykrywalne w blaszkach neurytycznych, a osoby z allelem APOE $\epsilon 4$  mają również większe obciążenie blaszkami A $\beta$  w mózgu. W 2024 r. zakończono badanie kliniczne, w którym osobom z dwoma allelami APOE4 z chorobą Alzheimera podawano ochronny wariant genu APOE2.

Wyniki były obiecujące. Zaobserwowano zależny od dawki i czasu wzrost stężenia APOE2 w płynie mózgowo-rdzeniowym oraz spadek poziomu białka tau bez poważnych działań niepożądanych. Badanie to jest kontynuowane.

### ZAHAMOWANIE KINAZY

Innym kierunkiem w badaniach nad lekami w chorobie Alzheimera są inhibitory kinazy tyrozynowej. Zahamowanie aktywności tego enzymu może zatrzymać lub spowolnić patogenezę choroby Alzheimera poprzez wpływ na kilka mechanizmów molekularnych i komórkowych zaangażowanych w neurodegenerację.

Kinazy tyrozynowe pośredniczą w nieprawidłowej fosforylacji białka tau, zmniejszając w ten sposób agregację białka tau i uszkodzenia neuronów. Inhibitory kinaz mogą też hamować odpowiedź zapalną, chroniąc neurony.

Bada się w tej chwili dwie grupy inhibitorów: inhibitory kinazy, które przeciwdziałają neurotoksyczności wywoływanej przez białko tau i A $\beta$  (sarakatynib i nilotylinib) oraz inhibitory kinazy, które przeciwdziałają neurozapaleniu (masytynib). ●



TEMAT NUMERU

# Alzheimer przyspiesza, a system stoi w miejscu

SYLWIA WAMEJ  
DZIENNIKARKA

Skala występowania chorób otępiennych rośnie szybciej niż zdolność do udzielania realnego wsparcia. W Polsce setki tysięcy pacjentów funkcjonują poza właściwą diagnostyką i skoordynowaną opieką.

**P**olska stoi przed jednym z najpoważniejszych wyzwań zdrowotnych i społecznych ostatnich dekad. Populacja osób w wieku 80+ rośnie w całej Unii Europejskiej, a choroby otępienne, zwłaszcza choroba Alzheimera, stają się jednym z kluczowych problemów zdrowia publicznego. Jednocześnie system opieki długoterminowej pozostaje niedofinansowany i rozproszony.

W ciągu najbliższych 20–30 lat liczba osób wymagających stałej opieki może się podwoić. Prognozy GUS wskazują, że do 2060 r. populacja osób w wieku 80+ wzrośnie ponaddwukrotnie. To właśnie ta grupa najczęściej wymaga intensywnej, długotrwałej opieki. Najszybciej zwiększa się grupa osób z chorobami otępiennymi, które wymagają opieki całodobowej, wieloletniej i angażującej zarówno system ochrony zdrowia, jak i rodziny pacjentów.

## NIEPRZYGOTOWANI

W grudniu 2025 r. Rada Ministrów przyjęła Krajowy Program Działań wobec Chorób Otępiennych, czyli pierwszą w Polsce kompleksową strategię państwową dotyczącą tego obszaru, obowiązującą do 2030 r. Koordynację programu powierzone ministrowi zdrowia, natomiast jego realizacja wymaga współpracy wielu instytucji: resortów edukacji i polityki społecznej, NFZ, samorządów oraz podmiotów odpowiedzialnych za badania i zdrowie publiczne. Koszt wdrożenia programu do 2030 r. oszacowano na ponad 756 mln zł, przy czym szczegółowe kwoty będą określane corocznie

w budżecie. Finansowanie ma pochodzić m.in. z budżetu państwa, NFZ, Agencji Badań Medycznych, Narodowego Programu Zdrowia oraz funduszy unijnych.

Jak podkreśla dr Maciej Czarnecki, neurolog i specjalista w zakresie chorób neurodegeneracyjnych oraz założyciel Centrum Medycznego NeuroProtect – przychodni neurologicznej z ambulatorium i ośrodka badań klinicznych w Warszawie, w Polsce żyje co najmniej pół mi-

Tylko około 20 proc. chorych ma formalną diagnozę, a ciężar opieki w ponad 90 proc. ponoszą bliscy

lioną osób z chorobą Alzheimera, a system ochrony zdrowia nie jest przygotowany na tak dynamiczny wzrost liczby pacjentów z otępieniem.

– Rząd wdraża obecnie program dotyczący zarządzania chorobami otępiennymi, również w odpowiedzi na wymogi Unii Europejskiej. Tymczasem dane ZUS i NFZ wskazują, że formalną diagnozę choroby Alzheimera otrzymuje jedynie około 20 proc. chorych. Wynika to przede wszystkim z niedoboru specjalistów zajmujących się diagnostyką otępień. Aż 80 proc. pacjentów trafia pod opiekę lekarzy POZ, którzy nie

mają dostępu do kluczowych narzędzi diagnostycznych, w tym badań obrazowych. W efekcie rozpoznania często są ogólne, takie jak „otępienie nieokreślone” czy „otępienie mieszane” zamiast precyzyjnego rozpoznania choroby Alzheimera – zaznacza ekspert. Dodaje, że jedynie 20 proc. pacjentów jest diagnozowanych na wczesnym etapie, podczas gdy pozostali trafiają do specjalisty dopiero w zaawansowanej fazie choroby, kiedy możliwości terapeutyczne są już znacznie ograniczone.

Dr Czarnecki zwraca również uwagę, że ponad 90 proc. kosztów opieki nad chorym ponoszą opiekunowie, podczas gdy system finansuje jedynie niewielką część realnej, codziennej opieki – nie chodzi tu o refundację leków czy badań, lecz o faktyczne wsparcie w funkcjonowaniu chorego.

Lekarze POZ stają się „koordynatorami z konieczności”, ponieważ liczba specjalistów jest dramatycznie niska, a kolejki do poradni pamięci wielomiesięczne. W ZOL-ach (zakładach opiekuńczo-leczniczych) i ZPO (zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych) dominują pacjenci z zaawansowanym otępieniem, a placówki borykają się z niedoborem kadr i miejsc.

Z raportu „Miasto wrażliwe. Długoterminowa opieka jako wyzwanie społeczne i infrastrukturalne”, przygotowanego przez Unię Metropolii Polskich we współpracy z Uniwersytetem Jagiellońskim

i UKSW, wynika, że w placówkach brakuje kadr, miejsc, a system nie nadąża za tempem starzenia się społeczeństwa. Z kolei raport Banku Gospodarstwa Krajowego (BGK) przygotowany z Krajową Izbą Domów Opieki pokazuje skalę problemu: w Polsce brakuje 33 tys. miejsc w placówkach opieki długoterminowej, do 2040 r. potrzeba będzie kolejnych 124 tys. miejsc. W kraju działa 618 ZOL i ZPO, co nie zapewnia odpowiedniej dostępności dla osób w wieku 75+. Oznacza to, że wielu pacjentów, w tym z zaawansowanym otępieniem, nie ma dokąd wrócić po hospitalizacji.

### BRAKUJĄCE OGNIWO

Zdaniem dr Macieja Czarneckiego, aby zapewnić właściwą, kompleksową opiekę nad osobami z chorobą Alzheimera od momentu diagnozy aż po zaawansowane stadia, konieczne jest stworzenie wyspecjalizowanych ośrodków typu Memory Clinics.

– Byłyby to centra zajmujące się diagnostyką pacjentów z zaburzeniami pamięci, posiadające nie tylko w kadrę specjalistów takich jak neurologów czy geriatrów, lecz także psychologów – mówi dr Czarnecki. W takich ośrodkach powinna istnieć możliwość przeprowadzenia pełnej diagnostyki, w tym badań biomarkerów. Co istotne, centra te nie musiałyby funkcjonować w strukturach szpitalnych: diagnostyka nie wymaga hospitalizacji ani prowadzenia jej na oddziałach. Kluczowym elementem opieki powinna być również terapia pozafarmakologiczna, zwłaszcza trening funkcji poznawczych prowadzony przez psychologa lub terapeutę.

– To właśnie połączenie specjalistycznej diagnostyki i wsparcia terapeutycznego mogłoby znacząco poprawić jakość opieki nad pacjentami z otępieniem. Warto także wspomnieć o opiece społecznej i konsultacji genetycznej lub ewentualnie geriatrycznej – podkreśla ekspert.

### NIEWIDZIALNY FUNDAMENT

W opiece długoterminowej nad osobami z chorobą Alzheimera kluczową rolę odgrywają opiekunowie: najczęściej członkowie najbliższej rodziny, tacy jak współmałżonkowie czy dorosłe dzieci. To właśnie oni, mierząc się z postępującą niesamodzielnnością chorego, często doświadczają przewlekłego stresu, przeciążenia emocjonalnego, a nawet objawów depresyjnych. W wielu przypadkach opieka wymaga całodobowego zaangażowania, co prowadzi do rezygnacji

z aktywności zawodowej, życia towarzyskiego czy własnych pasji.

Istotnym wyzwaniem pozostaje również ograniczona dostępność wsparcia psychologicznego, nawet w poradniach neurologicznych, co zmusza opiekunów do samodzielnego poszukiwania pomocy. Równocześnie konieczna jest umiejętność poruszania się w złożonym systemie świadczeń społecznych oraz aspektach prawnych. Na zaawansowanym etapie choroby rodzina często staje przed koniecznością złożenia wniosku o ubezwłasnowolnienie, co jest procesem wymagającym i obciążającym emocjonalnie.

### BRAK KOORDYNACJI

W Polsce nie istnieje jeden spójny system opieki długoterminowej. Zamiast tego funkcjonuje wiele instytucji działających równoległe, z różnymi kryteriami przyjęcia i odmiennym finansowaniem. NFZ finansuje ZOL, ZPO, pielęgniarską opiekę długoterminową domową, hospicja domowe i rehabilitację. Ośrodek Pomocy Społecznej (OPS) odpowiada za domy pomocy społecznej (DPS), usługi opiekuńcze i specjalistyczne usługi opiekuńcze dla osób z demencją. Prywatne domy opieki działają bez skierowania, ale kosztują 5–10 tys. zł miesięcznie. Brak jednego miejsca, które oceniłoby potrzeby chorego i zaplanowałoby ścieżkę opieki, sprawia, że rodziny są pozostawione same sobie.

Zgodnie z danymi ZUS w Polsce działają 2232 zakłady stacjonarne pomocy społecznej. Osoby z chorobą Alzheimera mogą być kierowane do DPS, jeśli wymagają całodobowej opieki, nie są w stanie samodzielnie funkcjonować, a rodzina nie jest w stanie zapewnić odpowiedniej opieki. Konkretnie działania zazwyczaj zależą od placówki, natomiast najczęściej obejmują całodobową opiekę pielęgniarską, pomoc w czynnościach dnia codziennego, terapię zajęciową, m.in. arteterapię czy muzykoterapię, monitorowanie leków, wsparcie psychologiczne, ale także zabezpieczenie przed zgubieniem czy ucieczką. Warto także podkreślić, że w wielu placówkach istnieją oddziały dla osób z demencją, specjalne programy terapeutyczne dla osób z Alzheimerem czy też

szkolenia personelu z opieki nad osobami z otępieniem.

### DPS-Y WCIAŻ POSTRZEGANE NEGATYWNIE

Jak zauważa dr Maciej Czarnecki, Domy Pomocy Społecznej w mniejszych miejscowościach wciąż bywają postrzegane negatywnie, często jako symbol rezygnacji z opieki nad bliskim.

– W wielu środowiskach pokutuje przekonanie, że „oddanie rodzica do DPS-u” oznacza brak zaangażowania ze strony rodziny. Tymczasem ten mit powinniśmy zdecydowanie obalać. Bardzo często w domu opieki pacjent ma lepsze warunki, więcej możliwości i lepszy nastrój, przede wszystkim dzięki kontaktowi z innymi osobami. Ma dostęp do rehabilitacji, zajęć dodatkowych, terapii psychologicznej i grupowej. Posiłki są podawane regularnie, a na miejscu dostępni są pielęgniarka i lekarz. Obecność innych chorych również działa korzystnie. Jednym z największych problemów choroby Alzheimera jest izolacja i samotność, a w domach opieki ten kontakt społeczny jest zapewniony – mówi neurolog.

Dr Czarnecki dodaje, że z jego perspektywy warto rozważyć umieszczenie chorego w odpowiednio dobranym domu opieki, pamiętając, że opiekunowie mogą odwiedzać bliską osobę tak często, jak pozwalają na to warunki placówki. – W mojej ocenie właśnie tak powinien wyglądać właściwy model opieki – zaznacza.

Wyzwania związane z opieką długoterminową nad osobami z chorobami otępiennymi narastają w tempie, którego nie da się zatrzymać ani spowolnić. Starzenie się społeczeństwa i rosnąca liczba pacjentów z otępieniem wymagają systemu, który nie tylko reaguje na potrzeby, ale potrafi je przewidywać. Kluczowe jest odejście od modelu opartego na procedurach i instytucjach działających równoległe na rzecz spójnej, skoordynowanej opieki, która widzi przede wszystkim człowieka: jego godność, bezpieczeństwo i jakość życia. Taki system powinien prowadzić pacjenta i jego rodzinę przez kolejne etapy choroby, a nie odsyłać ich od drzwi do drzwi. Powinien wspierać, a nie pozostawiać samym sobie. ●

TEMAT NUMERU

# Blisko chorego. Jak miasta wspierają osoby z demencją

MARIUSZ TOMCZAK  
DZIENNIKARZ

To na poziomie lokalnym rozstrzyga się, czy osoby z chorobą Alzheimera i ich bliscy otrzymają realną pomoc. Przegląd działań największych polskich miast pokazuje, że samorządy wypełniają lukę systemową, oferując m.in. diagnostykę i opiekę dzienną.

inicjatywy podejmowane na szczeblu lokalnym dowodzą, że walka z wyzwaniami, jakie niesie choroba Alzheimera, odbywa się na różne sposoby. I choć nie wszędzie problem jest traktowany z tą samą uwagą, podejmowane działania realnie pomagają chorym i ich rodzinom.

## KATOWICE, GDAŃSK

Stolica Górnego Śląska stawia na profilaktykę: mieszkańcy powyżej 60. roku życia mogą korzystać z szeregu bezpłatnych badań ukierunkowanych m.in. na wczesne wykrywanie zaburzeń otępiennych. W ubiegłym roku z tej możliwości skorzystało 288 seniorów.

Jak wyjaśnia Dariusz Czapla z katowickiego magistratu, wyniki analizują lekarze, którzy w razie potrzeby kierują pacjentów na konsultacje – geriatryczne lub neurologiczne – realizowane w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia.

Podobny kierunek wybrało Pomorze. W ramach programu „Gdańsk Wybiera Zdrowie” luty 2026 r. upłynął pod znakiem walki z chorobami otępiennymi. Mieszkańcy mogli skorzystać z bezpłatnych badań pamięci (testy MMSE) oraz konsultacji geriatrycznych i psychologicznych.

– W tym roku seniorzy wezmą też udział w zajęciach wspierających sprawność umysłową i fizyczną. Realizujemy je poprzez konkursy dla organizacji pozarządowych i podmiotów leczniczych – wyjaśnia Marcin Szeląg z UM w Gdańsku. Oferta obejmuje m.in. konsultacje z fizjoterapeutami

i rehabilitantami oraz wykłady edukacyjne.

## TORUŃ, BYDGOSZCZ

Kilka tygodni temu w grodzie Kopernika odbyło się pierwsze spotkanie grupy wsparcia od hasłem „Zrozumieć Alzheimera – razem możemy więcej”. Ma ona na celu wzmocnienie kompetencji opiekunów i zapew-

Od badań przesiewowych po centra dziennej opieki i grupy wsparcia – samorządy budują własne modele pomocy dla osób z chorobami otępiennymi

nienie im pomocy emocjonalnej. Chodzi o to, by bliscy osób chorych wiedzieli, że w swoich codziennych trudach nie są pozostawieni sami sobie.

– Spotkania tworzą przestrzeń do wymiany doświadczeń i zdobycia praktycznej wiedzy oraz stanowią okazję do otrzymania specjalistycznych wskazówek – wyjaśnia Marcin Centkowski, rzecznik prasowy prezydenta Torunia.

W pobliskiej Bydgoszczy działa Dom Dziennego Pobytu, którego część jest przeznaczona dla seniorów z chorobą Alzheimera. Placówka zapewnia profesjonalną opiekę i aktywizację w ciągu dnia, co pozwala

opóźnić postęp choroby i odciąża opiekunów. Dodatkowo osoby, które zajmują się niesamodzielnymi bliskimi, mogą brać udział w specjalnych programach i różnych projektach wspierających.

– Jeśli mieszkanka lub mieszkaniec wraz z rozwojem choroby ma problem z podejmowaniem świadomych i racjonalnych decyzji, MOPS występuje na drogę postępowania sądowego z wnioskiem o umieszczenie w domu pomocy społecznej bez ich zgody. Tego typu postępowanie inicjowane jest w wyjątkowych sytuacjach, najczęściej w przypadku osób samotnych, które nie mogą liczyć na ochronę interesów życiowych i majątkowych ze strony najbliższych krewnych – informuje Marta Stachowiak, rzecznik prezydenta Bydgoszczy.

## WROCŁAW, OPOLE

Jak podkreśla Justyna Rządeczko z wrocławskiego magistratu, w Dziennym Domu Pomocy „Na Ciepłej” powstało pierwsze w kraju Centrum Spotkań dla osób w początkowej fazie chorób otępiennych. Placówka łączy specjalistyczną terapię i psychoedukację z bogatym programem aktywizacji dla seniorów, który obejmuje m.in. arteterapię, rehabilitację oraz zajęcia kulinarne i teatralne.

Miasto kładzie też coraz większy nacisk na opiekę domową – obecnie systemem usług opiekuńczych

► *Lokalne rozwiązania często decydują o jakości codziennego funkcjonowania chorych*

w miejscu zamieszkania objętych jest ponad 500 osób z zaburzeniami otępiennymi.

Na wielotorową pomoc stawia też Opole: od opieki dziennej, poprzez doradztwo i wsparcie psychologiczne, po infolinię dla mieszkańców. Działania są realizowane przez Środowiskowy Dom Samopomocy dla Osób z Zaburzeniami Psychicznymi „Magnolia”, domy pomocy społecznej oraz Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie.

Jak zapewnia Adam Leszczyński, rzecznik prasowy opolskiego magistratu, pracownicy socjalni przechodzą szkolenia, by jak najlepiej odpowiadać na potrzeby osób z chorobami otępiennymi i ich opiekunów.

#### KRAKÓW, LUBLIN, KIELCE

Miejskie Centrum Opieki dla Osób Starszych, Przewlekłe Niepełnosprawnych oraz Niesamodzielnych w Krakowie zapewnia m.in. kompleksową opiekę nad osobami cierpiącymi na choroby otępienne i po udarach mózgu.

Joanna Dubiel z krakowskiego UM wyjaśnia, że realizowane są w nim usługi opiekuńczo-pielęgnacyjne i zajęcia terapeutyczne, udziela się informacji i porad oraz zapewnia możliwość wypożyczenia sprzętu medycznego.

Lubelski model opieki nad osobami z chorobą Alzheimera opiera się na wspieraniu samodzielności. Ważną rolę odgrywają środowiskowe domy samopomocy, które pomagają im funkcjonować w środowisku rodzinnym.

– System uzupełniają centra dziennego pobytu oraz kluby seniora. To miejsca, gdzie podopieczni mogą rozwijać pasje i zdobywać nowe umiejętności, a jednocześnie mają stały dostęp do psychologa, rehabilitanta czy pracownika socjalnego – wyjaśnia Anna Czerwonka z Kancelarii Prezydenta Miasta Lublin.

W Kielcach kluczowym elementem wsparcia jest funkcjonujący od prawie dwóch dekad Ośrodek Wsparcia Dziennego dla Osób Chorych na Alzheimera. Składa się z dwóch placówek, ośrodka głównego i filii, które oferują łącznie kilkadziesiąt miejsc i zapewniają szeroki wachlarz zajęć: od dogoterapii i muzykoterapii, poprzez treningi orientacji, aż po terapię ręki.

– Placówki zapewniają opiekę dzienną oraz prowadzą działania terapeutyczne i usprawniające. Nad stanem zdrowia uczestników czuwa pielęgniarka. Miasto



foto: freeplik.com

współpracuje też z podmiotami ochrony zdrowia i organizacjami prowadzącymi działania na rzecz seniorów i osób wymagających wsparcia – informuje Barbara Sipa, rzecznik UM Kielce.

#### POZNAŃ, ŁÓDŹ

Liczne działania na rzecz osób cierpiących na choroby otępienne i ich opiekunów podejmowane są w stolicy Wielkopolski. Kluczowym punktem na mapie wsparcia jest Ośrodek Geriatryczno-Gerontologiczny przeznaczony dla osób z chorobą Alzheimera i innymi zaburzeniami, a także ich rodzin i opiekunów.

Jak wyjaśnia Magdalena Pietrusik-Adamska, dyrektor Wydziału Zdrowia i Spraw Społecznych UM w Poznaniu, placówka umożliwia szybkie rozpoznanie choroby w oparciu o konsultacje lekarza i psychologa. Na tej podstawie wdrażany jest zindywidualizowany program rehabilitacji m.in. z udziałem fizjoterapeuty. Ważnym elementem są grupy terapeutyczne dla rodzin, które oferują wsparcie i porady specjalistów.

W Łodzi osoby z chorobami otępiennymi mogą liczyć na wsparcie zapewniane przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej oraz Wydział Zdrowia i Spraw Społecznych UM we współpracy z organizacjami pozarządowymi. Jedną z podstawowych form pomocy są szeroko rozumiane usługi opiekuńcze świadczone przez cały tydzień w godz. 6.00–21.00.

– Obejmują one pomoc w zaspokajaniu codziennych potrzeb życiowych, opiekę higieniczną, pielęgnację zaleconą przez lekarza oraz wsparcie w utrzymywaniu kontaktów społecznych. Zakres tej pomocy ustalamy indywidualnie w zależności od stanu zdrowia i sytuacji rodzinnej. Osoby z chorobami otępiennymi mogą również korzystać ze specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi, które są realizowane przez wykwalifikowaną kadrę i obejmują m.in. rehabilitację i trening samodzielności – informuje Aleksandra Kręcka, zastępca dyrektora Wydziału Zdrowia i Spraw Społecznych UM w Łodzi.

#### OLSZTYN, GORZÓW WIELKOPOLSKI

W Olsztynie działania na rzecz osób cierpiących na choroby otępienne i ich opiekunów podejmowane są zarówno w miejscu zamieszkania, jak i w kilku placówkach. – Instytucjonalna forma wsparcia skierowana do osób cierpiących na choroby otępienne realizowana jest w dziewięciu środowiskowych domach samopomocy, w czterech domach pomocy społecznej dla osób przewlekłe somatycznie chorych oraz w domu pomocy społecznej dla osób przewlekłe psychicznie chorych – mówi Patryk Pulikowski, rzecznik prasowy olsztyńskiego UM.

W Gorzowie Wielkopolskim wsparcie dla osób z chorobami otępiennymi realizowane jest w ramach systemu pomocy społecznej, programów rządowych oraz działań prowadzonych przez miejskie jednostki i organizacje pozarządowe. Kluczowym ogniwem jest Gorzowskie Centrum Pomocy Rodzinie, które zapewnia m.in. pomoc w codziennym funkcjonowaniu i czynnościach pielęgnacyjnych.

– W sytuacji gdy opieka środowiskowa okazuje się niewystarczająca i osoba wymaga całodobowego wsparcia, możliwe jest skierowanie do domu pomocy społecznej. Miasto realizuje również program Korpus Wsparcia Seniorów, którego celem jest zwiększenie bezpieczeństwa osób starszych m.in. poprzez systemy teleopieki i monitoring sytuacji osób samotnych – podkreśla Wiesław Ciepela, rzecznik tamtejszego magistratu. ●

WAŻNY TEMAT

# Zmiana wycen uderza w pacjentów

MARIUSZ TOMCZAK  
DZIENNIKARZ

NFZ deklaruje, że chce zwiększyć liczbę pacjentów pierwszorazowych w opiece ambulatoryjnej, ale w rzeczywistości zmusza placówki do rozliczania części świadczeń po zaniżonych stawkach.

**W**edług Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej obowiązujące od kilku miesięcy zasady finansowania ambulatoryjnej opieki specjalistycznej są oderwane od rzeczywistości rynkowej i nie pokrywają realnych kosztów udzielania świadczeń. I, co najważniejsze, uderzają w osoby przewlekle chore, wymagające regularnych wizyt i czasochłonnej opieki.

Krytyka dotyczy zarządzenia prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia nr 85/2025/DSOZ z 27 października 2025 r. zmieniającego zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna.

## DEMOTYWACJA

W ocenie samorządu lekarskiego zarządzenie narusza prawa pacjenta i stwarza zagrożenie dla ochrony praw majątkowych placówek medycznych. Jego podstawowym celem nie jest, jak mogłoby się wydawać, motywowanie placówek AOS do zwiększenia liczby przyjmowanych pacjentów pierwszorazowych.

„Gdyby taki był jego cel, to Prezes NFZ zastosowałaby współczynnik premiujący placówki, które osiągnęły najwyższy poziom pacjentów pierwszorazowych (dodatni współczynnik większy od 1,0)” – czytamy w apelu Prezydium NRL z 26 lutego 2026 r. do rzecznika praw obywatelskich i rzecznika praw pacjenta, w którym zaapelowano

do obu organów o podjęcie działań zmierzających do uchylecia wspomnianego zarządzenia.

## APEL DO DWÓCH RZECZNIKÓW

Samorząd lekarski zwrócił się do RPO i RPP o jego ocenę pod kątem naruszenia praw obywatelskich i praw pacjenta, bowiem przyjęty przez NFZ system rozliczania w rzeczywistości ogranicza dostęp do świadczeń. Prezydium NRL ma nadzieję, że RPO i RPP podejmą działania zmierzające do przywrócenia „normalnych i opartych na

Wprowadzenie współczynnika 0,75 oznacza, że za część świadczeń NFZ płaci o jedną czwartą mniej, niż wynosi ich wycena

uczciwej wycenie zasad wynagrodzenia placówek AOS” – takich, które nie będą równoznaczne z zastosowaniem sankcji za nienależyte wykonanie umowy w razie nieosiągnięcia wskazanej przez NFZ mediany świadczeń pierwszorazowych przez placówkę AOS.

Jak czytamy w apelu, przyjęty w zarządzeniu współczynnik 0,75 – stosowany w razie nieosiągnięcia mediany świadczeń

pierwszorazowych – uderza w interes pacjentów. „Wprowadzenie przez NFZ takiego ujemnego współczynnika stanowi również zagrożenie dla konstytucyjnej ochrony własności i innych praw majątkowych – nic nie usprawiedliwia tego, aby jednostka publiczna płaciła za wykonanie usługi poniżej kosztów ich wyceny” – podkreśla samorząd lekarski.

## JEDNA CZWARTĄ MNIEJ

Współczynnik 0,75 dla rozliczania świadczeń z zakresu AOS jest stosowany w przypadku, gdy w danym kwartale „udział procentowy sumy świadczeń specjalistycznych pierwszorazowych, specjalistycznych świadczeń zabiegowych oznaczonych kodem rozpoczynającym się literą Z i diagnostycznych pakietów onkologicznych jest niższy od poziomu mediany ogólnopolskiej rocznej udziału sumy świadczeń pierwszorazowych, specjalistycznych świadczeń zabiegowych oznaczonych kodem rozpoczynającym się literą Z i diagnostycznych pakietów onkologicznych oraz wzrost udziału sumy świadczeń specjalistycznych pierwszorazowych, specjalistycznych świadczeń zabiegowych oznaczonych kodem rozpoczynającym się literą Z i diagnostycznych pakietów onkologicznych w stosunku do wartości tego udziału w analogicznym kwartale



fot.: Archiwum RPP

◀ Samorząd lekarski apeluje do Rzecznika Praw Pacjenta **Bartłomieja Chmielowca** (po lewej) i Rzecznika Praw Obywatelskich **Marcina Wiącka** o podjęcie działań zmierzających do uchylecia zarządzenia Prezesa NFZ



fot.: Kancelaria Senatu RP

poprzedzającego roku kalendarzowego jest niższy niż 3 punkty procentowe”.

Zastosowanie współczynnika sprawia, że za znaczną część udzielanych świadczeń placówka AOS otrzyma kwotę wynagrodzenia o 25 proc. niższą niż wartość ich wyceny.

### PRZYMUS ZAMIAST ZACHĘT

„Żadna placówka AOS nie powinna być zmuszana przez publicznego płatnika do wykonywania świadczeń zdrowotnych za odpłatnością niższą niż wynosi wycena danego świadczenia. Kwotę zobowiązania Narodowego Funduszu Zdrowia wobec placówki medycznej można pomniejszyć jedynie, gdyby podmiot leczniczy nienależycie wykonywał świadczenia zdrowotne (wówczas NFZ jest uprawniony do naliczania kary umownej i jej potrącenia z wynagrodzenia). Niewątpliwie jednak nieosiągnięcie przez placówkę AOS mediany świadczeń pierwszorazowych nie stanowi nienależytego wykonania świadczeń zdrowotnych i nie narusza kontraktu z NFZ, zatem nie ma żadnego tytułu prawnego, aby NFZ płacił za wykonane świadczenia jedynie 75 proc. ich wyceny” – czytamy w apelu.

### ZANIŻONY WSPÓŁCZYNNIK

Prezydium NRL wskazuje, że współczynnik 0,75 niejako wymusza „administrowanie” ruchem pacjentów w sposób niezgodny z potrzebami zdrowotnymi i pierwszeństwem wskazań medycznych. „Należy założyć, że aby osiągnąć zakładaną medianę świadczeń

pierwszorazowych, czasami placówka AOS będzie zmuszona ograniczać liczbę wizyt kontrolnych lub wyznaczać pacjentom odległe terminy takich wizyt” – alarmuje samorząd lekarski.

O przyjęciu pacjenta i liczbie wizyt kontrolnych powinny bowiem decydować wskazania do leczenia wynikające z uwarunkowań medycznych i kolejność zgłaszania się do poradni, a nie próba uchronienia się placówki przed narzuconym przez NFZ współczynnikiem 0,75 w razie nieosiągnięcia mediany pacjentów pierwszorazowych.

### PRZYKŁAD: IMMUNOTERAPIA PODSKÓRNA

Samorząd lekarski obawia się, że współczynnik 0,75 skutkuje rezygnacją lub ograniczeniem stosowania przez placówki AOS procedur i metod leczenia, które wymagają wielu wizyt kontrolnych. W konsekwencji będzie to prowadzić do kwalifikowania pacjentów do przyjęć w AOS zarówno w ramach wizyt pierwszorazowych, jak i kontrolnych według schematu pozwalającego utrzymać dotychczasowe finansowanie.

„Jako przykład takiej sytuacji można wskazać immunoterapię podskórną, w której pacjent wymaga częstych wizyt w poradni (na początku jest to raz w tygodniu,

a liczba wizyt w pierwszym roku stosowania terapii to około 18). W takiej sytuacji placówki AOS – żeby uniknąć współczynnika 0,75 – będą odchodziły od stosowania metod leczenia, które wymagają wielu wizyt kontrolnych zaburzających oczekiwaną przez NFZ proporcję pacjentów pierwszorazowych do pacjentów w trakcie leczenia i uniemożliwiających osiągnięcie wymaganej mediany” – czytamy w apelu.

### RYZYKO

Według Prezydium NRL zarządzenie w istocie nakłada na placówki AOS karę umowną bez żadnej podstawy prawnej i narzuca wyceny niższe, niż wynosi realizacja świadczeń. W praktyce wymusza na nich administracyjne ograniczanie wizyt kontrolnych lub wyznaczanie odległych terminów przyjęć. To „prowadzi do naruszenia praw pacjentów do przejrzystej, obiektywnej i opartej na kryteriach medycznych procedury ustalającej kolejność dostępu do tych świadczeń”.

Samorząd lekarski zwraca też uwagę na ryzyko rezygnacji lub ograniczenia stosowania przez placówki AOS procedur i metod leczenia wymagających wielu wizyt kontrolnych. Zarządzenie uniemożliwia bowiem uzyskanie mediany świadczeń pierwszorazowych. ●

## AKTUALNOŚCI

# Więcej nie znaczy lepiej

LIDIA SULIKOWSKA  
DZIENNIKARKA

Choć kraje rozwinięte wydają na ochronę zdrowia miliardy, wysokie nakłady nie gwarantują najlepszych wyników ani satysfakcji pacjentów.

**P**ublikowany co dwa lata przez Organizację Współpracy Gospodarczej i Rozwoju raport „Health at a Glance” porównuje systemy ochrony zdrowia w 38 państwach OECD. Między innymi pokazuje, gdzie ludzie żyją najdłużej, gdzie rośnie problem otyłości i innych chorób przewlekłych, a gdzie inwestycje w profilaktykę przynoszą widoczne efekty. Jak w soczewce skupia ogrom danych i analizuje wiele wskaźników związanych ze zdrowiem ludności i funkcjonowaniem opieki zdrowotnej w kilkudziesięciu krajach na świecie.

## MIĘDZY DANYMI A PRAKTYKĄ

Z najnowszej edycji tego opracowania, która ukazała się pod koniec 2025 r., dowiadujemy się, że ochrona zdrowia dźwignęła się z kryzysu spowodowanego pandemią COVID-19, a przewidywana długość życia powraca na ścieżkę wzrostu. Największym zabójcą niezmiennie pozostają choroby układu krążenia i nowotwory, ale szanse na przeżycie zawału serca i udarów rosną (choć nie wszędzie).

Rośnie też, ale tym razem nie jest to pozytywna informacja, problem otyłości wśród dorosłych i dzieci. Ponadto utrzymują się problemy związane ze zdrowiem psychicznym, szczególnie wśród młodych ludzi. Wyzwaniem pozostaje m.in. zaspokojenie rosnących potrzeb dotyczących świadczeń medycznych i opiekuńczych związanych ze starzejącymi się populacjami i przeciwdziałanie nierównościom w zdrowiu pomiędzy kobietami i mężczyznami.

Z powodu braków kadrowych rośnie liczba zagranicznych lekarzy zatrudnianych w poszczególnych krajach.

Generalnie tam, gdzie przeznaczają się więcej pieniędzy na zdrowie, są lepsze wyniki zdrowotne, ale nie zawsze jest to regułą. Diabeł tkwi w szczegółach, bo to, co widać w średniej statystycznej, często różni się od sytuacji w konkretnej populacji. I to jest chyba największą wartością opracowania, ponieważ pozwala spojrzeć na ochronę zdrowia z perspektywy innych państw i się z nimi porównać, a dzięki temu dostrzec, które systemy rzeczywiście są efektywne. Warto mieć na

stawce plasują się też populacje Australii, Francji, Szwecji, Norwegii, Luksemburga, Korei Południowej, Włoch i Izraela. W sumie aż w 27 państwach OECD life expectancy wyniosło powyżej 80 lat. Niestety, nie ma wśród nich Polski (78,4). Na drugim biegunie znalazły się Meksyk (75,5) i Łotwa (75,6).

Wszędzie perspektywa dotycząca trwania życia jest korzystniejsza dla kobiet niż dla mężczyzn, ale różnice wahają się w zależności od kraju (od trzech lat w Holandii do 10 lat na Łotwie).

Z danych prezentowanych w raporcie wynika, że Szwajcaria jest także liderem pod względem małej liczby zgonów możliwych do uniknięcia (czyli dotyczących osób poniżej 75. roku życia; 114/100 tys. osób), którym można było zapobiec dzięki profilaktyce lub szybkiej interwencji medycznej. Najgorzej pod tym względem wśród krajów OECD wypadły Meksyk, Łotwa i Kolumbia (powyżej 400/100 tys. osób). Polska również tu plasuje się bliżej końca stawki niż jej szczytu – z wynikiem 316/100 tys. mieszkańców wyprzedziliśmy jedynie kilka z 37 krajów OECD ujętych w zestawieniu.

W raporcie zwrócono uwagę, że w związku ze zmianami demograficznymi skutkującymi starzeniem się populacji rosną potrzeby związane z opieką zdrowotną i socjalną. W wielu krajach widać już teraz, jak te potrzeby kształtują rynki pracy. W Norwegii osoby zatrudnione w sektorze opieki zdrowotnej i socjalnej stanowią aż 21 proc. całkowitego rynku pracy. Podobna

Jak populacje oceniają swoje zdrowie?  
 Źle/bardzo źle – twierdzi aż 15 proc. Łotyszy  
 i 13,5 proc. Japończyków, ale już tylko  
 poniżej 3 proc. Nowozelandczyków  
 i 1,3 proc. Kolumbijczyków

uwadze, że statystyki prezentowane w raporcie opierają się na najnowszych dostępnych danych z oficjalnych źródeł krajowych (2019–2024 w zależności od kraju) w momencie opracowywania raportu.

## TAM ŻYJE SIĘ NAJDŁUŻEJ

Najlepsze perspektywy długiego życia mają mieszkańcy Szwajcarii i Japonii. Średnia przewidywana długość trwania życia w momencie urodzenia wynosi w tych krajach ponad 84 lata. Bardzo wysoko w tej

sytuacja jest m.in. we Francji, Niemczech, Szwajcarii, Szwecji, Holandii, Danii i Finlandii (15–19 proc.). Średnia dla państw OECD to prawie 11 proc. (w Polsce niecałe 7 proc.).

### LIDERZY PROFILAKTYKI

Jak poszczególne kraje radzą sobie z redukowaniem czynników mogących zwiększać ryzyko zachorowania np. na choroby układu krążenia i nowotwory? Patrząc na rozpowszechnienie palenia tytoniu wśród osób powyżej 15. roku życia, codziennie po tę używkę sięga niemal 30 proc. mieszkańców Turcji, prawie 25 proc. Greków i Węgrów, ale już tylko 5,6 proc. Islandczyków (to jedyny kraj, gdzie pali więcej kobiet niż mężczyzn). W większości krajów OECD pali się coraz mniej, rosną niestety trendy dotyczące wapowania, z Estonią i Nową Zelandią na czele.

Turcy spożywają bardzo mało alkoholu, czym absolutnie nie mogą pochwalić się m.in. Hiszpanie i Portugalczycy. Co jednak ważne, popularność tych używek systematycznie spada w większości państw OECD.

Poważnym – i to rosnącym – problemem jest otyłość. Z raportu „Health at a Glance 2025” wynika, że cierpi na nią aż 19 proc. osób powyżej 15. roku życia mieszkających w krajach OECD. Najgorzej pod tym względem jest w USA, Meksyku i Chile (30 proc. lub więcej), a najlepiej w Japonii i Korei (ok. 5 proc.). Nadmiarowe kilogramy to częściej problem mężczyzn, za to więcej kobiet jest mniej aktywnych fizycznie (wyjątek stanowią Dunki, Finki i Szwedki).

Ciekawie prezentuje się zachorowalność na cukrzycę – we Francji, Danii i Hiszpanii dotyczy poniżej 4 proc. dorosłej populacji, za to już ponad 14 proc. na Kostaryce, w Turcji, Chile i Meksyku.

Różnie wypada efektywność prowadzonej profilaktyki wtórnej w zakresie wykrywania raka piersi. Liderkami w zakresie zgłaszalności na mammografię są Skandynawki (ponad 80 proc. kobiet w wieku 50–69 lat), a maruderkami Greczynki, Meksykanki i Kostarykanki (około 20 proc. i mniej).

Niepokoju poziom wyszczepialności populacyjnej przeciw odrze. W 2024 r. tylko sześć krajów OECD osiągnęło 95-proc. poziom wyszczepialności dzieci dwiema dawkami szczepionki przeciwko odrze. Słabo pod tym względem wypadły Estonia, Meksyk i Chile,

niewiele lepiej Kanada, Holandia i Polska.

### SPORE NAKŁADY, A WYNIKI TAKIE SOBIE

Autorzy raportu nie mają złudzeń. Tam, gdzie są wyższe wydatki na ochronę zdrowia, większa liczba pracowników medycznych i większe zasoby, będą lepsze wyniki zdrowotne społeczeństwa, lepszy dostęp do świadczeń i lepsza jakość opieki. Jednocześnie jednak przestrzegają przed wpadnięciem w pułapkę myślenia, że jest to 100-proc. recepta na sukces, bo istotne jest efektywne wykorzystanie dostępnych zasobów. Nie można też zapominać o zdrowotnych czynnikach ryzyka i uwarunkowaniach społecznych. Dobrym przykładem jest USA – niekwestionowany lider wydatków na zdrowie, zarówno per

Kanada wydaje na zdrowie o 22 proc. więcej niż wynosi średnia OECD, a ma niższe wskaźniki satysfakcji

capita (14 885 USD), jak i jako procent PKB (17,2 proc.). Mimo to nie może się pochwalić tak wysokimi wynikami zdrowotnymi, jak chociażby Szwajcaria, która na zdrowie przeznaczają niecałe 12 proc. PKB i około 10 tys. USD per capita. To bardzo dużo pieniędzy (3. miejsce wśród krajów OECD pod względem wydatków jako odsetek PKB, ex aequo z Austrią, ale za Niemcami, i 2. miejsce pod względem wydatków per capita), ale jednak znacząco mniej niż USA.

To, że więcej nie zawsze oznacza lepiej, widać chociażby w zależności pomiędzy wydatkami na zdrowie a oczekiwaną długością życia. Jak czytamy w raporcie, dziewięć krajów (m.in. Korea, Hiszpania, Włochy) wydaje per capita mniej na opiekę zdrowotną niż średnia dla krajów OECD, ale może pochwalić się dłuższą oczekiwaną długością życia. Odwrotnie jest w przypadku USA, gdzie mimo ogromnych nakładów oczekiwana długość życia jest poniżej średniej dla państw OECD.

Są i takie kraje, które, mimo że nie są przodownikami w wydawaniu pieniędzy, notują mniejszy odsetek zgonów możliwych do uniknięcia (m.in. Grecja, która osiąga lepsze wskaźniki niż USA).

Jedną z ciekawszych miar oceny systemów ochrony zdrowia jest to, czy jesteśmy usatysfakcjonowani z poziomu dostępności do jakościowej opieki zdrowotnej. Wyniki poszczególnych krajów OECD także i w tym obszarze są bardzo zróżnicowane. Najwyżej, bo aż 89 proc., jest zadowolonych mieszkańców Szwajcarii. Bardzo wysoki poziom satysfakcji (ponad 85 proc.) dotyczy też Belgii, Danii i Luksemburga. Najmniej pozytywnych ocen jest w populacji Grecji (27 proc.). W grupie państw poniżej 50 proc. zadowolonych znalazły się Turcja, Włochy, Węgry, Kolumbia i Chile, a Polska ledwo przekroczyła ten próg (51 proc.). Generalnie tam, gdzie wydaje się więcej na zdrowie per capita, tam zadowolonych jest więcej, ale tu też są wyjątki. Szczególnie wyróżnia się Kanada, która na zdrowie przeznaczają o 22 proc. więcej, niż wynosi średnia OECD, a ma wręcz nieproporcjonalnie niższe wskaźniki satysfakcji.

Z drugiej strony bardzo niskie wydatki na opiekę zdrowotną raczej na pewno wiązać się będą z gorszą opieką, a tym samym gorszymi wynikami, co widać chociażby na przykładach Turcji, Meksyku Kolumbii czy Kostaryki.

Raport „Health at a Glance 2025” liczy niemal 250 stron. Z oczywistych względów w tekście można przybliżyć jedynie niewielki wyinek zwartych w nim informacji. Dlatego zachęcam do lektury opracowania pod kątem własnych zainteresowań. ●



▲ Dokument jest dostępny na stronie internetowej OECD ([https://www.oecd.org/en/publications/health-at-a-glance-2025\\_8f9e3f98-en/full-report.html](https://www.oecd.org/en/publications/health-at-a-glance-2025_8f9e3f98-en/full-report.html)).

## AKTUALNOŚCI

# Krótki kołdra, wielkie potrzeby

MARIUSZ TOMCZAK  
DZIENNIKARZ

Na ważnej branżowej konferencji zarzucano rządzącym niepodjęcie działań, które rozwiążą narastające problemy w ochronie zdrowia, a także to, że zamiast skutecznych reform opinia publiczna otrzymuje jedynie uspokajające ogólniki.

**W** połowie marca w Katowicach po raz jedenasty odbył się Kongres Wyzwań Zdrowotnych. Według organizatorów udział wzięło 5,5 tys. osób, w tym 3,5 tys. stacjonarnie.

Tegoroczna edycja zgromadziła przedstawicieli m.in. administracji publicznej, środowiska medycznego, nauki i biznesu pod hasłem „Nowe strategie dla zdrowia. Czas na redefinicję celów i wyzwań”. Oczywiście nie mogło zabraknąć przedstawicieli samorządów zawodów medycznych, w tym Naczelnej Rady Lekarskiej.

W tym roku wyjątkowo licznie stawili się urzędnicy. – Mamy tutaj prawie dwudziestu reprezentantów Ministerstwa Zdrowia, mamy również agencje współpracujące z resortem – powiedziała szefowa resortu Jolanta Sobierańska-Grenda, otwierając dwudniowe wydarzenie.

## POTRZEBNY PUNKT ODNIESIENIA

W trakcie kongresu najwięcej emocji wzbudzały szeroko rozumiane kwestie finansowe – wydatki na leczenie publiczne, wysokość składki zdrowotnej, dodatkowe źródła finansowania i zarobki pracowników ochrony zdrowia. Zwłaszcza te ostatnie kwestie były przedmiotem ożywionych dyskusji. Nie powinno to zaskakiwać, bo w ostatnich miesiącach utrwaliła się narracja, jakoby wynagrodzenia lekarzy pochłaniały znaczną część budżetu przeznaczanego na ochronę zdrowia.

W czasie sesji inauguracyjnej zatytułowanej „System ochrony zdrowia

► *Likwidacja kominów płacowych jest słuszna – uważa prezes NRL Łukasz Jankowski (w środku)*



foto: Mariusz Tomczak

pod presją – decyzje, których nie da się dłużej odkładać” minister Jolanta Sobierańska-Grenda zapytała przedstawicieli środowiska medycznego m.in. o najlepszy sposób ograniczenia ich maksymalnych wynagrodzeń w systemie publicznym. – Godzinowy czy procentowy? – dopytywała.

Zdaniem prezesa NRL Łukasza Jankowskiego należy stworzyć punkt odniesienia dotyczący wysokości wynagrodzeń, taki jak ustawa o płacy minimalnej w ochronie zdrowia lub postulat trzech średnich krajowych. W jego ocenie likwidacja kominów płacowych jest słuszna,

ale konieczna jest też rozmowa na temat umów kontraktowych. – Nie wiem, czy to docelowa forma, w oparciu o którą powinniśmy wykonywać zawód – dodał szef samorządu lekarskiego.

## MIĘDZY PRACĄ, PŁACĄ I PRZEKLAMANIEM

Duże poruszenie wywołało wystąpienie prezesa narodowego Funduszu Zdrowia Filipa Nowaka. Poprosił przedstawicieli środowiska medycznego i szpitalnego o wskazanie obszarów, gdzie dostrzegają nadmierne finansowanie i które chcieliby zredukować. Było to poniekąd nawiązanie

► Próba zastępowania lekarzy pielęgniarkami jest skazana na porażkę – twierdzi **Damian Patecki**, członek Prezydium NRL (trzeci z prawej)

do wcześniejszego wystąpienia minister Jolanty Sobierańskiej-Grendy.

Wyraźnie poruszona Mariola Łodzińska, prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, odpowiedziała, że podwyżki miały zatrzymać personel medyczny w Polsce i że to się udało. A prezes NRL stwierdził, że w debacie publicznej pojawiają się przekłamania, np. profesor w dużym szpitalu zarabia kilka tysięcy złotych jednak, według medialnych doniesień jego pensja sięga nawet trzystu tysięcy.

Do słów minister zdrowia i szefa NFZ odniósł się też dyrektor Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego w Gdańsku Jakub Kraszewski, mówiąc, że szpitale de facto realizują pewne usługi na rzecz społeczeństwa. – Zarobki biorą się z pracy, a nie z jakichś dodatkowych okoliczności czy dofinansowań. Trzeba skupić się na tym, by płacić za pracę, wtedy problem nadmiernych dofinansowań się skończy – powiedział szef UCK.

### POD PRESJĄ PARAGRAFÓW

Prezes Ogólnopolskiego Związku Pracodawców Szpitali Powiatowych Waldemar Malinowski podkreślił, że przez ostatnie ćwierć wieku zgłaszano mnóstwo różnych pomysłów, ale wciąż nie ma jednego w miarę spójnego pomysłu na funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia. Nie ma też planu reform, który odpowiadałby na rzeczywiste potrzeby pacjentów.

W jego opinii główną bolączką systemu ochrony zdrowia jest przeregulowanie, co wpływa na dodatkowe koszty funkcjonowania placówek i utrudnia zarządzanie. – Dyrektor szpitala nie jest menedżerem, lecz administratorem. Jak państwo planują zderegulować system, zamiast tylko dokładać nowe przepisy do tego złego prawa? – z takim pytaniem szef OZPSP zwrócił się do przedstawicielek strony rządowej w czasie jednego z paneli. Odpowiedzi jednak nie uzyskał.

### DRYFOWANIE BEZ PLANU

Uczestnicy debat poświęconych szpitalnictwu byli zgodni, że głęboka reforma jest konieczna i od niej w dużej mierze zależy stabilność całego systemu ochrony zdrowia. Podkreślali jednak, że zmiany są hamowane z uwagi na mało przejrzyste reguły finansowania, częste i nie zawsze przewidywalne zmiany przepisów oraz brak jednoznacznego wskazania



foto: Mariusz Tomczak

kierunku reform, który byłby wyłączony z partyjnych przepychanek.

Wielu ekspertów zwracało uwagę na niedopasowanie struktury szpitalnej do zmieniających się potrzeb zdrowotnych, zwłaszcza w kontekście starzenia się społeczeństwa. Ale w gronie decydentów, ekspertów i osób odpowiedzialnych za zarządzanie placówkami nie było jednomyślności, gdy zaczynała się dyskusja na temat konkretnych rozwiązań, np. utrzymywania lub likwidowania niektórych oddziałów lub placówek.

### ILOŚĆ KOSZTEM JAKOŚCI

Od pomysłu łatania braków kadrowych poprzez przekazywanie kompetencji lekarzy przedstawicielom innych zawodów medycznych zdystansował się m.in. członek Prezydium NRL Damian Patecki. W jego opinii próba zastępowania lekarzy pielęgniarkami jest z góry skazana na porażkę – głównie ze względu na deficyt kadrowy w tej grupie zawodowej.

– Wszystkie prognozy wskazują, że wkrótce w Polsce będzie za dużo lekarzy. Mamy do czynienia z masową „produkcją” kadr na nowo otwieranych wydziałach. Obecnie kształci się ich praktycznie dwa razy więcej niż w ubiegłych latach – powiedział Damian Patecki. I dodał, że zmiany demograficzne wpłyną na zapotrzebowanie w konkretnych specjalizacjach, np. pediatrii, neonatologii czy ginekologii i położnictwie.

Odniósł się również do sytuacji w anestezjologii i intensywnej

terapii. – W tej chwili rynek zasadniczo się nasycił, a w perspektywie mamy zamykanie kolejnych szpitali powiatowych. Tymczasem rocznie przybywa około 350 specjalistów ponad liczbę tych, którzy odchodzą na emeryturę czy kończą aktywność zawodową z przyczyn zdrowotnych – dodał.

### W PUŁAPCE DOSTAW Z AZJI

Ważnym punktem programu była debata o bezpieczeństwie lekowym. Był to zresztą temat często obecny w rozmowach kularowych. Przedstawiciele resortu zdrowia poinformowali, że trwają intensywne prace nad wzmocnieniem produkcji leków w Polsce. Sęk w tym, że podobne zapowiedzi słyhać od dawna, a obecny rząd zrezygnował – choć nie musiał – ze wsparcia rozwoju polskiego potencjału farmaceutycznego w ramach Krajowego Planu Odbudowy i Zwiększania Odporności. Na co trafiła część środków z KPO, nie trzeba nikomu przypominać.

Eksperci alarmowali, że ok. 80 proc. substancji czynnych, które są kluczowe do wytwarzania leków, jest wytwarzanych w Indiach i Chinach, a aż 15 proc. globalnie używanych substancji czynnych pochodzi od jednego producenta. Co więcej, zaledwie jedna na 167 terapii w Polsce jest prowadzona przy użyciu leku zawierającego substancję czynną wytwarzaną w naszym kraju. Niestety, zabrakło konkretów na temat odzyskiwania kontroli nad procesem wytwarzania przynajmniej części leków kluczowych dla polskich pacjentów. ●

## AKTUALNOŚCI

# Interna na krawędzi

RYSZARD GOLAŃSKI

Niedofinansowanie, braki kadrowe i rosnąca liczba pacjentów z wielochorobowością – interniści alarmują, że bez pilnych zmian fundament systemu ochrony zdrowia będzie się dalej kruszyć.

**J**ak co roku w Domu Pracy Twórczej w Pałacu Krasieńskich w Radziejowicach spotkali się interniści – nie tylko z Mazowsza – by rozmawiać o najważniejszych wyzwaniach oddziałów chorób wewnętrznych. Tegoroczna konferencja odbyła się w dniach 13–14 marca.

Organizator spotkania, dr Marek Stopiński, konsultant wojewódzki, rozpoczął od relacji ze spotkania internistów z członkami sejmowej Komisji Zdrowia. Jego celem było przedstawienie trudnej sytuacji interny w polskim systemie: likwidowanych oddziałów, malejącego zainteresowania specjalizacją, złych warunków hospitalizacji oraz niedoboru lekarzy. Jak podkreślił, postulaty środowiska spotkały się z zainteresowaniem parlamentarzystów.

Codziennosc oddziałów internistycznych bywa jednak dramatyczna, zwłaszcza w szpitalach z SOR-ami. Przepełnienie, dostawki na korytarzach i leczenie powikłań terapii specjalistycznych stały się normą. Oddziały pozostają niedofinansowane, często nieremontowane i niedoposażone, podczas gdy inne specjalności funkcjonują w znacznie lepszych warunkach. Dodatkowym obciążeniem jest nadmiar pracy administracyjnej. Od lat mówi się o potrzebie wprowadzenia asystentów medycznych – bez efektu.

Jednym z kluczowych postulatów pozostaje urealnienie wyceny procedur internistycznych. Konsultant krajowa, prof. Ilona Kurnatowska, wskazała również na konieczność zmiany finansowania wielochorobowości. Średni wiek pacjenta internistycznego to dziś 72 lata, a większość chorych cierpi na kilka schorzeń jednocześnie, podczas gdy system rozlicza w praktyce jedno.



fot.: archiwum prywatne

▲ **Dr Marek Stopiński**, konsultant wojewódzki, organizator konferencji, alarmował o pogarszającej się sytuacji interny i potrzebie pilnych działań



fot.: archiwum prywatne

▲ **Katarzyna Słodka**, dyrektor Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ, wskazywała na pierwsze pozytywne sygnały zmian

Problemy kadrowe są równie poważne. Większość internistów ma 46–61 lat, a zainteresowanie specjalizacją jest niewielkie. Choć liczba studentów medycyny znacząco wzrosła, prognozy wskazują, że w 2028 r. zabraknie około 2400 internistów. Pewną nadzieję daje tzw. bon patriotyczny dla młodych lekarzy – 700 zł miesięcznie w zamian za zobowiązanie do 5 lat pracy po studiach w kraju.

Dr Stopiński zwrócił uwagę na systematyczne zmniejszanie liczby łóżek internistycznych – w samej Warszawie jest ich około 700 – oraz brak sal intensywnego nadzoru z odpowiednią obsadą pielęgniarstwa. System, zamiast wspierać podejście holistyczne, zmusza lekarzy do koncentracji na procedurach i rozliczeniach.

Dyrektor Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ

Katarzyna Słodka wskazywała także na pewne pozytywne sygnały, jak rosnący udział młodszych lekarzy czy spadek liczby hospitalizacji. Jednocześnie trwają prace nad zmianami w finansowaniu interny, które mają lepiej uwzględnić wiek pacjentów i wielochorobowość.

Środowisko jest zgodne: konieczne są zmiany systemowe, w tym odejście od obecnego modelu rozliczeń i zwiększenie liczby miejsc szkoleniowych dla internistów. Bez tego trudno będzie odwrócić niekorzystne trendy.

Drugi dzień konferencji tradycyjnie poświęcono zagadnieniom klinicznym. Pod hasłem „Spotkanie z naszymi mistrzami” wspomniano prof. Janusza Ostrowskiego, a także omawiano m.in. zagadnienia nefrologiczne, rozwój zawodowy lekarzy oraz zarządzanie oddziałem.

## AKTUALNOŚCI

# Rząd ratuje finanse kosztem lekarzy

MAŁGORZATA SOLECKA  
DZIENNIKARKA

Wycofanie się z kontrowersyjnych zmian w ustawie podwyżkowej nie oznacza końca oszczędności w ochronie zdrowia. Przeciwnie – ciężar ratowania finansów systemu ma zostać przeniesiony na szpitale i lekarzy, a skutki tych decyzji mogą odczuć także pacjenci.

**B**rak porozumienia na temat nowelizacji ustawy o sposobie ustalania minimalnego wynagrodzenia pracowników ochrony zdrowia nie jest zaskoczeniem. Od miesięcy było oczywiste, że w Trójstronnym Zespole ds. Ochrony Zdrowia związki zawodowe nie podpiszą się pod propozycją, która de facto odbierałaby pracownikom wywalczone kilka lat temu podwyżki. Gdyby resort zdrowia zrealizował swoje plany, w tym roku podwyżek nie byłoby wcale, natomiast w kolejnych latach wynagrodzenia rosłyby od 1 stycznia o wskaźnik ustalany dla sfery budżetowej, czyli obecnie 3 proc. Dla porównania – tegoroczne podwyżki sięgną niemal 9 proc. i będzie to pierwsza od 2022 r. podwyżka „jednocyfrowa”.

Ministerstwo Zdrowia miało świadomość, że porozumienie jest wykluczone, ale albo robiło dobrą minę do złej gry, albo liczyło na cud, zapowiadając, że ustawę można uchwalić bez zgody partnerów społecznych (co jest zgodne z prawdą, ale ryzykowne politycznie). Takie zapowiedzi pojawiały się również w ostatnich tygodniach, jednak na ostatniej prostej, jak wynika z nieoficjalnych informacji, tę konfrontacyjną strategię zatrzymał premier Donald Tusk. Doprowadziła ona już do zapowiedzi protestów ulicznych – największy ma się odbyć 7 kwietnia, w Światowym Dniu Zdrowia. Mimo wycofania się rządu z nowelizacji ustawy podwyżkowej związki zawodowe podtrzymują gotowość do manifestacji.

Ustawa być może miałaby sens – patrząc z punktu widzenia finansów NFZ i ministra finansów – gdyby ostatecznie

prezydent ją podpisał. Tymczasem Karol Nawrocki zapowiedział w grudniu weto do ustawy odbierającej pracownikom podwyżki, a zaostojące się relacje rządu z Pałacem Prezydenckim stawiały pod dużym znakiem zapytania możliwości wpływu obecnej minister zdrowia Jolanty Sobierańskiej-Grendy na doradców Karola

Wycofanie się z nowelizacji ustawy podwyżkowej nie kończy polityki oszczędności – zmienia jedynie jej narzędzia

Nawrockiego w obszarze ochrony zdrowia. To, co udało się dwukrotnie, w przypadku nowelizacji ustawy szpitalnej i ustawy o Funduszu Medycznym, teraz niekoniecznie by się powiodło. Rząd ryzykowałby wiele: wyprowadzenie pracowników na ulice, zaostojenie sporów bez gwarancji na sukces.

## PODWYŻKI TAK, ALE PO NOWEMU

1 lipca wejdą więc w życie po raz kolejny podwyżki – ale to nie znaczy, że tegoroczna ich edycja będzie taka sama, jak poprzednie. Ministerstwo Zdrowia zapowiada, że koszt realizacji ustawy podwyżkowej w tym roku będzie wynosić 3,5–4,5 mld zł,

czyli będzie dwukrotnie niższy niż w latach poprzednich. To oznacza, że realizowany będzie minimalny, najbardziej oszczędny wariant rekomendacji prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, dający możliwości na sfinansowanie podwyżek wyłącznie dla uprawnionych w ustawie pracowników etatowych do wysokości wynagrodzeń minimalnych. Jak szacował na marcowym spotkaniu z dziennikarzami Daniel Rutkowski, prezes AOTMiT, wzrost wynagrodzeń o wskaźnik wynikający z obwieszczenia prezesa GUS to koszt ok. 3,5 mld zł. Ci pracownicy mogą być pewni wzrostu wynagrodzeń, nawet jeśli – o czym mówił w marcu wiceprezes NFZ Jakub Szulc – Fundusz nie mógłby zrealizować rekomendacji i nie podwyższyłby wycen. Ustawa bowiem nakłada obowiązek podwyżkowy na świadczeniodawców, nie na płatnika. NFZ mówi twardo, że na realizację rekomendacji potrzebuje dodatkowej dotacji z budżetu państwa. Można to czytać jako reakcję na płynące z MZ opinie, że w opiewającym na ponad 200 mld zł budżecie NFZ znajdzie pieniądze na realizację ustawy.

Problem w tym, że historycznie wysoki budżet to tylko jedna strona medalu – drugą jest rekordowa, sięgająca 23 mld zł luka, w którą wpisana jest również realizacja ustawy podwyżkowej. Ministerstwo Zdrowia jesienią ubiegłego

roku zapowiadało oszczędności ponad 10 mld zł – w tym 4,5 mld zł miało być skutkiem faktycznego zamrożenia podwyżek. Ale realnie oszczędności, wpisane na listę przez minister zdrowia, się nie dokonały, poza obniżeniem niektórych taryf. Nawet nie dotykając klęski MZ w obszarze wynagrodzeń, nie ma choćby zmian w wykazach bezpłatnych leków (1,5 mld zł). Zakładając, że zostałyby one wprowadzone w połowie roku, przyniosłyby proporcjonalnie niższe oszczędności.

Nikt nie ma natomiast wątpliwości, że NFZ nie udźwignie więcej, nawet jeśli pojawiają się postulaty, by rząd i Fundusz zapewnił finansowanie kosztów ustawy podwyżkowej w pełnym wymiarze. Tak jak w poprzednich latach, gdy rekomendacje pozwalały na finansowanie podwyżek pracowników etatowych zarabiających powyżej stawek minimalnych oraz – przede wszystkim – kontraktowców. Czy w tym roku będą oni mogli liczyć na wyższe stawki? NFZ mówi twarde nie.

### KONTRAKTOWCY NA CELOWNIKU

Już na początku marca kierownictwo Funduszu zapowiedziało zmianę zasad finansowania nadwykonań w ASDK – kosztochłonnych badaniach diagnostycznych (tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny, endoskopia i gastroskopia). Świadczenia te są nielimitowane i takie pozostaną, natomiast Fundusz zamierza za wykonane ponad kontrakt płać 40 proc., i to po zakończeniu rozliczania roku, czyli faktycznie pod koniec pierwszego kwartału kolejnego roku. Zmiany mają wejść w życie z mocą wsteczną i obowiązywać od 1 stycznia 2026 r.

Dyrektorzy szpitali mówią o zmianie zasad w trakcie gry i przestrzegają, że ich efektem będzie zmniejszenie dostępności do świadczeń dla pacjentów, bo świadczeniodawcy nie będą ryzykować znaczącego przekraczania limitów. Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej dr n. med. Łukasz Jankowski zapowiedział, że jeśli zarządzenie prezesa NFZ zostanie podpisane, samorząd lekarski zawiadomi Urząd Ochrony Konkurencji i Konsumentów w związku z podejrzeniem wykorzystywania przez płatnika pozycji monopolisty.

Fundusz uzasadnia swoją decyzję koniecznością szukania oszczędności – zmiana zasad tylko w tym zakresie ma przynieść ok. 800 mln zł oszczędności. Uspokajają też, że dostępność dla pacjentów nie musi się pogorszyć – zmiany



foto: Mariusz Tomczak

### ◀ Prezes NFZ Filip Nowak

zapowiada twardszą politykę wobec świadczeniodawców – ograniczenie finansowania nadwykonań ma przynieść setki milionów złotych oszczędności

niej NFZ nie rozliczy świadczeń onkologicznych. To i tak jednak nie rozwiąże wszystkich problemów związanych z późnym wystawianiem kart. Ci pacjenci z dużym prawdopodobieństwem utkną w kolejkach.

NFZ dopuszcza możliwość, że kolejki się wydłużą – zresztą rekomendując dyrektorom podmiotów takie zarządzanie, które spowoduje, że do końca roku będą mieć „rezerwę” na przyjmowanie pacjentów pilnych, jednocześnie podkreślając, że zmiana zasad finansowania daje świadczeniodawcom możliwość renegotjowania kontraktów, przede wszystkim lekarskich. Podczas spotkania z dziennikarzami, na którym przedstawiono plany NFZ, prezes Funduszu Filip Nowak podkreślał, że zakres świadczeń nimi objętych nie jest przypadkowy: praktycznie wszystkie wykonywane są na podstawie umów B2B przez kontraktowców, którym NFZ jest zdeterminowany ukroć „eldorado”. Główny argument to dysproporcja pomiędzy wzrostem wolumenu świadczeń (sięgającym 30–50 proc. w zależności od świadczenia) a wydatkami NFZ, które wzrosły wielokrotnie więcej. – Kto jest zadowolony? Kto skorzystał? – pytają retorycznie szefowie NFZ.

nie dotkną populacji pediatrycznej oraz pacjentów onkologicznych leczonych na szybkiej ścieżce onkologicznych (posiadających kartę DiLO). Tu nadal będą obowiązywać rozliczenia kwartalne według pełnej stawki nominalnej.

Nowe zasady finansowania  
uderzają w model współpracy  
z lekarzami kontraktowymi,  
który przez lata dominował w wielu  
placówkach

A co z pacjentami onkologicznymi, którzy pozostają poza szybką ścieżką lub trafiają na nią późno, już praktycznie po diagnozie? Według zaprezentowanych na początku marca przez resort danych, z którymi zapoznali się posłowie Podkomisji Stałej ds. Organizacji Ochrony Zdrowia, poza szybką ścieżką leczony jest co trzeci pacjent onkologiczny, a sytuacja ma się zmienić dopiero w przyszłym roku, bo od 1 stycznia 2027 r. karta DiLO będzie obowiązkowa – bez

### CO CZEKA SZPITALA

Po ogłoszeniu przez wiceminister Katarzynę Kęcką fiaska rozmów na temat zmian w ustawie podwyżkowej wiceprezes NFZ Jakub Szulc stwierdził, że kolejnym krokiem Funduszu będzie przedstawienie analogicznych do tych już zaproponowanych rozwiązań w zakresie pozostałych świadczeń nielimitowanych w obszarze AOS i rehabilitacji. Można się spodziewać, że „miękkie limity” wrócą praktycznie we wszystkich świadczeniach, które status nielimitowanych zyskały na podstawie zarządzeń prezesa NFZ.

Świadczeniodawcy – mówi o tym choćby Waldemar Malinowski, prezes Ogólnopolskiego

► Minister zdrowia **Jolanta Sobierańska-Grenda** wycofała się z planów zmian w ustawie podwyżkowej, unikając otwartego konfliktu ze środowiskiem medycznym – ale problem finansowania systemu pozostał nierozwiązany



foto: MZ\_GOV\_PL

Związku Pracodawców Szpitali Powiatowych – znajdują się pod ścianą. Z jednej strony niezmieniona ustawa podwyżkowa, na której realizację otrzymają połowę tych środków, które były wypłacane dotychczas (w przypadku szpitali powiatowych proporcje mogą być jeszcze gorsze), z drugiej – pracownicy zgłaszający oczekiwania płacowe, a z trzeciej – mniejsze wpływy z NFZ. Czy skutkiem będzie renegocjowanie kontraktów B2B?

Można zakładać, że centralny spór o górną granicę tego, ile lekarz może zarobić w publicznym systemie, z którego wprowadzenia resort się jesienią wycofał, zostanie zastąpiony przez cały wachlarz zdarzeń, których efektem musi być z jednej strony mocne ścięcie wolumenu świadczeń udzielanych na podstawie kontraktów, z drugiej – zmiany w samych kontraktach. Wydaje się, że decyzje NFZ w pierwszej kolejności uderzą w umowy oparte na procencie od procedury. Konstrukcja tych umów była solą w oku decydentów, a teraz przestaną one się opłacać i lekarzom, i świadczeniodawcom.

Z pewnością nie uda się też utrzymać wartości kontraktów lekarskich przy

dużym spadku liczby wykonywanych badań czy zabiegów. To oczywiście nie znaczy, że lekarze będą się masowo godzić na znaczące cięcia stawek – prawdopodobna jest jednak zauważalna migracja z mniejszych ośrodków. A to z kolei jest wiadomością pożądaną dla resortu, który przez wszystkie przypadki odmienia słowo „konsolidacja”.

Można też zakładać odpływ specjalistów do prywatnego sektora, czyli ruch dokładnie odwrotny do tego, jaki był obserwowany w latach 2023–2024, gdy to publiczny sektor stał się atrakcyjnym pracodawcą. Można zakładać, że w związku z ograniczeniami w dostępie do świadczeń w publicznym systemie do szukania pomocy w podmiotach prywatnych zostanie zmuszona część pacjentów. Pogłębi to i tak duże nierówności w dostępie do diagnostyki i leczenia Polaków.

#### CZY WRÓCI EMIGRACJA

Podczas dyskusji nad ustawą podwyżkową i wynagrodzeniami

profesjonalistów medycznych wielokrotnie wracał argument, że jej największym sukcesem i znakiem, że była potrzebna oraz spełniła swoją rolę, jest faktyczne zatrzymanie zjawiska emigracji. Lekarze i przedstawiciele innych zawodów medycznych przestali wyjeżdżać w poszukiwaniu lepszych warunków pracy za granicę. Teraz również ten trend może się odwrócić, nawet jeśli trudno powiedzieć, że lekarz i pielęgniarka będą zmuszeni wyjechać „za chlebem”. W Polsce nadal zarobki medyków pozostaną, jak lubią powtarzać politycy, „godne”.

Godny z pewnością nie jest brak poczucia stabilności i przewidywalności systemu ochrony zdrowia, w którym decydenci rekomendują interesariuszom, by nauczyli się grać w grę w jej trakcie. Nawet jeśli nie do końca wiadomo, co to jest za gra i jakie są jej zasady. ●

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

# Pięć lat zawieszenia za fikcyjną operację

Zamiast rekonstrukcji ACL – zabieg o nieustalonym zakresie. Sąd lekarski nie miał wątpliwości.

**O**kręgowy sąd lekarski (OSL) uznał lekarza specjalistę ortopedii za winnego przeprowadzenia w prywatnej „klinice” płatnego zabiegu operacyjnego, zapowiedzianego i opisanego w dokumentacji jako rekonstrukcja zerwanego więzadła krzyżowego przedniego stawu kolanowego (ACL). W rzeczywistości jednak przeprowadził zabieg o nieustalonym zakresie i celu, czym naruszył art. 8 oraz art. 13 ust. 1 Kodeksu Etyki Lekarskiej.

Następnie wprowadzał pacjentkę w błąd, zalecając bardziej intensywnej rehabilitację, co miało potwierdzać prawidłowy przebieg operacji. W konsekwencji został ukarany zawieszeniem prawa wykonywania zawodu na okres pięciu lat.

## PRÓBA UNIKNIĘCIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

Od tego orzeczenia odwołał się wyłącznie obwiniony do Naczelnego Sądu Lekarskiego (NSL). Zarzucił naruszenie prawa do obrony oraz wymogów rzetelnego procesu, wskazując, że postępowanie przeprowadzono bez jego udziału. Argumentował, że korespondencja była kierowana na adres, pod którym nie przebywał.

Wniósł o uchylenie orzeczenia OSL i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania już na etapie postępowania wyjaśniającego przez okręgowego rzecznika odpowiedzialności zawodowej (OROZ), co w praktyce mogłoby skutkować przedawnieniem i umorzeniem postępowania.

Naczelny Sąd Lekarski uznał jednak odwołanie za całkowicie niezasadne i utrzymał w mocy orzeczenie sądu pierwszej instancji.

## DOWODY NIE POZOSTAWIAŁY WĄTPLIWOŚCI

Wykonane po operacji badania MRI i CT, ponowny – artroskopowy i udokumentowany – zabieg operacyjny, a także opinie

JACEK MIARKA  
PRZEWODNICZĄCY  
NACZELNEGO SĄDU LEKARSKIEGO



biegłych nie pozostawiały nawet cienia wątpliwości co do winy lekarza.

Sposób unikania odpowiedzialności, polegający na uporczywym nieodbieraniu wezwań kierowanych przez okręgowego rzecznika odpowiedzialności zawodowej oraz okręgowy sąd lekarski, miał na celu przewlekanie postępowania i doprowadzenie do jego przedawnienia. Okazał się jednak nieskuteczny.

OROZ i OSL słusznie wskazali, że obowiązkiem każdego lekarza jest podanie w okręgowej izbie lekarskiej adresu zamieszkania oraz adresu do korespondencji, a w razie ich zmiany – zawiadomienie izby w terminie nieprzekraczającym 30 dni. Wynika to z art. 49 ustawy o izbach lekarskich z 2 grudnia 2009 r., która ustanawia rejestr lekarzy i lekarzy dentyków, obejmujący m.in. adresy, numer telefonu oraz adres poczty elektronicznej.

Z kolei zgodnie z art. 139 Kodeksu postępowania karnego, jeżeli strona – nie podając nowego adresu – zmienia miejsce zamieszkania lub nie przebywa pod wskazanym przez siebie adresem, pismo procesowe wysłane na ten adres uznaje się za doręczone. Przepisy k.p.k. stosuje się odpowiednio w postępowaniu dyscyplinarnym lekarzy zgodnie z art. 112 ustawy o izbach lekarskich.

Tak więc należy stwierdzić, że to sam obwiniony z własnej winy

pozbawił się możliwości uczestniczenia w postępowaniu, a ewentualna nieznajomość prawa nie może stanowić usprawiedliwienia (*ignorantia iuris non excusat*).

Obwiniony, prawidłowo zawiadomiony na nowy adres z potwierdzeniem odbioru, nie stawiał się również na rozprawę przed Naczelnym Sądem Lekarskim, co może świadczyć o świadomości braku jakichkolwiek argumentów mogących usprawiedliwić jego postępowanie wobec pokrzywdzonej.

## ETYKA TO FUNDAMENT

Na koniec dwie refleksje.

Wiedza i posiadanie specjalizacji w naszym zawodzie to nie wszystko – bez etyki i empatii nikt nie jest prawdziwym i godnym zaufania lekarzem.

Obwiniony w sposób rażąco zignorował normy Kodeksu Etyki Lekarskiej, przepisy prawa, jak również podstawowe zasady moralności i uczciwości. Takie działania godzą nie tylko w relację lekarz–pacjent, ale także w zaufanie społeczne do całego środowiska lekarskiego.

Gdyby odwołanie wniosła pokrzywdzona lub OROZ, Naczelny Sąd Lekarski – biorąc pod uwagę wcześniejszą karalność lekarza – mógłby rozważyć nawet odebranie prawa wykonywania zawodu.

## PODATKI I FINANSE

# Sprawy spadkowe teraz bez zbędnych formalności

ANNA WOJDA

W codziennej praktyce lekarskiej kwestie prawne często schodzą na dalszy plan. Tymczasem wielu lekarzy, podobnie jak inni obywatele, ma nieregulowane sprawy spadkowe. Nowelizacja przepisów, która weszła w życie 17 marca br., wprowadza rozwiązania, które mogą znacząco ułatwić uporządkowanie takich spraw – także tych sprzed wielu lat.

**N**owelizacja Prawa o notariacie wprowadza rozwiązanie, które porządkuje praktykę i znacząco ułatwia spadkobiercom dopełnienie obowiązków związanych z ujawnieniem prawa własności w księdze wieczystej. Zmiana, najprościej rzecz ujmując, dotyczy roli notariusza w postępowaniu spadkowym. Dotychczas nawet po uzyskaniu aktu poświadczenia dziedziczenia obowiązek dalszych formalności – w szczególności złożenia wniosku o wpis prawa własności do księgi wieczystej – spoczywał na spadkobiercy. W praktyce oznaczało to konieczność samodzielnego przygotowania dokumentów, kontaktu z sądem i ryzyko błędów formalnych.

Obecnie, na wyraźne żądanie osoby uprawnionej, notariusz może:

- sporządzić wniosek o wpis do księgi wieczystej,
- ująć go w protokole notarialnym,
- przekazać go do sądu drogą elektroniczną.

W efekcie potwierdzenie dziedziczenia i ujawnienie prawa do nieruchomości mogą zostać przeprowadzone w ramach jednego, spójnego procesu.

## SZANSA NA UPORZĄDKOWANIE ZALEGŁOŚCI

Nowe przepisy mają szczególne znaczenie dla osób, które od lat posiadają akt poświadczenia dziedziczenia, ale nie dokonały wpisu w księdze wieczystej. W praktyce oznacza to, że:

- nie ma znaczenia, kiedy sporządzono dokument,
- można wrócić do sprawy w dowolnym momencie,
- wystarczy zgłosić się do kancelarii notarialnej z posiadanymi dokumentami.

Dla lekarzy, którzy często odkładają sprawę z powodu obciążenia pracą, to realna

możliwość „zamknięcia” zaległych kwestii bez konieczności angażowania się w złożone procedury sądowe.

Nowelizacja uwzględnia realia życia – także sytuacje, w których majątek spadkowy jest ustalany stopniowo. W praktyce oznacza to, że:

- wniosek o wpis nie musi być składany w dniu sporządzenia aktu poświadczenia dziedziczenia,
- możliwe jest etapowe ujawnianie poszczególnych nieruchomości,
- nie zawsze konieczne jest jednoczesne działanie wszystkich współspadkobierców.

– Dotychczas droga od notariusza do wpisu w księdze wieczystej była dla spadkobierców długa, niejasna i pełna formalnych pułapek. Teraz ma być prościej. Pozwala to załatwić więcej spraw w jednym profesjonalnym obiegu, bez konieczności samodzielnego zmagania się z formularzami i korespondencją – podkreśla Tomasz Karłowski, prezes Rady Izby Notarialnej w Warszawie.

To szczególnie istotne w przypadku rodzin rozproszonych geograficznie lub sytuacji, w których dokumentacja jest niekompletna.

Elektroniczne przekazywanie wniosków do sądów oznacza nie tylko wygodę, ale także większe bezpieczeństwo prawne. Informacja o złożonym wniosku pojawia się w księdze wieczystej niemal natychmiast, co zabezpiecza interesy właściciela, ogranicza ryzyko sporów, zwiększa wiarygodność obrotu nieruchomościami.

Dodatkowo wnioski przygotowywane przez notariuszy są co do zasady kompletne, co skraca czas ich rozpoznania przez sąd.

## OBOWIĄZEK, KTÓREGO NIE WARTO ODKŁADAĆ

Warto pamiętać, że ujawnienie prawa własności w księdze wieczystej nie jest jedynie formalnością – to obowiązek ustawowy. Jego niedopełnienie może skutkować:

- odpowiedzialnością odszkodowawczą wobec osób trzecich,
- grzywną sięgającą nawet 10 tys. zł,
- problemami przy sprzedaży lub dziedziczeniu nieruchomości w przyszłości.

Dla środowiska lekarskiego nowe przepisy mają wymiar przede wszystkim praktyczny. Upraszczają procedury, ograniczają konieczność osobistego angażowania się w sprawy sądowe i pozwalają skorzystać z profesjonalnego wsparcia na każdym etapie.

W sytuacji gdy obowiązki zawodowe często utrudniają zajmowanie się sprawami prywatnymi, możliwość powierzenia formalności notariuszowi może być kluczowa. To dobry moment, by wrócić do odłożonych dokumentów i uporządkować stan prawny majątku – własnego lub odziedziczonego po bliskich.

– Dziś procedura jest prostsza: wystarczy sięgnąć po dokumenty i zgłosić się do notariusza, który przeprowadzi cały proces – podsumowuje prezes Rady Izby Notarialnej w Warszawie. ●

## PODATKI I FINANSE

# KSeF w praktyce lekarskiej

Krajowy System e-Faktur budzi wśród lekarzy sporo obaw, ale sama technologia nie jest największym problemem. Znacznie większe wyzwania kryją się w szczegółach rozliczeń, specyfice współpracy z NFZ i wyborze odpowiednich narzędzi do fakturowania – podkreśla doradca podatkowy **Aneta Lech** ze spółki Lexantis w rozmowie z Anną Wojdą.

**K**SeF, czyli Krajowy System e-Faktur: jest się czego obawiać czy też nie taki diabeł straszny, jak go malują?

Technicznie – nie taki straszny. Więcej wyzwań pojawia się na poziomie merytorycznym. Lekarzy można tu podzielić na trzy grupy.

Pierwsza to ci, którzy przyjmują pacjentów w gabinetach – oni będą mieli z fakturami stosunkowo rzadko do czynienia.

Druga grupa to lekarze pracujący na kontraktach w jednej lub kilku placówkach. Oni wystawiają faktury częściej, choć tu pojawia się możliwość samofakturowania, co może znacząco uprościć proces.

Trzecia grupa to lekarze fakturujący NFZ – i to oni muszą zwrócić największą uwagę na nowe obowiązki. NFZ stawia bowiem konkretne wymagania, m.in. dotyczące stosowania tzw. podmiotu trzeciego.

W tym kontekście widzę potencjalny problem techniczny. Lekarze korzystają dziś z różnych programów do fakturowania – pytanie, czy będzie to aplikacja ministerialna, czy rozwiązania komercyjne. W przypadku aplikacji podatnika raczej sobie poradzą. Natomiast nie wszystkie programy komercyjne są obecnie przygotowane na obsługę tzw. podmiotu trzeciego (określanego też jako „podmiot inny”).

**Czy lekarze będą korzystać z aplikacji, czy raczej z pomocy księgowych?**

To pozostaje otwarte. Nawet jeśli będą wspierani przez księgowych, pojawia się pytanie o zakres tej pomocy.

W biurach rachunkowych wystawianie faktur za klientów nie jest popularną praktyką. Bardziej prawdopodobne jest, że księgowi będą rekomendować lekarzom samodzielne wystawianie faktur i ich przesyłanie.

Lekarz musi więc zdecydować, czy korzysta z aplikacji ministerialnej – która jest stosunkowo

Pierwsza faktura w KSeF może sprawić trudności, ale po stworzeniu schematu kolejne stają się już proste

prosta – czy z programu komercyjnego. Warto jednak pamiętać, że aplikacja ministerialna to w praktyce kreator faktur, wymagający wprowadzenia wszystkich danych od podstaw.

I tu pojawiają się pierwsze trudności. Już na etapie wyboru rodzaju faktury czy podstawy prawnej zwolnienia wymagana jest wiedza podatkowa. Dlatego pierwszą fakturę warto wystawić z pomocą specjalisty.

Pierwsze próby mogą być trudne, ale po stworzeniu własnego schematu czy szablonu kolejne faktury stają się już znacznie prostsze.

Jeśli chodzi o programy komercyjne – zwłaszcza te tańsze lub bezpłatne – często są one bardzo uproszczone i nie uwzględniają wszystkich elementów wymaganych np. przez NFZ.

Kluczowe jest więc dobranie odpowiedniego narzędzia i modelu pracy. Problemy mogą pojawić się przy pierwszej, drugiej, maksymalnie trzeciej fakturze – później proces staje się rutynowy.

**Jakie elementy musi zawierać faktura dla NFZ?**

NFZ wymaga, aby w części podmiotowej faktury znalazły się konkretne dane. Po stronie wystawcy widnieje zawsze placówka medyczna – POZ, SPZOZ lub NZOZ, w zależności od formy działalności.

Po stronie nabywcy wskazujemy NFZ wraz z jego NIP-em jako podmiot główny. Dodatkowo trzeba jednak wskazać tzw. podmiot inny (czyli podmiot trzeci). To element mniej intuicyjny – w aplikacji podatnika dodaje się go dopiero na końcu, kiedy wydaje się, że faktura jest już gotowa.

**Kto jest tym „podmiotem innym”?**

To konkretny oddział NFZ, z którym dana placówka ma podpisaną umowę.

Identyfikator przyjmuje formę ciągu znaków: NIP NFZ, myślnik i pięć cyfr oznaczających oddział. To bardzo istotne, bo pozwala właściwie przypisać fakturę w strukturze NFZ. Bez tego faktura może nie zostać prawidłowo przetworzona, co może opóźnić płatność.

NFZ opublikował także szczegółową instrukcję ze specyfikacją

wymagań do faktur ustrukturyzowanych FA(2) i FA(3) – jest zamieszczona na stronie internetowej NFZ, a placówki posiadające kontrakty zwykle otrzymały również bezpośrednie wytyczne.

Warto podkreślić: poprawnie wystawiona faktura ma bezpośredni wpływ na tempo otrzymania wynagrodzenia.

Dodatkowo w treści faktury należy podać numer umowy z NFZ, co usprawnia jej przetwarzanie.

### **A jak wygląda sytuacja indywidualnych gabinetów?**

To zależy od struktury klientów. W wielu gabinetach dominują osoby fizyczne, którym nie wystawia się faktur – sprzedaż dokumentowana jest paragonami.

Do końca 2026 r. sprzedaż rejestrowana na kasie fiskalnej pozostaje poza KSeF. Od 2027 r. to zwolnienie zniknie, ale nadal obowiązywać będzie zasada, że faktury dla osób fizycznych (B2C) nie muszą trafiać do KSeF.

### **Czy to oznacza, że takie gabinety w ogóle nie będą korzystać z KSeF?**

Nie do końca. Będą pobierać z systemu swoje faktury kosztowe – i to dotyczy wszystkich przedsiębiorców.

Każdy gabinet ponosi koszty: telefon, prąd, najem, leasing, sprzęt czy środki czystości. Od 1 lutego 2026 r. takie faktury muszą być pobierane z KSeF.

Może się to odbywać z pomocą księgowości. Biuro rachunkowe udostępnia lekarzowi specjalny portal, gdzie może samodzielnie pobierać faktury. Są też biura, które proszą o upoważnienie, i wtedy faktury pobierają same. W obu przypadkach konieczna będzie akceptacja faktur przez lekarza.

### **A lekarze współpracujący ze szpitalami?**

To jest ta trzecia grupa, która ma umowy cywilnoprawne podpisane z placówkami medycznymi, czy to będą szpitale, czy inne placówki służby zdrowia.

W tym przypadku kluczowe są ustalenia z placówką. Coraz częściej stosowane jest samofakturowanie – lekarz udziela upoważnienia, a faktury wystawia szpital. Lekarz musi zgłaszać się do KSeF, bo tego nie da się uniknąć, następnie udziela placówce medycznej specjalnego uprawnienia do samofakturowania w imieniu i na



foto: archiwum prywatne

◀ *Poprawnie wystawiona faktura ma bezpośredni wpływ na tempo otrzymania wynagrodzenia – przypomina Aneta Lech, doradca podatkowy*

czy VAT nic się więc tu nie dzieje.

Inaczej wygląda sytuacja, gdy lokal wykorzystywany jest na działalność gospodarczą, np. jest wynajmowany dla firmy na gabinet. Zresztą to częsta sytuacja, że lekarze, mając lokale, podnajmują je innym lekarzom. Wówczas może pojawić się obowiązek VAT (po przekroczeniu limitu 240 tys. zł rocznie), a także konieczność wystawiania faktur – również w KSeF. Jeśli nabywca żąda faktury – a często żąda, bo chce mieć dokument kosztowy – to trzeba ją wystawić.

Jeszcze bardziej złożona jest sytuacja wynajmu apartamentów np. w górach czy nad morzem w celach inwestycyjnych, np. przez platformy rezerwacyjne Booking czy Airbnb. W końcu trudno sobie wyobrazić, że, pracując zawodowo, lekarz ma czas zajmować się obsługą takiego wynajmu. A jest on, co potwierdza Ministerstwo Finansów, traktowany jak działalność gospodarcza, co oznacza dodatkowe obowiązki podatkowe, w tym konieczność płacenia od przychodów składki zdrowotnej.

Chyba że właściciel apartamentu zawiera umowę z podmiotem zawodowo zajmującym się zarządzaniem i wynajmem i temu podmiotowi wynajmuje lokal, wtedy nadal mamy do czynienia z najmem prywatnym, a nie działalnością gospodarczą. Jednak najem ten nie jest zwolniony z VAT i tu znów trzeba pilnować limitu 240 tys. zł, żeby nie płać VAT. Jednak w takim wypadku lekarz będzie już musiał wystawić fakturę podmiotowi zawodowo zajmującemu się wynajmem za pośrednictwem KSeF.

To obszar wymagający indywidualnej analizy – w zależności od modelu rozliczeń i stron transakcji. I oczywiście w tym przypadku tych obowiązków podatkowo-fakturowo-księgowych jest znacznie więcej. ●

jego rzecz i placówka sama wystawia faktury.

To wygodne rozwiązanie, ale obecnie niewiele systemów je obsługuje.

### **Dlaczego?**

Dostawcy oprogramowania mieli mało czasu. Środowisko API KSeF było dopracowywane niemal do końca roku, co utrudniło wdrożenia. W efekcie skupiono się na najważniejszych funkcjach – a samofakturowanie do nich nie należało.

Wracając do wystawiania faktur przez lekarzy dla szpitali, warto pamiętać, że szpitale często wymagają stosowania podmiotu trzeciego, co wynika z ich struktury organizacyjnej – często są to placówki samorządowe. Właściwe oznaczenie odbiorcy – numer NIP i identyfikator wewnętrzny bądź nawet NIP tej innej placówki – ma kluczowe znaczenie dla poprawności faktury.

### **Na koniec: wynajem lokali przez lekarzy. Na co zwrócić uwagę?**

Jeśli lokal mieszkalny wynajmowany jest na cele mieszkaniowe osobie fizycznej – nie ma obowiązku wystawiania faktur, nawet na żądanie. Wyjaśniło to Ministerstwo Finansów. W zakresie KSeF

## PODATKI I FINANSE

# Nowe limity IKE, IKZE i OIPE

MARIUSZ TOMCZAK  
DZIENNIKARZ

Choć w życiu pewne są tylko śmierć i podatki, istnieje sposób, by oddać fiskusowi mniej. Dzięki trzem rozwiązaniom działającym jak tarcza podatkowa można przyspieszyć budowę prywatnego majątku.

**P**odatek Belki jest postrzegany jako kara za oszczędzanie i inwestowanie. Został wprowadzony ćwierć wieku temu jako tymczasowy sposób mający pomóc w załatwieniu dziury budżetowej. Czas upływa, zmieniają się rządy, politycy różnych ugrupowań deklarują zniesienie tej 19-proc. daniny, a mimo to jak ją płaciliśmy, tak płacimy.

Jednym z najprostszych sposobów na uniknięcie podatku Belki – oczywiście w pełni legalnym – jest korzystanie z indywidualnego konta emerytalnego (IKE), indywidualnego konta zabezpieczenia emerytalnego (IKZE) oraz ogólnoeuropejskiego indywidualnego produktu emerytalnego (OIPE). To dobrowolne formy gromadzenia kapitału z myślą o jesieni życia, które są niczym tarcza podatkowa. Choć optymalnym rozwiązaniem wydaje się posiadanie wszystkich rachunków, priorytetem powinno być założenie choćby jednego.

Od 1 stycznia 2026 r. obowiązują nowe limity wpłat na te konta. W przypadku IKE i OIPE maksymalna kwota, jaką można wpłacić w tym roku, wynosi 28 260 zł. Dla IKZE podstawowy limit to 11 304 zł, a dla osób prowadzących działalność gospodarczą – 16 956 zł. Razem to aż kilkadziesiąt tysięcy. Limity zmieniają się co roku. Co ważne, nie trzeba wypełniać ich „pod korek” – z pewnymi wyjątkami można odkładać, ile się chce i kiedy się chce. Jednak nie warto czekać do listopada czy grudnia, kiedy wiele osób dokonuje wpłat, żeby zdążyć przed końcem roku.

**KILKADZIESIĄT TYSIĘCY BEZ DANINY**

Indywidualne konto emerytalne można założyć po ukończeniu 16 lat. Przepisy

nie zezwalają jednak na prowadzenie go wspólnie z dzieckiem lub małżonkiem. IKE oferują różne instytucje, w tym banki, biura maklerskie i fundusze inwestycyjne. Gromadzone oszczędności stanowią własność prywatną, podlegają dziedziczeniu i nie są obciążone podatkiem od spadków czy darowizn.

Wbrew obiegowym opiniom pieniądze nie są zamrożone na dekady. Posiadacz IKE ma prawo do

Chcesz ominąć podatek Belki?  
Nie przestawaj inwestować, po prostu  
załóż odpowiednie konto

zwrotu części lub całości środków w dowolnym momencie, ale najkorzystniej poczekać do skończenia 60. roku życia lub – w przypadku nabycia wcześniejszych uprawnień emerytalnych – ukończenia 55 lat. Aby zachować wypracowany zysk w całości, należy też dokonać wpłat w co najmniej pięciu dowolnych latach kalendarzowych lub wpłacić ponad połowę kapitału nie później niż pięć lat przed złożeniem wniosku o wypłatę.

Najlepiej założyć IKE jak najwcześniej, ponieważ zasilanie konta przez kolejne lata pozwala wykorzystać magię procentu składanego. Oszczędzanie

i inwestowanie można też kontynuować po 60. roku życia. W tym wieku wciąż da się założyć taki rachunek, pod warunkiem że będzie to pierwsze IKE i wcześniej nie skorzystaliśmy ze zwolnienia podatkowego.

**JEDNO KLIKNIĘCIE,  
GLOBALNY ZASIĘG**

IKE mogą być prowadzone w różnicowanej formie, np. rachunku oszczędnościowego w banku, rachunku umożliwiającego zakup obligacji Skarbu Państwa, samodzielnego rachunku maklerskiego, funduszu inwestycyjnego czy polisy na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym (UFK). Niestety część z nich jest obciążona dużymi opłatami, które niwelują korzyści podatkowe, a w dodatku nie brakuje produktów mało transparentnych. Złą sławą cieszą się zwłaszcza polisolokaty, ale to temat na osobny artykuł.

Maklerskie IKE daje dostęp do akcji, obligacji i funduszy ETF (ang. exchange traded fund). Te ostatnie pozwalają jednym kliknięciem zainwestować w różne indeksy giełdowe, konkretne branże czy rynki z kilkudziesięciu krajów świata. Połączenie konta maklerskiego z szeroko zdywersyfikowanym funduszem ETF, ewentualnie uzupełnionym o obligacje Skarbu Państwa indeksowane inflacją, to jeden z najczęściej polecanych pomysłów na budowanie kapitału dla Polek i Polaków – świetnie nadaje się do strategii „kup i trzymaj”,

► Im wcześniej zaczniesz korzystać z IKE, IKZE lub OIPE, tym większą przewagę daje efekt procentu składanego

bo jest prosty i historycznie pozwalał osiągać satysfakcjonujące zyski w długim terminie.

## PRZEDSIĘBIORCY WPLACĄ WIĘCEJ

**Indywidualne konto zabezpieczenia emerytalnego** pod wieloma względami przypomina IKE. Często oferują je te same instytucje, choć rachunki można otworzyć w dwóch konkurujących ze sobą podmiotach. IKZE różni się przede wszystkim sposobem opodatkowania i momentem osiągnięcia korzyści podatkowych. Wpłaty odlicza się od dochodu w PIT, co w praktyce często oznacza zwrot podatku z urzędu skarbowego. Inny jest też wiek uprawniający do wypłat na preferencyjnych warunkach – trzeba ukończyć 65 lat.

Decydując się na wypłatę środków zgromadzonych w IKZE po 65. roku życia, zapłacimy 10-proc. zryczałtowany podatek dochodowy od całej inwestycji, tzn. zarówno wpłat, jak i zysków. Wcześniejszy zwrot podlega opodatkowaniu PIT według skali podatkowej i jest dopuszczalny jedynie w całości, co oznacza, że IKZE jest rozwiązaniem trochę mniej elastycznym niż IKE.

## DIABEŁ TKWI W SZCZEGÓŁACH

Opłacalność IKZE zależy od indywidualnej sytuacji podatkowej. W internecie jest dostępnych wiele kalkulatorów, które pozwalają zweryfikować potencjalne korzyści. W największym uproszczeniu – o ile IKE jest opłacalne dla każdego, oczywiście pod warunkiem wyboru taniej instytucji, IKZE jest szczególnie korzystne dla osób o wyższych dochodach, które też wpadają w drugi próg podatkowy (32 proc.).

Maklerskie IKE i maklerskie IKZE z dostępem do giełd zagranicznych – pod warunkiem założenia ich w instytucji pobierającej niskie opłaty – to najtańszy sposób inwestowania na rynku kapitałowym. Są też niezwykle cenione przez inwestorów indywidualnych, ponieważ zdejmują ciężar samodzielnego rozliczania się z fiskusem.

## DWUPOZIOMOWY NADZÓR

Kolejną tarczę podatkową stanowi **ogólnoeuropejski indywidualny produkt emerytalny** – jest to polska wersja rozwiązania znanego pod skrótem PEPP (ang. Pan-European personal pension



foto: freepik.com

product) ustanowionego na mocy rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady UE.

OIPE mogą otwierać mieszkańcy krajów członkowskich Unii Europejskiej niezależnie od posiadanego obywatelstwa. Nadzór nad nim sprawuje Europejski Urząd Nadzoru Ubezpieczeń i Pracowniczych Programów Emerytalnych, który ma siedzibę we Frankfurcie nad Menem, oraz Komisja Nadzoru Finansowego zlokalizowana w Warszawie.

OIPE to niechciana konkurencja dla wielu tradycyjnych funduszy inwestycyjnych, które „kasowały” – i nierzadko nadal to robią – wygórowane opłaty od klientów, utrudniając działanie procentu składanego. Maksymalny limit kosztów zarządzania pobieranych przez dostawców OIPE wynosi 1 proc. w skali roku. Z jednej strony to dobrze, że apetyt instytucji finansowych został ograniczony, ale z drugiej – to wciąż sporo na tle wspomnianych wcześniej funduszy ETF, których jednostki uczestnictwa można nabywać samodzielnie w ramach rachunków maklerskich IKE i IKZE.

OIPE powstał głównie z myślą o osobach pracujących w różnych krajach UE, które skarżyły się na problemy związane z długoterminowym oszczędzaniem i inwestowaniem w razie podejmowania pracy za granicą lub przeprowadzki do

innego państwa. Cechą wyróżniającą jest możliwość przenoszenia subkonta między krajami członkowskimi Unii. W istocie to jednak rozwiązanie dla każdego, a nie tylko dla współczesnych nomadów.

## INWESTOWANIE NA AUTOPILOCIE

Atutem OIPE jest wysoki stopień bezobsługowości. Produkt nie pozwala na samodzielny wybór akcji, obligacji czy funduszy ETF, ponieważ jest oferowany w formie usługi zarządzania portfelem. Dla niektórych osób to zaleta, bo nie każdy chce inwestować na własną rękę. Przepisy wymuszają na dostawcach OIPE stopniowe zmniejszanie akcji na rzecz obligacji wraz ze zbliżaniem się do wieku emerytalnego, co ma pomóc w ochronie zgromadzonych środków przed nagłymi spadkami na giełdzie. Inwestowanie zawsze wiąże się przecież z ryzykiem.

W Polsce OIPE jest dostępne od niespełna trzech lat, a szczególności jego funkcjonowania są zawarte w ustawie z 7 lipca 2023 r. o ogólnoeuropejskim indywidualnym produkcie emerytalnym. Niektórzy nazywają je „europejskim IKE”, ponieważ między tymi rozwiązaniami istnieje sporo podobieństw, np. wiek osiągnięcia korzyści podatkowych. Przepisy dopuszczają przeniesienie środków z IKE do OIPE, jednak transfer w odwrotnym kierunku nie jest możliwy. ●

# Auto na lepszych warunkach

Dostęp do wszystkich marek, wynegocjowane rabaty i wsparcie w finansowaniu – to elementy nowego programu przygotowanego dla lekarzy. Usługa, dostępna bezpłatnie, ma ułatwić podjęcie jednej z droższych decyzji zakupowych. W jaki sposób – opowiada **Michał Łuczak**, właściciel Medlex, w rozmowie z Anną Wojdą.

## **P**odpisał pan umowę z Naczelną Izbą Lekarską. Na czym polega ta współpraca?

To w zasadzie rozwinięcie projektu, który wcześniej realizowałem dla środowiska adwokackiego. Teraz we współpracy z NIL oferujemy lekarzom kompleksowe wsparcie przy zakupie samochodu – od wyboru modelu, przez finansowanie, aż po ubezpieczenie. Od kwietnia projekt obejmie kolejne samorzady zawodów zaufania publicznego.

## **Czyli to nie jest oferta tylko dla lekarzy?**

Docelowo nie. Zaczęliśmy od adwokatów, teraz są lekarze, a w kolejnym kroku dołączają m.in. pielęgniarki. Rozmawiamy też z innymi samorządami – chcemy, żeby to było rozwiązanie dostępne dla szerokiego grona zawodów zaufania publicznego.

## **A jak to wygląda w praktyce? Przychodzi lekarz i mówi: chcę kupić samochód?**

Dokładnie tak, chociaż równie często zaczyna się od tego, że ktoś mówi: „nie mam pojęcia, co wybrać”. I to jest zupełnie normalne.

## **Czy ograniczacie się do konkretnych marek?**

Nie, i to jest jedna z kluczowych rzeczy. Pracujemy ze wszystkimi markami dostępnymi na polskim rynku. Mamy upoważnienie do reprezentowania klientów, więc rozmawiamy bezpośrednio z importerami i dealerami i negocjujemy dla nich warunki. Dzięki temu klient nie musi sam chodzić po salonach i sprawdzać ofert.

## **Czyli bierze Pan na siebie część negocjacyjną?**

Tak. Zbieramy oferty, porównujemy je i przedstawiamy klientowi najlepsze opcje. Naszym celem jest to, żeby ta oferta była naprawdę konkurencyjna – taka, którą trudno będzie przebić samodzielnie.

## **A co z finansowaniem? To często największa bariera.**

Zdecydowanie tak, dlatego to jeden z kluczowych elementów naszej usługi. Proponujemy



fot. archiwum prywatne

▲ Rozwiązanie działa w całej Polsce, ma oszczędzać czas i upraszczać decyzje – mówi **Michał Łuczak**

różne formy finansowania – leasing, kredyt, wynajem długoterminowy. Współpracujemy z dużymi instytucjami finansowymi i mamy wynegocjowane preferencyjne warunki zarówno jeśli chodzi o koszty, jak i samą obsługę.

Co ważne, klient nie zostaje z tym sam – pomagamy przejść przez cały proces, tłumaczymy różnice między rozwiązaniami i dopasowujemy je do jego sytuacji.

## **A formalności? To zwykle dość uciążliwe.**

I właśnie tu staramy się maksymalnie odciążyć klienta. Pomagamy w przygotowaniu dokumentów, koordynujemy proces finansowania, wspieramy przy zamówieniu samochodu. W dużej mierze wszystko można dziś zrobić zdalnie – wiele spraw załatwiamy online, a jeśli trzeba, nasi współpracownicy mogą spotkać się z klientem w dogodnym dla niego miejscu i czasie.

## **Czyli to nie jest usługa „lokalna”, tylko działacie w całej Polsce?**

Tak. Nie ma żadnej regionalizacji – obsługujemy klientów z całego kraju.

## **A dostępność? Lekarze często pracują w niestandardowych godzinach.**

I my się do tego dostosowujemy. Bardzo często pracujemy z klientami

wieczorami, po godzinie 18 czy 20. To wynika z ich trybu pracy i dla nas to jest naturalne, że trzeba być elastycznym.

## **Rozumiem, że usługa jest płatna?**

Właśnie nie, i to jest bardzo ważne. Dla członków samorządów jest ona bezpłatna. Nasze wynagrodzenie pochodzi ze współpracy z dealerami. Z perspektywy lekarza to po prostu dodatkowy benefit, który otrzymuje w ramach przynależności do samorządu.

## **Czyli coś więcej niż zwykłe pośrednictwo?**

Zdecydowanie. Nie jesteśmy brokerem w klasycznym rozumieniu. To jest raczej kompleksowe doradztwo – od początku do końca procesu, także z opieką po zakupie. Klient ma poczucie, że ktoś reprezentuje jego interes.

## **A czy lekarz może liczyć na pomoc przy zdobyciu finansowania sprzętu medycznego – jeśli zdecyduje się na przykład otworzyć gabinet.**

Tak, w przypadku lekarzy to naturalne rozszerzenie. Wiele osób prowadzi własne gabinety czy kliniki i potrzebuje finansowania sprzętu. Najczęściej jest to leasing – i w tym obszarze również jesteśmy w stanie pomóc, korzystając z tych samych relacji z instytucjami finansowymi.

## **Czyli można powiedzieć, że to rozwiązanie „szyte na miarę” dla tej grupy zawodowej?**

Dokładnie taki był cel. Wykorzystaliśmy doświadczenia z pracy z dużymi organizacjami i przenieśliśmy je na grunt samorządów zawodowych. Dzięki temu lekarz dostaje dostęp do rozwiązań, które wcześniej były zarezerwowane dla korporacji. ●



# Razem jesteśmy silniejsi

Publiczne kłótnie i polityczne spory osłabiają znaczenie samorządu. Dzieje się to w momencie, kiedy w sprawach istotnych dla środowiska tak bardzo potrzebna jest jedność i skuteczność.

**PAWEŁ BARUCHA**  
WICEPREZES NACZELNEJ  
RADY LEKARSKIEJ



**S**amorząd lekarzy i lekarzy dentyistów kończy swoją czteroletnią kadencję. W większości izb okręgowych odbyły się już wybory i zjazdy. Wśród nowych prezesów izb okręgowych są również lekarze dentyści. Muszę przyznać, że jestem dumny, że ma to miejsce również w tak dużych izbach, jak lubelska czy śląska. Pokazuje to dobitnie, że wspólny samorząd lekarzy i lekarzy dentyistów to najlepsze rozwiązanie.

Piszę o tym teraz, ponieważ ponownie pojawiły się głosy o konieczności rozdzielenia w samorządzie lub stworzeniu jednej izby lekarzy dentyistów obejmującej swoim działaniem całą Polskę. Moim zdaniem takie pomysły służą jedynie ograniczeniu znaczenia i naszego wpływu na politykę zdrowotną. To samo dotyczy pomysłu zmniejszenia liczby izb okręgowych. Każdy, kto ma chęć i siłę działać aktywnie na rzecz samorządu lekarzy i lekarzy dentyistów, musi mieć taką możliwość. Żadne sztuczne ograniczenia nie powinny mieć miejsca.

Zbliżający się koniec kadencji zmusza też do refleksji – każdy z nas jest tylko na chwilę, dlatego potrzebujemy następców, którzy zagwarantują istnienie samorządu i jego skuteczne funkcjonowanie. Ma to szczególne znaczenie teraz. Obecne zawirowania i nieustanne utarczki z kierownictwem Ministerstwa Zdrowia i Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawach istotnych dla środowiska udowodniły, że liczy się tylko duża, zwarta i skutecznie działająca korporacja. Ze słabymi nikt nie rozmawia.

Dlatego tak istotne jest mówienie jednym głosem, czyli przedstawianie stanowiska, które powstało po dyskusji i przy zgodzie większości. Nie dajmy się podzielić. Możemy się spierać i kłócić wewnątrz, ale na zewnątrz powinniśmy pokazywać jedność i solidarność. Inaczej osłabiamy nie tylko obecne, ale przede wszystkim przyszłe działania samorządu. A to nikomu nie służy. ●

**W** poprzednim wydaniu „Gazety Lekarskiej” informowaliśmy o ogromnych różnicach w kwotach przeznaczanych przez poszczególne oddziały wojewódzkie NFZ na leczenie stomatologiczne. Na przykład mazowiecki NFZ zaplanował na ten cel w tym roku 3,17 proc. swojego budżetu, a w województwie świętokrzyskim na leczenie w placówkach niepublicznych NFZ zamierza przeznaczyć 1,83 proc. Nawet jeśli dodać do tego 0,26 proc. na leczenie w placówkach publicznych, łącznie daje to zaledwie 2,09 proc.

Różnica jednego punktu procentowego może się nie wydawać duża. W praktyce jednak przekłada się na ogromne kwoty, a w konsekwencji – na wysokość kontraktów z gabinetami dentyistycznymi. W przeliczeniu na złotówki wygląda to tak: na Mazowszu średnia miesięczna wartość kontraktu NFZ z gabinetem stomatologicznym wynosi 91,5 tys. zł, w województwie świętokrzyskim – niespełna 26 tys. zł.

Po publikacji artykułu „Gigantyczne różnice w kontraktach stomatologicznych” otrzymaliśmy mnóstwo telefonów od rozżalonych lekarzy dentyistów – głównie z województwa świętokrzyskiego – narzekających na współpracę z Funduszem. Wszyscy prosili o anonimowość.

## KOSZTY SĄ OGROMNE...

– W Ministerstwie Zdrowia powinni sobie uświadomić, że stawiają gabinetom bardzo wysokie wymagania, a placą śmieszne kwoty – słyszymy od jednego ze stomatologów.

– Urządzenie gabinetu zgodnie z wytycznymi NFZ to inwestycja liczona w setkach tysięcy złotych. Sam unit stomatologiczny to wydatek minimum 80–100 tys. zł, podstawowy aparat RTG kosztuje około 40 tys. zł. Do tego dochodzi projekt i wykonanie osłon radiologicznych. Za komputer i oprogramowanie do odczytu zdjęć RTG trzeba zapłacić co najmniej kilka tysięcy złotych, autoklaw do sterylizacji narzędzi to kolejne 10 tys. zł – dodaje.

Lista wydatków jest znacznie dłuższa. Obejmuje m.in. odbiór odpadów medycznych, obsługę księgową i informatyczną, przeglądy sprzętu, materiały jednorazowe czy narzędzia stomatologiczne.

Istotna część kosztów to także personel. – Zatrudnienie asystentki stomatologicznej to dla pracodawcy wydatek rzędu 10 tys. zł miesięcznie,

## PRAKTYKA LEKARSKA

# Lekarze drugiej kategorii

ARTUR PEDRYC  
DZIENNIKARZ

Ogromne różnice w wysokości kontraktów stomatologicznych w poszczególnych regionach Polski budzą frustrację dentystów. „Czujemy się jak lekarze drugiego sortu” – nie przebierają w słowach ci, którzy współpracują z NFZ.

technika radiologii – jeszcze więcej. Do tego dochodzi osoba prowadząca dokumentację medyczną, rozliczenia z NFZ, księgowia, sprzątaczką – wylicza nasz rozmówca.

## ... A ZYSKI NIEWIELKIE

Przy tak wysokich kosztach urządzenia i prowadzenia gabinetu można by się spodziewać adekwatnych zysków. Czy tak jest?

– Na pewno nie w przypadku umowy z NFZ – szybko ripostuje nasz rozmówca.

Za podstawowe wypełnienie Fundusz płaci około 80 zł. W prywatnym gabinecie taka usługa kosztuje minimum 200 zł – mówi stomatolog.

Podobnych przykładów można podać wiele. – Zdarza się, że technik protetyczny, który wykonuje protezę na moje zlecenie, zarabia na niej więcej niż ja. A to przecież ja przygotowuję pacjenta, pobieram wyciski, zakładam protezę i biorę odpowiedzialność za efekt końcowy leczenia – dodaje stomatolog.

## GORSZY SORT

Właściwie wszyscy dzwoniący do nas wyrażali podobne opinie. Niektórzy nie wybierali w słowach.

– Dentysta pracujący na NFZ to lekarz drugiego sortu. Tak się niestety czujemy i tak jesteśmy postrzegani. Pracujemy na gorszych materiałach niż nasi koledzy w prywatnych gabinetach, więc siłą rzeczy nasza usługa jest gorsza. Choć posiadamy wysokie kwalifikacje i umiejętności, często uchodzimy za partaczy, którzy nie potrafią dobrze leczyć – mówi dentysta ze świętokrzyskiego i dodaje: – Tak samo czują się nasi pacjenci – jak ludzie drugiej kategorii.

Opinie nie są jednak największym problemem. Państwo nie gwarantuje bowiem pełnej opieki stomatologicznej swoim obywatelom. Przykład to leczenie kanałowe.

– O ile dzieciom przysługuje ono bezpłatnie w pełnym zakresie, o tyle w przypadku dorosłych Fundusz pokrywa koszty

od „jedyńki” do „trójki” – informuje dentystka z województwa świętokrzyskiego. – Za leczenie kanałowe zębów przedtrzonowych i trzonowych ludzie muszą płacić z własnej kieszeni. Proszę mi wierzyć, wiele razy leczyłam endodontycznie ludzi na własny koszt, bo serce mi się kraje, gdy stosunkowo młoda osoba prosi o usunięcie zęba, bo jeśli zapłaci za jego leczenie, nie będzie miała za co kupić dzieciom ciepłych butów na zimą – słyszymy.

– Nie powinno być tak, że w czasach, gdy co druga osoba nosi aparat ortodontyczny z powodów estetycznych, państwo nie gwarantuje biedniejszemu pacjentom bezpłatnego leczenia kanałowego – dodaje nasza rozmówczyni.

## NIEPOKOJĄCY TREND

– Przez brak odpowiedniego finansowania doprowadzono polską stomatologię do stanu krytycznego. Ten stan trwa nie od miesięcy, lecz od wielu lat – mówi Paweł Barucha, wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej oraz przewodniczący Rady ds. Rozwoju Stomatologii przy ministrze zdrowia. – Stomatologia przestała być traktowana jako integralna część medycyny, mimo że zdrowie jamy ustnej jest warunkiem rozpoczęcia leczenia w onkologii, kardiologii czy transplantologii – podkreśla.

– Polska stomatologia coraz bardziej przypomina system zbudowany z prowizorycznych rozwiązań. Reagujemy na objawy, zamiast leczyć przyczyny. Brakuje strategii, wizji i stabilności. Coraz mniej indywidualnych gabinetów decyduje się na podpisywanie kontraktów z NFZ. Są one systematycznie wypierane przez duże sieci medyczne, które stopniowo

przejmują rynek świadczeń publicznych – przyznaje Barucha.

Kontrakty NFZ w stomatologii często wyczerpują się już w połowie roku. Gabinety są zmuszone ograniczać liczbę świadczeń lub kredytować system – szczególnie w przypadku dzieci i pacjentów z niepełnosprawnościami, którzy formalnie mają prawo do pełnego bezpłatnego leczenia, lecz w praktyce czekają na wizytę nawet od półtora roku do dwóch lat.

– Najgorsze w tym wszystkim jest to, że resort zdrowia nie chce słuchać ani specjalistów, ani środowiska lekarskiego. Urzędnicy są przekonani, że wiedzą wszystko najlepiej. Nawet gdy proponujemy proste zmiany, które szybko poprawiłyby sytuację i nie wymagają dodatkowych pieniędzy, nikt nie chce ich wprowadzić w życie – mówi z irytacją prezes Barucha.

## BEZ PERSPEKTYW

Eksperti, samorząd lekarski oraz media od dłuższego czasu mówią jednym głosem: aby polska stomatologia mogła prawidłowo funkcjonować, na jej finansowanie powinno się przeznaczać minimum 4 proc. budżetu NFZ przekazywanego na świadczenia opieki zdrowotnej.

W tym roku na leczenie stomatologiczne Fundusz zaplanował jedynie 2,05 proc. swojego budżetu, co stanowi kwotę 4,12 mld zł. W 2025 r. było to 2,08 proc., czyli 3,8 mld zł.

Dziś trudno uzyskać ze strony rządzących choćby deklarację zwiększenia w przyszłości wydatków na ten cel. Trudno więc liczyć, że coś się zmieni. Gdy patrzy się na to, jak obecnie funkcjonuje w Polsce stomatologia finansowana z środków publicznych, „aż zęby bolą”.

## PRAKTYKA LEKARSKA

# Antybiotyki ostatniej szansy pod lupą

Badaczki z Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie analizują obecność bakterii antybiotykoopornych w ściekach szpitalnych. O pierwszych wynikach projektu – i o tym, co mówią one o skali problemu – opowiadają **prof. dr hab. inż. Ewa Korzeniewska** i **prof. dr hab. inż. Monika Harnisz** w rozmowie z Lidią Sulikowską.

**J**aki jest mechanizm narastania zjawiska antybiotykooporności? **Monika Harnisz:** Oporność drobnoustrojów na antybiotyki rozprzestrzenia się głównie przez wymianę nabytych mechanizmów oporności na dany lek, które są kodowane w DNA bakterii. Dochodzi do tego w tzw. procesie horyzontalnego transferu genów, który najczęściej polega na wymianie plazmidowego DNA pomiędzy bakteriami. Niektóre bakterie mają bardzo plastyczne genomy, które łatwo poddają się temu procesowi. Wymianie sprzyja obecność antybiotyków w środowisku – zarówno w ciele ludzkim, jak i zwierzęcym, ale też w glebie, wodzie czy ściekach, czyli wszędzie tam, gdzie występuje duże zagęszczenie bakterii.

Rachunek jest prosty: im więcej spożywamy antybiotyków, tym bakterie mają większe szanse na nabywanie mechanizmów oporności, a następnie ich transfer. To nie jest jedyny problem. Pacjenci często nie mają świadomości, że przerywając kurację antybiotykową wcześniej, niż zalecił lekarz, także przyczyniają się do powstawania lekooporności, bo przecież niedoleczona infekcja może prowadzić do mnożenia się w organizmie opornych bakterii. Innym problemem jest wyrzucanie antybiotyków do kosza ze zwykłymi odpadami zamiast do przygotowanych do tego pojemników w aptekach. To powoduje, że leki nie trafiają do specjalnej utylizacji, ale na zwyczajne wysypisko śmieci, skąd przedostają się do wody i gleby. Wydaje mi się jednak, że świadomość w tym zakresie wzrasta.

**Ewa Korzeniewska:** Horyzontalny transfer genów pomiędzy bakteriami umożliwia rozprzestrzenianie się lekooporności pomiędzy krajami na całym świecie, bo przecież często podróżujemy. Dlatego tak ważne jest wdrażanie działań hamujących do zjawisko ponad granicami państw.

**Z którymi lekami jest największy problem?**

**E.K.:** Na świecie bardzo dużo zużywa się antybiotyków beta-laktamowych, co przekłada się na wzrost oporności bakterii, przeciwko którym są one stosowane. Na szczególną uwagę zasługują drobnoustroje zdolne do produkcji enzymów ESBL, które nadają oporność na wiele powszechnie stosowanych antybiotyków, w tym penicyliny, cefalosporyny oraz monobaktamy. To patogeny alarmowe, do których zaliczamy m.in. bakterie rzędu *Enterobacterales*, w tym *Escherichia coli* i *Klebsiella pneumoniae*. Są one coraz bardziej odporne na cefalosporyny 3. generacji oraz karbapenemy.

**Jak dużo antybiotyków zużywamy w Polsce?**

**E.K.:** W dalszym ciągu zbyt dużo, ale na szczęście obserwujemy poprawę. Z opublikowanego kilka miesięcy temu raportu Europejskiego Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób (ECDC) wynika, że w spożyciu antybiotyków ogółem, czyli zarówno tych podawanych w szpitalach, jak i ordynowanych w lecznictwie ambulatoryjnym, zajmujemy 9. miejsce w Unii Europejskiej. To najnowsza analiza tej organizacji, zawierająca dane za 2024 r. Pięć lat temu byliśmy na 6. pozycji, więc jest lepiej, ale nadal mamy sporo do zrobienia. Średnia UE/EEA w spożyciu antybiotyków wyniosła 20,2 definiowanej dawki dobowej (DDD, ang. Daily Defined Dose) w przeliczeniu na 1000 mieszkańców

na dobę. W Polsce osiągnęliśmy poziom 22,6, ale np. Holandia uzyskała wynik poniżej 10. Niechlubnymi liderami rankingu są Grecja (29,9), a za nią Francja (26,5), Rumunia (25,2), Malta (24,8) i Hiszpania (24,2).

**A w przypadku wyłącznie antybiotyków rezerwowych, czyli leków ostatniej szansy stosowanych w warunkach szpitalnych?**

**E.K.:** Akurat w tym aspekcie wypadamy nieźle na tle Europy, ale nie jest tak dobrze, jakby mogło się na pierwszy rzut oka wydawać. Najnowszy raport ECDC pokazuje, że średnia UE/EEA dotycząca zużycia antybiotyków rezerwowych, uznanych przez WHO jako leki, które powinny być stosowane w ostateczności, wyniosła 5,4 proc. w odniesieniu do całkowitego spożycia antybiotyków zaliczanych do grupy AWaRe, czyli opracowanej przez WHO w 2017 r. klasyfikacji wspierającej zarządzanie antybiotykami. Te dane należy jednak rozpatrywać w szerszym kontekście, ponieważ są ogromne różnice między krajami. Średnia jest mocno zawyżona przez Hiszpanię (14,4 proc.) i Grecję (11,8 proc.). Siedem krajów, w tym Finlandia i Belgia, uzyskały wynik poniżej 1 proc., a kolejnych siedem państw było w przedziale 1–2 proc. Polska osiągnęła wynik 2,3 proc., więc zdecydowanie poniżej średniej, ale uwaga – jeszcze w 2020 r. spożycie antybiotyków rezerwowych w naszym kraju było na poziomie 1,3 proc., co oznacza, że mamy tendencję wzrostową, i to

► **Prof. dr hab. inż. Ewa Korzeniewska** (kierowniczką projektu) jest pracownikiem Katedry Mikrobiologii Środowiskowej Wydziału Nauk o Środowisku Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie



fot.: archiwum prywatne



fot.: archiwum prywatne

◄ **Prof. dr hab. inż. Monika Harnisz** jest pracownikiem Katedry Mikrobiologii Środowiskowej Wydziału Nauk o Środowisku Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie

znaczoną. W mojej ocenie jest to związane z tym, że przez długi czas te leki były bardzo drogie, więc szpitale bardziej ograniczały ich zużycie.

**Wspólnie z badaczkami z Politechniki Śląskiej badają Panie częstość występowania w ściekach szpitalnych antybiotyków rezerwowych i bakterii, które są na nie odporne. Co konkretnie podlega tej analizie?**

**E.K.:** Z realizacją projektu wystartowałyśmy dwa lata temu, po przyznaniu grantu Narodowego Centrum Nauki na ten cel. Zespół badaczek z Politechniki Śląskiej w Gliwicach pod kierunkiem prof. Sylwii Bajkacz z Katedry Chemii Nieorganicznej, Analitycznej i Elektrochemii na Wydziale Chemicznym PŚ analizuje próbki ścieków pod kątem zawartości antybiotyków rezerwowych, przede wszystkim karbapenemów, z kolei my bierzemy pod lupę obecność drobnoustrojów wykazujących oporność na te antybiotyki, głównie *Enterobacteriales*, w tym *Klebsiella pneumoniae*, a także *Pseudomonas aeruginosa* i *Acinetobacter baumannii*. Dzięki temu zyskujemy pełny obraz tego, co znajduje się w ściekach szpitalnych.

**Ile szpitali bierze udział w badaniu?**

**E.K.:** Skontaktowałyśmy się z ponad 80 placówkami, z czego zdecydowana większość się zgodziła udostępnić nam próbki do badań. W projekcie bierze udział 3-5 szpitali z każdego województwa, zarówno dużych, jak i mniejszych, liczących od 100 do ponad 1000 łóżek. Jesteśmy na półmetku realizacji projektu. Zakończyliśmy pobór próbek w terenie, mamy również za

sobą mikrobiologiczne badania hodowlane. Co ważne, pobierałyśmy próbki ścieków zarówno w sezonie zimowym, jak i letnim. Z uwagi na znaczące różnice w spożyciu antybiotyków w tych okresach chcieliśmy sprawdzić, jak to się przekłada na obecność antybiotyków i bakterii lekoopornych.

**Jest to przełożenie?**

**E.K.:** Jesteśmy w trakcie szczegółowych analiz, ale statystycznie już widzimy taką zależność. Zresztą to niejedyna kwestia, którą porównujemy. Próbkami analizowałyśmy również pod kątem zróżnicowania w zależności od wielkości szpitali, od regionu, bierzemy też pod uwagę czynniki socjoekonomiczne w danym regionie, spożycie antybiotyków w danym szpitalu, liczbę pacjentów leczonych antybiotykami etc.

**Co już udało się ustalić?**

**M.H.:** Myślałyśmy, że w ściekach szpitalnych nie będzie zbyt wiele drobnoustrojów lekoopornych. Wyniki bardzo nas zaskoczyły. Ze 150 próbek udało nam się wyizolować ponad 5000 szczepów karbapenemoopornych bakterii, a są to tylko wyniki z badań hodowlanych. Przed nami jeszcze analizy molekularne, dzięki którym poznamy odpowiedź, jaką pulę genów lekooporności niosą wszystkie mikroorganizmy zawarte

w ściekach szpitalnych, zarówno żywe, jak i martwe czy hodowlalne i niehodowlalne, w stosunku do tych, które występują w innych krajach. Raczej nie spodziewamy się różnic, ale zobaczymy, co się okaże.

**E.K.:** W ściekach szpitalnych w całej Polsce znalazłyśmy bardzo dużo lekoopornych bakterii z rzędu *Enterobacteriales*, z czego zdecydowanie najwięcej *Klebsiella pneumoniae* opornych na karbapenemy. Zidentyfikowaliśmy także m.in. bakterie *Enterobacteriales* odporne na cefalosporyny, a także spory odsetek patogenów wielolekoopornych, i to nie tylko z tego rzędu, ale też *Pseudomonas aeruginosa* i *Acinetobacter johnsonii*, za to mniej liczne były karbapenemooporne *Acinetobacter baumannii*. W ściekach były też antybiotyki rezerwowe z grupy karbapenemów i inhibitory karbapenemów. Niedawno ukazała się praca jednej z doktorantek z zespołu prof. Bajkacz przedstawiająca dane na ten temat.

**Czy wyniki różnią się pomiędzy szpitalami?**

**E.K.:** W tym momencie mogą zdradzić, że zaobserwowałyśmy istotne różnice w częstości występowania lekoopornych bakterii pomiędzy regionami na południu Polski, które są bardzo zaludnione i rozwinięte gospodarczo,

a północą naszego kraju, np. regionem Warmii i Mazur, gdzie gospodarka nie jest tak rozwinięta. Wykazałyśmy też, że różnice występują nie tylko między województwami, ale również pomiędzy poszczególnymi szpitalami. Udało się nam też powiązać występowanie karbapenemoopornych *Klebsiella pneumoniae* z czynnikami ekonomicznymi, np. ze stopą bezrobocia. Nie możemy jeszcze upubliczniać wszystkich ustaleń, bo są one wykorzystywane do prowadzonych doktoratów. Na koniec projektu planujemy zrobić stronę internetową z interaktywnymi mapami, które będą wskazywać wyniki ze wszystkich województw.

### Jak bardzo częstość występowania bakterii lekoopornych w ściekach wynika ze zużycia antybiotyków rezerwowych w danym szpitalu?

**E.K.:** Dzięki temu, że szpitale udostępniły nam swoje dane dotyczące zużycia antybiotyków rezerwowych, mogliśmy tę zależność zbadać. Tam, gdzie zużycie było większe, mamy w ściekach więcej antybiotyków i bakterii antybiotykopornych.

### Czy szpitale poznały swoje wyniki?

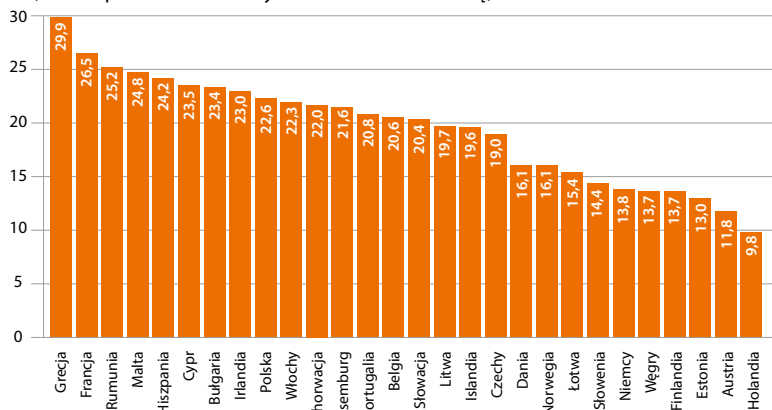
**E.K.:** Tak, na tym etapie każdy ze szpitali otrzymał raport, jak wypadł na tle województwa i całej Polski. Myślę, że to dla nich bardzo ciekawy materiał do analizy. Jesteśmy otwarte na dalsze pytania i współpracę.

**M.H.:** Dopowiem tylko, że próbki pobierałyśmy z takiego miejsca kanalizacji szpitalnej, które zbiera ścieki ze wszystkich oddziałów. To ścieki, które bezpośrednio są odprowadzane do kanalizacji miejskiej. Zależało nam na tym, aby zobaczyć, jaki ładunek tych zanieczyszczeń uchodzi do kanalizacji miejskiej i potem trafia do oczyszczalni ścieków, a stamtąd do środowiska naturalnego. Szpitale nie mają obowiązku posiadania własnej oczyszczalni ścieków, więc zazwyczaj ich nie mają, czemu trudno się dziwić, bo to kosztowna inwestycja. Wyjątek stanowią te placówki, które mają oddziały zakaźne. Ścieki z takich oddziałów muszą być dezynfekowane.

### To, że ścieki szpitalne trafiają do kanalizacji miejskiej, może stanowić zagrożenie sanitarno-epidemiologiczne?

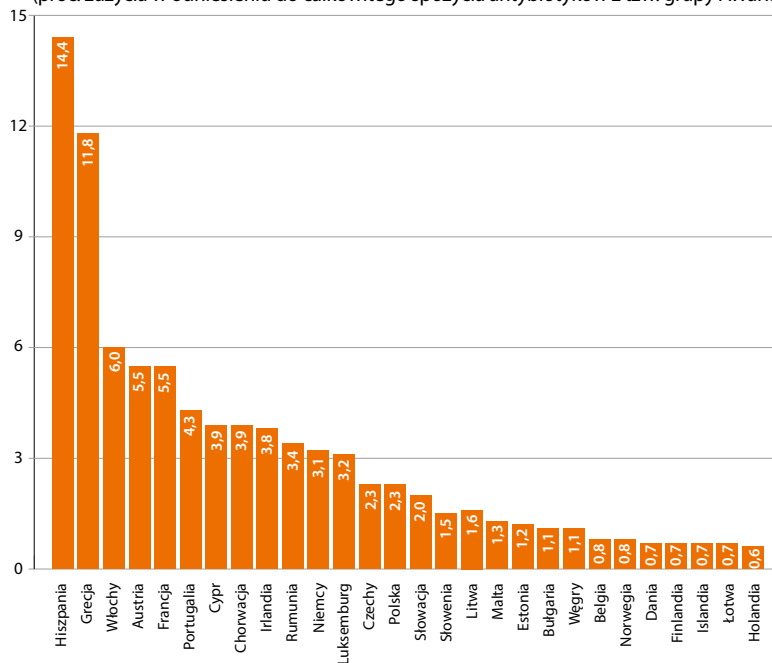
**M.H.:** Zdecydowana większość drobnoustrojów ginie na etapie oczyszczania ścieków, ale niektóre patogeny, w szczególności bakterie wielolekooporne mają dużą siłę przetrwania. Są mało wymagające, świetnie sobie radzą w kanalizacji, a stamtąd mogą trafiać do środowiska, przekazując oporność kolejnym bakteriom, żyjącym na przykład w wodach powierzchniowych. Od 2025 r. obowiązuje

ZUŻYCIE ANTYBIOTYKÓW OGÓŁEM W 2024 R. W KRAJACH EU/EEA  
(DDD w przeliczeniu na 1 tys. mieszkańców na dobę)



Źródło: ECDC

ZUŻYCIE ANTYBIOTYKÓW REZERWOWYCH W 2024 R. W KRAJACH EU/EEA  
(proc. zużycia w odniesieniu do całkowitego spożycia antybiotyków z tzw. grupy AWaRe)



Źródło: ECDC

dyrektywa Unii Europejskiej nakazująca dużym miastom posiadającym oczyszczalnie badanie ścieków komunalnych pod kątem mikrozanieczyszczeń, w tym także niektórymi antybiotykami, a także bakteriami lekoopornymi i genami lekooporności. Na razie jednak nie ma dokładnej listy, które dokładnie bakterie należy

badać. Lista została określona tylko w przypadku antybiotyków. Ma być też wprowadzony dodatkowy stopień oczyszczania, tak aby bakterie lekooporne i pozostałości antybiotyków nie dostawały się do wód gruntowych i powierzchniowych, a tym samym nie przyczyniały się do narastania zjawiska lekooporności. ●

# Lek czy towar?

Gdy apteki zaczynają reklamować się jak supermarkety, leki przestają być elementem terapii, a stają się produktem w promocji. Polska już raz to przerabiała i skutki były opłakane.

**Z**akaz reklamy aptek w Polsce został wprowadzony 1 stycznia 2012 r. Wcześniej praktycznie nie było żadnych zasad regulujących tę część działalności gospodarczej – poza etyką czy „prawem moralnym we mnie”.

Jednocześnie hulał tzw. odwrócony łańcuch dystrybucji (OŁD). Był on jednym z motorów napędowych zarówno lawinowego wzrostu liczby aptek, jak i metod ich reklamowania.

Zalóżmy, że lek X jest produkowany w Niemczech i tam kosztuje 100 euro za opakowanie. W Polsce dzięki negocjowanej przez Ministerstwo Zdrowia cenie urzędowej kosztuje 100 zł. Różnica cen powodowała dość oczywiste skutki. Lek kupiony w Polsce był odsprzedawany zagranicznej hurtowni np. za 90 euro. Zysk był ogromny. Przepisy nie zezwalały na stosowanie innych cen niż urzędowe na każdym szczeblu obrotu, w tym w (re)eksportcie. Niemniej niektóre hurtownie otrzymywały z resortu tzw. listy żelazne, pozwalające na odstępstwa cenowe w transakcjach międzynarodowych. Dopytywani o to urzędnicy bez skrępowania mówili w mediach, że dzięki takim transakcjom Polska zarabia na podatkach. Skutkiem ubocznym stały się jednak powszechne i permanentne braki leków ratujących życie.

Po protestach i skargach farmaceutów władze zaczęły utrudniać wywóz leków – zresztą z miernym skutkiem. Przedsiębiorcy szybko znaleźli też inny sposób. Zaczęto masowo otwierać nowe apteki. Dzięki temu można było kupować coraz więcej leków deficytowych – nie po to jednak, by sprzedać je pacjentom.

Na tym polegał odwrócony łańcuch dystrybucji: apteki odsprzedawały leki hurtowniom. Często leki nawet nie zmieniały miejsca – krążyły tylko faktury. Mechanizm ten dobrze pokazano w programie „Superwizjer” TVN we wrześniu 2019 r., w którym miałem okazję uczestniczyć.

Nawet jeśli Inspekcja Farmaceutyczna cofała zezwolenie na prowadzenie apteki, przedsiębiorca zakładał nową spółkę

MARIUSZ POLITOWICZ  
CZŁONEK NACZELNEJ  
RADY APTEKARSKIEJ



i składał wniosek o zezwolenie na ten sam lokal pod tym samym adresem.

Mniejsze apteki znikają z rynku lub były wykupywane przez tych, którzy doprowadzili je do upadku. Sieci zwiększały liczbę „źródełek” pozyskiwania leków deficytowych, a efekt skali pozwalał im jeszcze bardziej obniżyć ceny. Aby sprzedać więcej, potrzebna była jednak reklama.

Dziś narzekamy na zalew reklam leków i suplementów diety w telewizji. Zapomnieliśmy już o ówczesnych reklamach aptek. A były one bardzo pomysłowe, m.in.: rozdawanie gotówki z okazji otwarcia apteki, garnki i koce jako nagrody za punkty na kartach lojalnościowych, pizza albo zestaw wędlin gratis, gdy właściciel apteki był jednocześnie właścicielem pizzerii czy sklepu mięsnego. Wyobraźni zabrakło jedynie właścicielowi apteki, który był jednocześnie właścicielem zakładu pogrzebowego. Za duże zakupy leków oferował... bon na darmowy pogrzeb.

Po opublikowaniu 19 czerwca 2025 r. wyroku Trybunału Sprawiedliwości UE uznającego zakaz reklamy aptek za niedopuszczalny zwolennicy szerokiego rozumianej wolności gospodarczej dostali wiatru w żagle.

Formalnie zakaz nadal obowiązuje, ale sieci aptek coraz częściej go ignorują, co widać po nowych akcjach reklamowych. Tymczasem procedowanie nowelizacji art. 94a Prawa

farmaceutycznego – wymuszonej wyrokiem TSUE – postępuje opieszale.

W przeciwieństwie do samorządu aptekarskiego strona pracodawców otwarcie liczy na przychylność resortu zdrowia dla szerokiego informowania o usługach aptecznych i „tańszych lekach”.

Przed skutkami przywrócenia reklam aptek ostrzegało również Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej w uchwale z 29 grudnia 2025 r.

Zapewne wszyscy się zgodzimy, że każdy biznes – zwłaszcza wielki – ma jeden cel: zarobić pieniądze. Trudno więc oczekiwać, że kilkanaście lat bez reklamy aptek zmieniło cele biznesowe jej zwolenników. Zmieniły się tylko narzędzia.

Dziś są to także media społecznościowe i influencerzy, którzy za odpowiednie wynagrodzenie potrafią promować wszystko – od suplementów diety po apteki – nie ponosząc żadnej odpowiedzialności za zdrowie odbiorców. Ich i piarowców ogranicza właściwie tylko wyobraźnia.

Ostatecznie wszystkich ograniczy prawo. Jeśli jednak zostanie napisane pod dyktando biznesu i kreatywnych piarowców, etyka może przegrać z kretesem.

Sprawa jest w gruncie rzeczy prosta: jeśli jest reklama – apteka staje się sklepem. Jeśli jej nie ma – pozostaje placówką ochrony zdrowia.

Nie da się być częściowo w ciąży. ●

## PRAKTYKA LEKARSKA

# Prawdziwe życie nie mieści się w scenariuszu

SYLWIA WAMEJ  
DZIENNIKARKA

Seriale medyczne przyciągają miliony widzów, ale pokazują świat, który z prawdziwą medycyną ma niewiele wspólnego. W telewizyjnych szpitalach diagnozy stawia się w kilka minut, a lekarze potrafią wszystko. W rzeczywistości medycyna wygląda znacznie mniej spektakularnie i jest bardziej skomplikowana.

**O**d lat lekarze rozpalają wyobraźnię filmowców. Jednak to, co trafia na ekrany, często ma niewiele wspólnego z prawdziwą medycyną. Serialowe szpitale pełne są uproszczeń, spektakularnych cudów i błędów, które potrafią wywołać u medyków nie tylko uśmiech politowania, lecz także szczere oburzenie. Nic dziwnego, że wielu z nich ogląda takie produkcje z rosnącym dystansem, a czasem z zaciśniętymi zębami.

Głośny serial Netfliksa „Ołowiane dzieci”, inspirowany epidemią ołowicy wśród dzieci z katowickich Szopienic w latach 70., przyciągnął przed ekrany rzesze widzów. Produkcja Macieja Pieprzycy z udziałem Joanny Kulig i Agaty Kuleszy wzbudziła jednak kontrowersje wśród współpracowników i rodziny prof. Bożeny Hager-Małeckiej. W serialu zastąpiono ją fikcyjną postacią prof. Bergera.

## SPÓR O PRAWDĘ

Zdaniem Stanisława Torbusa, wnuka prof. Hager-Małeckiej, serial nie oddaje w pełni jej roli w wykryciu ołowicy. Podkreślał, że twórcy zmienili charakter jego babci i ograniczyli jej znaczenie, choć w rzeczywistości to ona pierwsza zdiagnozowała zatrucia i skierowała sprawę do dr Jolanty Wadowskiej-Król. W serialowej wersji wydarzeń kluczową rolę odgrywa jednak postać grana przez Joannę Kulig.

W rozmowie z dziennikarzami Torbus relacjonował: – Babcia stwierdziła: „To jest ołowica”. Wsiadła w taksówkę i pojechała do dr Wadowskiej-Król, mówiąc: „Masz tu ołowicę. Trzeba przebadać pozostałych pacjentów i sprawdzić, czy to odosobniony przypadek, czy jest ich więcej”.

Rodzina prof. Hager-Małeckiej skierowała do Netflix Polska i Netflix USA przedsądowe wezwanie do zaprzestania naruszania dóbr osobistych. Podkreślają, że sposób przedstawienia wydarzeń w serialu znacząco odbiega od rzeczywistości. Ich zdaniem produkcja nie tylko nadmiernie upraszcza historię, lecz także przypisuje bohaterom działania, które mogą zniekształcać ich faktyczny wkład w walkę o zdrowie dzieci.

W serialach jeden lekarz potrafi wszystko. W prawdziwym szpitalu za pacjenta odpowiada cały zespół specjalistów

Choć oburzenie rodziny jest zrozumiałe, twórcy podkreślają, że serial fabularny może jedynie być inspirowany wydarzeniami, a nie wiernie je odtwarzać.

## „BOGOWIE”: MIĘDZY LEGENDĄ A UPROSZCZENIEM

Podobne zarzuty pojawiły się po premierze filmu „Bogowie” Łukasza Palkowskiego, opowiadającego historię prof. Zbigniewa Religi i pierwszego udanego przeszczepu serca w Polsce. Lekarze współpracujący z Religą zwracali uwagę na pominięcie wkładu wielu członków zespołu, dramatyzowanie konfliktów oraz

uproszczenie procesu przygotowań do operacji.

Część środowiska krytykowała także przedstawienie polskiej medycyny lat 80. jako skrajnie niekompetentnej czy wrogiej. Wskazywano również, że film idealizuje Religę, pomijając jego trudne decyzje czy późniejsze kontrowersje polityczne. Twórcy odpowiadali, że ich celem było stworzenie inspirującej opowieści o determinacji, a wiele scen miało charakter symboliczny.

W fabularnych serialach medycznych scenarzyści często pozwalają sobie na jeszcze większą swobodę. „Dr House” krytykowany jest za nierealistyczne diagnozy i promowanie ryzykownych metod leczenia. „Chirurdzy” byli wielokrotnie oskarżani o błędy medyczne i nierealistyczne operacje. „New Amsterdam” idealizuje system ochrony zdrowia, a „The Good Doctor”, choć chwalony za przedstawienie lekarza z autyzmem, również upraszcza procedury i realia pracy.

## SERIALOWY ŚWIAT UTOPII

Telewizyjne historie o genialnych diagnostach potrafią wciągać, ale rzadko pokazują prawdziwe oblicze medycyny. Z perspektywy własnych doświadczeń mówi o tym Marta Zaborowska, lekarka rezydentka gastrologii pracująca w jednym z warszawskich szpitali.

– Dorastałam, oglądając seriale medyczne, takie jak „Na dobre i na złe” czy „Dr House”. Fascynowały

mnie wiedza i zdolność dedukcji bohaterów. Z zapartym tchem śledziłam losy lekarzy i pacjentów. Nie znałam wtedy realiów pracy w ochronie zdrowia, choć w domu często mówiło się o kondycji szpitali i sytuacji lekarzy. Prawdziwy świat medycyny zaczęłam poznawać dopiero na studiach i stażu, a w pełni podczas rezydentury. To wtedy zobaczyłam, z jakimi dylematami lekarz mierzy się każdego dnia – opowiada.

Jak podkreśla, idealny świat pokazywany w serialach to utopia.

– Diagnozy stawiane w telewizji niewiele mają wspólnego z tymi, które poznawałam podczas edukacji. Pokazywanie procedur z różnych specjalizacji wykonywanych przez jednego lekarza to scenariuszowa fantazja, w którą widz często wierzy. W serialach nie ma zmęczenia po ciężkim dyżurze, stresu związanego z chorobą pacjenta czy konieczności radzenia sobie ze śmiercią chorego – mówi. I dodaje: – Idealne warunki pracy i opieki nie odpowiadają współczesnej rzeczywistości medycyny w Polsce. Mam jednak nadzieję, że to się zmieni.

### BEZ EFEKTÓW SPECJALNYCH

Jak zauważa Jakub Kosikowski, rzecznik Naczelnej Izby Lekarskiej i lekarz onkolog, spośród popularnych produkcji najbliższej realiów pracy młodych lekarzy jest serial „Scrubs” („Hoży doktorzy”).

– Pomijając elementy fantastyczne, to właśnie ten serial najbliższej pokazuje to, co widzimy na co dzień w systemie NFZ – podkreśla. Dodaje jednak, że prawdziwa praca lekarza jest znacznie mniej dynamiczna niż w telewizji, bo ogrom czasu pochłania biurokracja, która dla widza byłaby zwyczajnie nieatrakcyjna.

Kosikowski zwraca uwagę także na liczne absurdy obecne w serialach.

– Ludzkie ciało jest w stanie znieść dużo więcej, niż sugerują to sceny telewizyjne. Przykładem może być odejście wód płodowych: w serialach trwa to kwadrans, a w rzeczywistości często wiele godzin – mówi.

Wskazuje również na fikcyjną „uniwersalność” lekarzy.

– W jednym z odcinków polskich „Stażystów” młodzi lekarze wykonują awaryjne cesarskie cięcie na podłodze izby przyjęć. W codziennej praktyce takie sytuacje po prostu się nie zdarzają – zaznacza.

Jego zdaniem problematyczne jest też budowanie nierealistycznych oczekiwań pacjentów wobec diagnostyki. – W telewizji wygląda to tak, jakby wystarczyło spędzić jeden dzień na izbie przyjęć, by

wykonać komplet badań. W praktyce proces diagnostyczny trwa znacznie dłużej – tłumaczy.

Kosikowski przyznaje jednak, że niektóre seriale potrafią poruszać ważne tematy.

– W jednym z odcinków „Scrubs” pokazano wyludzenie ubezpieczeń poprzez wykonywanie badań na zmarłych pacjentach, by pomóc osobom nieubezpieczonym. Jeśli szpital zbankrutuje, nie pomoże już nikomu, więc czasem dyrektor musi podejmować decyzje nieoptymalne, ale konieczne. Lekarze na co dzień nie myślą o tym, czy leczenie się „opłaca”, po prostu leczą pacjenta – wyjaśnia.

Rzecznik NIL podkreśla również, że wiele seriali medycznych to piękne bajki, w których dobre chęci wystarczą, by pokonać systemowe problemy. – W realnym życiu tak to nie wygląda, co doskonale widać po stanie polskiej ochrony zdrowia – zaznacza. Zwraca też uwagę na brak konsultantów medycznych przy produkcji wielu seriali. – Widać to choćby w źle założonych wklucjach, opatrunkach czy kołnierzach ortopedycznych. Jeśli seriale miałyby mieć wartość edukacyjną, najlepiej byłoby, gdyby dotyczyły podstaw pierwszej pomocy i realnych procedur w nagłych sytuacjach – podsumowuje.

### MEDYCINA OD KUCHNI

Realia pracy lekarzy znacznie lepiej oddają seriale dokumentalne niż fabularne produkcje. W 2024 r. na antenie TVP zadebiutował cykl „Chirurgi”, którego pomysłodawcami są Iwona Kania i Piotr Poraj-Poleski.

Dziesięciocinkowy serial powstał w Państwowym Instytucie Medycznym MSWiA i pokazuje codzienność pacjentów, ich rodzin oraz personelu medycznego – lekarzy, pielęgniarek i rezydentów.

Reżyser produkcji przyznaje, że jednym z najbardziej poruszających momentów pracy nad serialem była wizyta w prosektorium w Lublinie. – Mocnym doświadczeniem było zobaczenie zaplecza prosektorium i tego, co dzieje się z donacjami po śmierci. Ale to wszystko służy nauce – mówi. I dodaje: – „Chirurgi” to największy dokumentalny cykl o lekarzach zrealizowany

dotychczas w Polsce. Pracowaliśmy nad nim prawie rok. Pokazaliśmy historie pacjentów, ale także to, że lekarze są zwykłymi ludźmi. Zajrzeliśmy do ich domów, mówiliśmy o ich zainteresowaniach. Pacjenci często nie widzą w lekarzu człowieka.

Iwona Kania, p.o. kierownika Działu Komunikacji NIL, wyjaśnia, że pomysł serialu narodził się podczas pracy nad programami medycznymi stworzonymi z klinicystami.

– Zobaczyłam, jak ogromny potencjał ma pokazywanie pracy medyków od kuchni. Chciałam stworzyć formę dłuższą niż pojedynczy odcinek czy komentarz telewizyjny. Wspólnie z Piotrem Poraj-Poleskim przekonaliśmy władze TVP, że warto wyprodukować dokumentalny serial medyczny, bo widzowie są bardzo ciekawi tego, co dzieje się za zamkniętymi drzwiami sal operacyjnych. Weszliśmy tam z kamerą i pokazaliśmy nie tylko niezwykle historie pacjentów, ale też trud i poświęcenie lekarzy oraz całego zespołu – mówi.

Choć sama chętnie ogląda seriale medyczne, podchodzi do nich z dużym dystansem.

– Lubię amerykańskie produkcje, bo pokazują zupełnie inną rzeczywistość, także pod względem systemu ubezpieczeniowego. Oglądałam „Grey’s Anatomy”, a z polskich przez pewien czas „Na dobre i na złe”. Trzeba jednak pamiętać, że to bajka. Szpitale nie wyglądają jak Leśna Góra, a personel nie ma tyle czasu na długie rozmowy z pacjentami – mówi.

Zwraca też uwagę, że seriale często przesadnie eksponują życie prywatne lekarzy. – Widzów to ciekawi, ale mam poważne wątpliwości, czy personel medyczny ma aż tyle czasu na życie poza pracą – dodaje Iwona Kania.

Jej zdaniem stacje telewizyjne powinny większą wagę przykładają do rzetelnych konsultacji medycznych.

– Pacjenci czerpią z seriali wiele informacji, a pojawiają się tam poważne przekłamania zarówno w diagnostyce, jak i w czasie wykonywania badań. Wielu widzów chciałoby, by rzeczywistość wyglądała jak w Leśnej Górze, ale to wizja bajkowa, trochę jak „Ania z Zielonego Wzgórza” – podsumowuje. ●

# O sztuce marnowania energii

W systemie ochrony zdrowia nie brakuje energii. Brakuje raczej miejsca, w którym można by ją sensownie ulokować. Zbyt często zużywamy ją na spory, które mają cenę, ale nie mają wartości.

**W** polskiej ochronie zdrowia istnieje pewien szczególny rodzaj ruchu. Ktoś się spiera, ktoś protestuje, ktoś pisze kolejne pismo, ktoś inny odpowiada na nie równie długim pismem. Ktoś opowiada o tym innym, a oni jeszcze następnym – tylko że w sumie niewiele z tego wynika.

Gdyby mierzyć aktywność liczbą wzajemnego nakręcania się, knucia i złości, byłibyśmy prawdopodobnie światową potęgą.

Problem polega na tym, że czasem jest to ruch przypominający jazdę na symulatorze. Człowiek się zmęczy, spoci, włoży w to sporo energii – ale wciąż stoi w tym samym miejscu.

W wielu placówkach ochrony zdrowia obserwuję zjawisko, które ekonomiści nazwaliby elegancko „alokacją energii w konflikcie wewnętrznym”, a lekarze określiliby prościej: przepychaniem się między sobą. Oddział z oddziałem. Specjalizacja ze specjalizacją. Lekarz z administracją. Administracja z lekarzem. Czasem nawet lekarz z samym sobą, kiedy po pracy próbuje zrozumieć, dlaczego kolejny dzień kończy się frustracją zamiast poczuciem sensu.

Paradoks polega na tym, że większość tych sporów nie dotyczy rzeczy naprawdę ważnych. Są to rzeczy, które może mają swoją cenę, ale nie mają szczególnej wartości. To coś przeciwnego do powietrza – którego cena jest relatywnie niska, ale bez którego nie da się żyć.

W ekonomii istnieje rozróżnienie między tym, co ma wartość, a tym, co ma tylko cenę. W ochronie zdrowia można by je uprościć: na rzeczy naprawdę ważne oraz na te, o które najłatwiej się pokłócić. I tu zaczyna się cała lista.

Najłatwiej pokłócić się o grafik.

O dostęp do sali zabiegowej.

O to, kto komu „zabrał” asystę do pomocy.

O to, czyja pieczęć powinna – albo nie powinna – znaleźć się w dokumentacji.

**ANNA GOŁĘBICKA**  
EKONOMICZKA, STRATEG  
KOMUNIKACJI I ZARZĄDZANIA



To konflikty szybkie, łatwe i niezwyczajnie energochłonne. I zapewne każdy z Państwa powie teraz, że to są sprawy kluczowe – bo pieczęć to potencjalny prokurator, a stół operacyjny to przecież konkretna faktura. I w pewnym sensie będzie to prawda. Ale mimo wszystko pozwolę sobie tu zaprotestować. To są rzeczy do ułożenia w proces, a nie do szarpania się o nie każdego dnia od nowa.

Prawdziwe problemy systemu przypominają choroby przewlekłe – wymagają cierpliwości, współpracy i strategicznego myślenia. A to w codziennym pędzie są towary zdecydowanie deficytowe.

Lekarz jest człowiekiem działania. Reagowania. Podejmowania decyzji. Realnego wpływu na rzeczywistość. System natomiast działa w tempie administracyjnym, które przypomina raczej powolne krążenie lodowca. A może raczej góry lodowej. Na powierzchni widać tylko niewielką jej część, podczas gdy prawdziwa masa i prawdziwe zagrożenie znajdują się pod wodą. Zderzenie tych dwóch światów jest jak spotkanie statku z górą lodową. Budzi frustrację – i jest to frustracja całkowicie zrozumiała.

Problem zaczyna się wtedy, gdy ta frustracja staje się głównym zajęciem.

Znam wielu lekarzy, którzy potrafią przez godzinę analizować absurd jednego przepisu. Robią to

z błyskotliwością godną najlepszych seminariów ekonomicznych. Problem polega tylko na tym, że po tej godzinie przepis nadal istnieje, a oni mają o godzinę mniej energii na rzeczy, które naprawdę mogą zmienić. To typowe „nakręcanie się w szatni”, które niczego realnie nie zmienia.

Energia jest w medycynie zasobem deficytowym.

Czas – również.

Uwaga – jeszcze bardziej.

A jednak potrafimy inwestować te zasoby w spory, plotki, dywagacje i frustracje, które nie przynoszą żadnego zwrotu.

Oczywiście konflikty są nieuniknione. Każda organizacja – a szczególnie medyczna – jest miejscem ogromnego napięcia, odpowiedzialności i presji. Spory będą zawsze. Ale nie każdy spór jest wart energii, którą w niego wkładamy.

Większość z nich jest po prostu złodziejami życia, motywacji, samooceny i zdrowia. A przede wszystkim celu. Zabierają nam widok na to, co naprawdę ważne. Na to, co możemy zmienić i na co rzeczywiście mamy wpływ.

Zastanawiam się czasem, co na takie bicie się dla samego bicia powiedziałyby psychiatra.

Ekonomista odpowiedziałby krótko: to zwykle przepalanie zasobów.

## PRAKTYKA LEKARSKA

# Hematologia: system nie nadąża za pacjentami

Coraz więcej chorych trafia do hematologów, a nowoczesne leczenie pozwala im żyć dłużej niż kiedykolwiek wcześniej. To jednak rodzi nowe wyzwania: przeciążone ośrodki, niedobór kadr i konieczność przebudowy całego systemu opieki. Czy planowana Krajowa Sieć Hematologiczna uporządkuje tę rzeczywistość, opowiada **prof. Krzysztof Giannopoulos**, prezes Polskiego Towarzystwa Hematologicznego i Transfuzjologicznego, w rozmowie z Lucyną Krysiak.

**D**ane wskazują, że liczba zachorowań na nowotwory hematologiczne wzrosła nawet dwukrotnie. Czy sytuacja jest aż tak dramatyczna?

Wzrost zachorowań kształtował się na przestrzeni ostatnich 10, a nawet 20 lat, następował więc stopniowo i w dużej mierze ma związek z poprawą wykrywalności nowotworów hematologicznych. Poza tym jest to proces wieloczynnikowy. Jednym z najważniejszych czynników jest starzenie się społeczeństwa. Większość nowotworów hematologicznych rozpoznaje się u osób po 65. roku życia. A ponieważ żyjemy coraz dłużej, prawdopodobieństwo choroby nowotworowej w starszym wieku będzie wzrastać, a chorych w wieku senioralnym będzie przybywać.

Zmieniły się także możliwości diagnostyczne, zwiększyła się dostępność do badań i wzrosła świadomość zarówno pacjentów, jak i lekarzy. Jednocześnie poprawia się skuteczność leczenia. A to sprawia, że dochodzi do kumulacji pacjentów hematologicznych w wyspecjalizowanych ośrodkach, które są przepełnione, ponieważ potrzeby przerastają możliwości systemu.

Jeśli chodzi o epidemiologię, trudno precyzyjnie określić w liczbach, jak dokładnie kształtuje się zachorowalność. Mimo, że mamy Krajowy Rejestr Nowotworów i Polski Rejestr Onko-Hematologiczny, sprawozdawczość nie jest jeszcze



fot.: archiwum prywatne

optymalna i dane bywają rozbieżne. Pewne jest jednak, że mamy w Polsce kilkanaście tysięcy nowych rozpoznań nowotworów układu chłonnego i krwiotwórczego rocznie, a pod opieką hematologów znajduje się około 150 tys. chorych, wliczając w to także pacjentów z chorobami nienowotworowymi.

◀ **Prof. Krzysztof Giannopoulos**, prezes Polskiego Towarzystwa Hematologicznego i Transfuzjologicznego, kierownik Zakładu Hematoonkologii Doświadczalnej UM w Lublinie oraz kierujący Wieloprofilowym Oddziałem Zachowawczym Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego nr 4 w Lublinie

**Które z tych nowotworów występują najczęściej?**

Patrząc z szerokiej perspektywy, najczęstsze są chłoniaki, ale trzeba pamiętać, że pod tym określeniem kryje się bardzo heterogenna grupa chorób obejmująca wiele odrębnych jednostek, także rzadkich i ultraradkich. Ogólnie rozpoznań chłoniaków nieziarnicznych mamy najwięcej. Wśród pojedynczych rozpoznań istotne miejsce zajmują także przewlekła białaczka limfocytowa oraz szpiczak plazmocytowy.

To są nadal dane przybliżone, ponieważ, jak wspomniałem, nie mamy w pełni kompletnych danych rejestrowych. Środowisko hematologów, w tym PTHiT, od lat sygnalizuje, że Krajowy Rejestr Nowotworów jest bardziej dopasowany do specyfiki guzów litych niż do specyfiki obszaru hematologicznego.

**A które mają najcięższy przebieg i są najtrudniejsze do leczenia?**

Jeśli chodzi o leczenie, jedną z najtrudniejszych grup chorób wciąż pozostają ostre białaczki szpikowe. To nadal nowotwory o ciężkim przebiegu i bardzo zróżnicowanym rokowaniu. Trzeba zaznaczyć, że jest to niezwykle heterogenna grupa pacjentów, ponieważ z jednej strony mamy ostrą białaczkę promielocytową, w której skuteczność leczenia jest dziś bardzo wysoka, a z drugiej ostre białaczki szpikowe wieku starszego – w których wyniki leczenia nadal pozostają niezadowolające. W ostrych białaczkach szpikowych obraz molekularny, genetyczny i rokowanie kliniczne są bardzo zróżnicowane. I to w zasadzie można odnieść do większości rozpoznań hematologicznych. Coraz większe znaczenie ma dziś nie tylko sama nazwa choroby, ale także jej dokładna charakterystyka biologiczna.

**Postęp w leczeniu wydłuża życie pacjentów, ale jednocześnie zwiększa obciążenie systemu. Jak hematologia radzi sobie z tym paradoksem?**

Jak całe nasze leczenie mierzymy się z brakiem pieniędzy i deficytem kadr. Mimo tych uciążliwości w hematologii dokonał się ogromny postęp. Jeszcze kilkanaście lat temu wiele nowotworów bardzo źle rokujących wiązało się z wyraźnie krótszym przeżyciem, natomiast dziś dzięki nowym terapiom pacjenci żyją znacznie dłużej. Dobrym przykładem jest szpiczak plazmocytowy, w którym nowoczesne leczenie istotnie wydłużyło przeżycie chorych. To jest spektakularna zmiana i Polska nie pozostaje tutaj w tyle za światowymi ośrodkami, chociaż sytuacja jest dynamiczna.

Kiedy przed rokiem przeprowadzono aktualizację programów lekowych, można było powiedzieć, że w wielu obszarach odpowiadają one standardom międzynarodowym, ale te standardy szybko się zmieniają. Wchodzą coraz to nowsze opcje terapeutyczne, a ich wdrażanie napotyka na ograniczenia refundacyjne ze strony płatnika. W ostatnich latach na prawie każdej liście refundacyjnej pojawiały się nowe leki hematologiczne, a w hematologii postęp jest związany właśnie z farmakoterapią, immunoterapią i terapiami komórkowymi. W tej specjalności procedury chirurgiczne mają znaczenie marginalne. Kluczowa jest więc dostępność

do nowych preparatów, co wiąże się z programami lekowymi.

Obecnie widzimy w chłoniakach agresywnych dalsze rozszerzenie możliwości leczenia o terapię CAR-T, przeciwciała dwuswoiste i inne nowoczesne terapie celowane, ale jak wspominałem, chorych przybywa i potrzeby cały czas rosną. W przypadku szpiczaka czekamy na dalszą istotną zmianę kolejnych linii leczenia dzięki dostępności do technologii CAR-T i nowych terapii ukierunkowanych na konkretne cele. Wszystkie te metody leczenia zmierzają w kierunku terapii celowanej, nowoczesnych immunoterapii i – tam, gdzie jest to możliwe – terapii komórkowych. I to są obecnie najważniejsze trendy w hematologii.

**Jaki udział w rekomendowaniu nowych terapii ma Polskie Towarzystwo Hematologiczne i Transfuzjologiczne?**

Co roku publikujemy „Top 10 Hemato”, zawierające listę priorytetów refundacyjnych w hematologii. Opracowanie tej listy rankingowej ma

W hematologii liczy się czas, a każda zwłoka w diagnostyce może realnie wpływać na rokowanie pacjenta

być wskazówką dla Ministerstwa Zdrowia, jak środowisko hematologiczne widzi potrzeby refundacyjne. Wiele naszych propozycji merytorycznych uzyskuje później finansowanie.

Nie omijają nas jednak problemy systemowe. Wraz ze zmianą sposobów leczenia powinna być zagwarantowana dostępność do nowoczesnych terapii, która niekoniecznie musi być kumulowana i skoncentrowana wyłącznie w wyspecjalizowanych ośrodkach hematologicznych, ponieważ stanowi to duże ograniczenie dla

pacjentów. Tymczasem programy lekowe są realizowane głównie w takich ośrodkach, co wydłuża czas oczekiwania na leczenie.

Funkcjonują także placówki ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, które – w naszej ocenie – mają potencjał i mogłyby być lepiej wykorzystane. Oczywiście najbardziej zaawansowane terapie komórkowe nie mogą być prowadzone w warunkach ambulatoryjnych, ale już część diagnostyki genetycznej, immunofenotypowej czy monitorowania leczenia – jak najbardziej tak. Rozwiązanie to znacznie odciążałoby przeciążone ośrodki wyspecjalistyczne. Problemem pozostaje jednak finansowanie procedur na poziomie AOS, o co bezskutecznie zabiegamy od lat.

**Na różnych forach podkreśla się, jak ważne jest usprawnienie komunikacji pomiędzy podstawową opieką zdrowotną (POZ) i ambulatoryjną opieką specjalistyczną (AOS), która obecnie mocno szwankuje.**

W hematologii liczy się czas, a ustawianie chorych w kolejkach do specjalistów może opóźniać rozpoznanie i leczenie. Dlatego dobry przepływ informacji i bardziej zacieśniona współpraca pomiędzy POZ i AOS są tutaj kluczowe. Pacjent, który nadal pozostaje pod opieką POZ, ale jest odpowiednio filtrowany pod kątem pilności uzyskania pomocy specjalistycznej, mógłby skorzystać z tzw. szybkiej ścieżki, nie błakając się od ośrodka do ośrodka w poszukiwaniu specjalisty. Dobrze sprawdziłby się tryb skierowań, wyluskujący pacjentów, którzy natychmiast powinni trafić do specjalistycznego leczenia, oraz tych, którzy tego nie wymagają, na przykład w przypadku łagodnych cytopenii. Dodatkowo w ramach pilotażu Krajowej Sieci Hematologicznej planowane jest, aby w kilku wskazaniach były analizowane ścieżki pacjenta, aby precyzyjnie umiejscowić go w systemie – od diagnostyki po leczenie – niekoniecznie w ośrodku wyspecjalistycznym, jeśli można to bezpiecznie przeprowadzić

w AOS, ale z zachowaniem wszelkich standardów.

### **Tyle że wciąż nie ma jednolitych i powszechnie obowiązujących wytycznych diagnostyczno-terapeutycznych dotyczących standardów leczenia. Dlaczego?**

Takie standardy są opracowywane, ale mają najczęściej charakter publikacji naukowych, a powinny być bardziej ujednolicone i stosowane we wszystkich ośrodkach, niezależnie od miejsca ich usytuowania i statusu. Także w AOS. Jeśli pacjent jest diagnozowany w ośrodku wyspecjalizowanym, a inny w placówce opieki ambulatoryjnej, diagnoza ta musi być równie precyzyjna.

Oczywiście nie dotyczy to najradszych rozpoznań, gdzie doświadczenie ośrodka jest rozstrzygające. Dla chorób rzadkich ścieżka wiedzie do ośrodków eksperckich i my się w nią wpisujemy, ponieważ w większości choroby te dotyczą hematologii.

W ramach udoskonalenia systemu analizowany był także projekt e-konsylium proponowany w kilku ujęciach: jako wsparcie POZ-AOS, jako narzędzie pomagające kierować pacjentów do ośrodków o wyższym poziomie referencyjności oraz jako element szybkiej ścieżki diagnostycznej. Niestety, żadna z tych propozycji nie przeszła do fazy wdrożeniowej, choć mamy zapewnienia, że będzie powrót do koncepcji pilotażu Krajowej Sieci Hematologicznej oraz projektu e-konsylium.

### **Do terapii najbardziej obecnie zaawansowanych zalicza się CAR-T. Czy można mówić o przełomie w leczeniu nowotworów hematologicznych?**

Niewątpliwie jest to przełom, szczególnie dla pacjentów, którzy do tej pory mieli bardzo ograniczone szanse na skuteczne leczenie i źle rokowali. Obecnie można im zaproponować najbardziej zaawansowane terapie, w tym CAR-T, czy procedury transplantacyjne, ale nie są to metody oferowane wszystkim chorym. Niezbędna jest tu bardzo staranna selekcja.

Na przykład w ostrych białaczkach szpikowych, które nadal pozostają ogromnym problemem medycznym, technologia CAR-T nie ma jeszcze ugruntowanego miejsca w praktyce klinicznej. Ugruntowaną pozycję,

oczywiście po odpowiedniej kwalifikacji, CAR-T ma natomiast w leczeniu części agresywnych chłoniaków B-komórkowych, chłoniaka z komórek płaszczą i ostrej białaczki limfoblastycznej.

Na razie technologia ta nie jest leczeniem z wyboru dla wszystkich, być może będzie odgrywać jeszcze większą rolę w przyszłości, ale nie na tym etapie.

Bardzo oczekiwana jest także terapia CAR-T w szpiczaku plazmocytowym. Technologia ta jest niezwykle interesująca – od pacjenta pobiera się limfocyty T, czyli komórki układu odpornościowego, które poza ustrojem są modyfikowane genetycznie. Do limfocytu T wprowadza się

Nie chcemy niczego wprowadzać wyłącznie na podstawie przypuszczeń czy obserwacji innych krajów, ale podejść do tego analitycznie

chimeryczny receptor antygenowy, a tak zmieniona komórka jest namnażana i już jako lek podawana pacjentowi. Procedura wymaga szczególnych warunków, dlatego musi być przeprowadzana tylko w wytypowanych ośrodkach.

### **Mówi się o różnicach w jakości świadczonych usług w ośrodkach. Czy wprowadzenie pilotażu Krajowej Sieci Hematologicznej może je wyrównać?**

Dążymy do zunifikowania możliwości diagnostyki i leczenia i w pilotażu KSH to założenie będzie uwzględnione. Należy jednak podkreślić, że pilotaż jest narzędziem analitycznym. Występują tam odpowiednie mierniki i wskaźniki i dopiero ich analiza pokaże, czy proponowane rozwiązania systemowe należy wdrażać, czy nie. Nie chcemy niczego wprowadzać wyłącznie na podstawie przypuszczeń czy obserwacji innych krajów, ale podejść do tego analitycznie, tym bardziej

że pacjentów będzie przybywać i trzeba się na to przygotować.

### **W jakim kierunku zmierzają badania nad diagnozowaniem i leczeniem nowotworów hematologicznych?**

Trendy światowe to przede wszystkim terapie komórkowe, czyli CAR-T, ale także przeciwciała dwuswoiste, nowoczesne terapie celowane, koniugaty przeciwciała-lek oraz coraz bardziej precyzyjna diagnostyka molekularna. W pewnych rozpoznaniach będą one częściowo zastępować przeszczepianie szpiku, co już się dzieje.

Większość pacjentów z przewlekłą białaczką limfocytową skorzysta jednak z terapii inhibitorami BTKi i anty-BC12 w miejscu zamieszkania, ponieważ nie będą potrzebować hospitalizacji. To jest ogromny postęp, ale wymaga zasobów kadrowych.

Niezależnie od tego hematologia i hematookologia dynamicznie i wielokierunkowo się rozwijają, z naciskiem na terapie spersonalizowane, stosowane w warunkach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Myślę, że to może zachęcić młodych lekarzy do specjalizowania się w tym kierunku.

Wpisując się w te trendy, zmieniliśmy nazwę naszego towarzystwa. Otwieramy się również na młodych lekarzy. Klub Młodego Hematologa to sekcja początkujących lekarzy. Chcemy, aby dołączali do niej także absolwenci ostatnich lat studiów medycznych zainteresowani hematologią. Europejskie Towarzystwo Hematologiczne promuje wśród studentów medycyny program „Lighting the Flame”, a bierze w nim udział wiele młodych osób z Polski. Aktualna edycja tego wydarzenia jest planowana w Polsce.

Staramy się promować naukę, przyznajemy własne granty towarzystwa, nagrody za wybitne publikacje młodych hematologów, a wszystko po to, aby pokazać, że hematologia jest naprawdę pasjonującą dziedziną medyczną i warto się w tym kierunku kształcić. ●

FELIETON

# Za dużo

Bycie lekarzem dyżurnym i bycie rodzicem mają zaskakująco dużo wspólnego. W obu przypadkach ktoś czegoś od ciebie chce co kilka minut, a chwila ciszy jest tak podejrzana, że aż budzi niepokój.

**G**dy zostałem ojcem, zmieniły się treści serwowane mi przez social media. Potężne, wszechwiedzące (a czasem wydaje mi się, że podsłuchujące nas) algorytmy zaczęły serwować mi, jak to mówią „content parentingowy”. Poruszane są tam zagadnienia ważne (np. jak chronić dziecko przed cyberprzemocą), zabawne, niekiedy wzruszające. Istnieje też nurt nazywany „rodzicielstwem non fiction”. Zmęczona matka lub zmęczony ojciec mówi jak jest – bez ogródek i upiększania opowiada o swoich porażkach, trudnych momentach, frustracjach. Tata czy mama nie mają siły i choć opieka nad berbeciem miewa oczywiście chwile piękne, to jest też doświadczeniem ogromnego wysiłku fizycznego i emocjonalnego. Nie dziwi, że wyczerpanym rodzicom niejednokrotnie puszczają nerwy; potem zaś z tego powodu dręczą ich wyrzuty sumienia.

Każdy, kto jest rodzicem, przecież to zna – obudziłeś, ubrałeś, przygotowałeś śniadanie, zagrałeś w grę planszową, udawałeś pandę, ściagałeś się resorakami, zamówiłeś nowe buty, zadzwoniłeś do przychodni w sprawie szczepienia, ojojaleś siniaka na łokciu, zrobiłeś obiad, przeczytałeś na głos fragment książki o układzie słonecznym, dinozaurach albo księżniczkach. Zaśpiewałeś na głos dwie piosenki z „Krainy lodu”, posprzątałeś rozlaną zupę, przebrałeś, stoczyłeś bitwę o możliwość zjedzenia lodów (zakończoną sprawiedliwym remisem, czyli „tylko jedna gałka i więcej w tym tygodniu nie”), podałeś leki na alergię, stoczyłeś kolejną bitwę – tym razem o posprzątanie zabawek (użyłeś pozornie logicznego argumentu, że przecież ty się nimi nie bawiłeś; potem uświadomiłeś sobie, że twój adwersarz ma jeszcze

JAKUB SIECZKO  
ANESTEZJOLOG



słabo rozwinięte płyty czołowe, więc logiczne argumenty trafiają umiarkowanie). Potem usiadłeś. I siedzisz. Jest pięknie, minęły dwie minuty, a nikt niczego od ciebie nie chce. Może nawet zrobiłeś sobie herbatę. I pijesz. Jest cicho. Wtedy pojawia się ten głos:

– A tato, możesz podać mi parówkę?

– Synu, parówki są w lodówce, wstań i sobie weź.

– Ale jestem zmęczony.

– Ja też jestem zmęczony. Jeśli jesteś głodny, to masz dwie zdrowe nogi – zachęcam do udania się do lodówki.

Wstał. Poszedł. Znowu cisza. Już pięć minut.

– Tato, chce mi się siku.

– Oczywiście. Już pomagam.

Wstajesz, pomagasz, wracasz na swoje miejsce. Siedzisz.

– Mogę bajkę?

Wzdychasz głęboko.

– Możesz, ale tylko dziesięć minut (jesteś wszak rodzicem świadomym i wiesz, że obcowanie z niebieskim światłem ekranów jest na dłuższą metę niekorzystne dla rozwijającego się mózgu).

Mija dziesięć minut.

– Koniec czasu.

– Nie! To niesprawiedliwe!

Ponowne negocjacje, komitet pokojowy ustalił trzy dodatkowe minuty jako rozsądny (choć zgniły) kompromis, w końcu się udaje.

– Zrobisz mi naleśniki?

– Jesteś głodny?

– Jestem.

Robisz naleśniki. Zjada. Siadasz.

– Synu, teraz chciałbym zająć się swoimi sprawami, pobaw się trochę sam.

Bawi się. Dziesięć minut.

– Oblałem się cały wodą!

Przebierasz. Siadasz. Trzy minuty.

– Mogę bajkę?

Skąd znam to przeciążenie? Skąd znam to przeświadczenie, że świat się na mnie uwziął i prowadzony jest jakiś wysublimowany program sabotowania choćby chwili świętego spokoju? Gdzie to przeżyłem?

Eureka! Toż to przecież opowieść o życiu lekarza dyżurnego.

Obchód z szefem. Pójść zbać. Porozmawiać i wytłumaczyć. „Córka by chciała jeszcze zadać parę pytań”. Rozmawiasz z córką. Potem na szybko jogurt z bułką. Kawa. Druga kawa. „Doktorze, dren na sali numer sześć chyba nie

odbiera". I czekają na zlecenia. Piszesz zlecenia. Szef prosi na słówko. To nie jest miła rozmowa – nie pójdziesz na ten staż, na który chciałeś – lekarzy mało, roboty dużo. Komputer się zaciął. Twardy reset. Przyszło troje młodych ludzi: „Dzień dobry, my jesteśmy na stażu podyplomowym”. Stają pod ścianą. Stoją. Litujesz się nad nimi, bo nie tak dawno temu sam stałeś pod ścianą przez długie dziesiątki minut i nikogo to nie obchodziło. Prosisz, żeby podeszli. Opowiadasz im o pacjentach, którymi się opiekujesz. Telefon – pielęgniarka epidemiologiczna prosi o wypełnienie zaległych dokumentów. Telefon – „Podejdz proszę do sekretariatu, jest coś do podpisania”. Telefon – „Przepraszam, pomyłka, chciałam się dodzwonić na okulistykę”. Stażyści są z tych zainteresowanych. Mają pytania – to dobrze (jest nadzieja dla polskiej medycyny) i źle (poświęcasz im swój naprawdę cenny czas). Trzecia kawa. Drukarka zjadła papier. „Jaki jest telefon do informatyków?”. Informatycy nie odbierają. Wymiana opatrunków. Telefon – „Pan podejdzie na siódmkę, pacjent ma niskie ciśnienie”. Podchodzisz. Badasz. Prosisz internistę na konsultację. „Dzień dobry, jestem żoną pana Kowalskiego, przekazano mi, że pan jest lekarzem prowadzącym”. Jesteś. Idziesz powiedzieć pani Kowalskiej, że mąż ma rozsiany nowotwór. Pani Kowalska płacze. Telefon – internista przyszedł na konsultację, prosi lekarza prowadzącego. Przepraszasz panią Kowalską.

Piętnasta. Teraz koledzy opowiedzą ci o każdym z pacjentów.

Słuchasz. Notujesz. Tomografia miała się odbyć, ale awaria aparatu. Podobno już naprawili. Trzeba by załatwić. Dziś mają przyjąć posiewy, trzeba pewnie będzie zmienić antybiotyki. Chory z piątki ma objawy odstawienne. Rodzina chorego z dwójki prosi o księdza. Jest konsultacja na dermatologii do zrobienia, kolega nie zdążył.

Opowiedzieli. Poszli. Zostałeś sam. Tomografii załatwić się nie uda. Radiolog był opryskliwy, ale robisz trzy głębokie wdechy i gratulujesz sobie, że przepracowałeś złość w duchu *non violent communication*. Patrzysz na posiewy, zmieniasz antybiotyk. Telefon – kolega prosi o zatroszczenie się o panią Nowak przyjętą dziś na SOR ze złamanym palcem. Nie zrozumiałeś do końca, kim pani Nowak jest dla kolegi – coś jakby szwagierka córki teściowej brata przyjaciela z podstawówki. Ksiądz przyszedł,

Dopiero gdy zostajesz ojcem,  
zaczynasz rozumieć, skąd bierze się to  
uczucie przeciążenia i dlaczego czasem  
wystarczy jedno kolejne „tato?” albo  
„doktorze?” za dużo

objawów odstawienych jeszcze nie  
ma (pacjent, nie ksiądz). Konsultacja  
na dermatologii zrobiona.

Usiadłeś. I siedzisz. Herbatka.  
Późny obiad. Patrzysz wrogo na te-  
lefon dyżurny. Oczywiście po dzie-  
sięciu minutach dzwoni.

Ten dren z rana znowu nie działa.  
Naprawiasz.

Piętnaście minut spokoju.

„Tato, chce mi się siku”. Nie, to  
nie to uniwersum.

reklama

„Doktorze, jest problem z diu-  
rezą”. Jesteś w pracy.

„Możesz poradzić sobie sam?!“  
– mówisz tonem pasywno-agre-  
sywnym do własnej latorośli.

„Czy pani naprawdę musi do  
mnie dzwonić z każdym proble-  
mem?” – przekazujesz niezbyt  
uprzejmie pielęgniarce.

I dziesięć sekund później już  
wiesz, że zrobiłeś źle. Ze za dużo.  
Ze system się przeciążył.

Jeśli ktokolwiek z waszych  
znajomych będzie się chciał do-  
wiedzieć, jak to jest być lekarzem  
w polskim szpitalu – po prostu spy-  
tajcie, czy ma dziecko. ●

Napisz do autora:  
sieczko.gazetalekarska@gmail.com

## PRAKTYKA LEKARSKA

# Nowy rozdział w leczeniu

Niedoczynność przytarczyc była ostatnią chorobą endokrynologiczną, w której nie można było podać pacjentom brakującego im hormonu. Być może jesteśmy świadkami kolejnego przełomu w medycynie – mówi **prof. dr hab. n. med. Arkadiusz Zygmunt**, kierownik Kliniki Endokrynologii i Chorób Metabolicznych w Instytucie „Centrum Zdrowia Matki Polki” w Łodzi, w rozmowie z Adamem Czerwińskim.

**O**powiem panu o moim wyjątkowym pacjencie.

## Proszę.

Jest lipiec. Piękne lato. Sobota. Godzina 21. Akurat jestem w Biedronce. Dzwoni komórka. Zerkam, kto to. Mama Mikołaja, mojego pacjenta. „Panie doktorze, pomocy” – zaczyna. A mnie cierpieć skóra, bo domyślałam się, co zaraz usłyszę. „Jesteśmy w górach i syn dostał tężyczki” – kontynuuje. „Jedziemy na SOR”.

**Chwileczkę. Sprawdzam. „Tężyczka – stan, w którym z powodu niskiego poziomu wapnia dochodzi do zwiększonej pobudliwości połączeń nerwowo-mięśniowych, prowadzącej do bolesnych skurczów mięśni, drżenia oraz parestezji, czyli nieprzyjemnego mrowienia w okolicach ust, języka, dłoni i stóp”. Nie brzmi to strasznie.**

Mama Mikołaja zadzwoniła, bo obawiała się takiej reakcji, jak pańska na SOR-ze. I ja ją rozumiem. Bo, po pierwsze, kto w wakacyjny weekend może dyżurować w szpitalu?

## Rezydent, stażysta.

Dlatego, gdy chłopiec dotarł do szpitala, zadzwoniłem tam i przekazałem wskazówki, jak z nim postępować. Skończyło się happy endem. Interweniowałem, bo znam Mikołaja od lat. I widziałem, jak

przebiega u niego tężyczka. On opisuje ból, którego doznaje, jakby mu odrywano mięśnie od kości. Chłopiec dosłownie wył z bólu.

## Musi być ciężko chory.

Jest. Ale ani na pierwszy, ani nawet na drugi rzut oka tego nie widać. Sportowiec, gra na pianinie. Matematyk.

## Ale?

Trafił do nas jako sześciolatek. Z szeregiem powikłań, które wywołuje jego dolegliwość. Między innymi z zaćmą i zaawansowaną

Jeszcze niedawno mogliśmy łagodzić objawy. Dziś mamy lek, który naśladuje parathormon – i zmienia życie pacjentów nie do poznania

kamicą nerkową. Skierował go prof. Andrzej Lewiński, twórca naszej kliniki, która jest wyjątkowa, bo leczy zarówno dzieci, jak i osoby dorosłe. Mikołaj ma niedoczynność przytarczyc. To rzadka choroba. Rozpoznajemy ją od 6 do 12 razy na 100 tys. pacjentów. Niedoczynność przytarczyc może mieć różną etiopatogenezę.

Zazwyczaj jest wynikiem leczenia. Najczęściej zabiegów w obrębie szyi. Zdarza się po operacjach tarczycy, zabiegach laryngologicznych, naświetlaniach. Powikłanie po leczeniu jest przyczyną niewydolności przytarczyc w 75 proc. przypadków, natomiast w 25 proc. mamy do czynienia z chorobą wrodzoną, uwarunkowaną genetycznie – tak jest u Mikołaja. W pojedynczych przypadkach przytarczycy mogą być uszkodzone w procesie autoimmunologicznym. Można nawet oznaczać przeciwciała, które do tego prowadzą. Ale to nie jest powszechnie dostępne badanie.

## Przytarczycy produkują parathormon, którego nie można niczym zastąpić.

Właśnie dlatego niedoczynność przytarczyc jest ostatnią chorobą endokrynologiczną, w której nie ma dostępnego klasycznego leczenia substytucyjnego. Weźmy niedoczynność tarczycy. Pacjentom podajemy tyroksynę i choroba jest opanowana. W hipogonadyzmie to samo – trzeba podać testosteron u mężczyzn, estrogeny u kobiet. U pacjentów z niedoborem hormonu wzrostu podajemy hormon wzrostu. W niewydolności kory nadnerczy potrafimy podawać hydrokortyzon, mineralokortykosteroidy. Natomiast w niedoczynności przytarczyc takiego leczenia nie ma.

### ***I z chorymi są takie problemy jak z Mikołajem?***

Parathormon odgrywa z organizmie konkretną rolę. Jego zadaniem jest kontrola gospodarki wapniowo-fosforanowej. Jeżeli go zabraknie, mamy problem. Dochodzi do hipokalcemii i/lub hiperfosfatemii. Hipokalcemia prowadzi do objawów o różnym natężeniu. W postaci skąpobjawowej mogą wystąpić mrowienia, drętwienia, parestezje, czyli nienaturalne odczuwanie różnych bodźców. Ale najgroźniejsza jest właśnie tężyczka, bo ona może dotyczyć różnych mięśni. W przypadku mięśni kończyn wywołuje potworny ból. Taki, jaki obserwowałem u Mikołaja. Ale to raczej życiu nie zagraża. W przypadku silnych ataków boimy się czegoś innego. Ściśnięcia się mięśni tchawicy, oskrzeli albo naczyń wieńcowych czy mózgowych. To przekłada się na realne zagrożenie życia. Dlatego mama chłopczyka dzwoniła z wakacji z prośbą o pomoc. Bo wiedziała, że tężyczka jest stanem bezpośredniego zagrożenia życia i trzeba udzielić pomocy natychmiast. I że jest wskazaniem do pilnej hospitalizacji.

### ***A co się dzieje, kiedy jest zbyt dużo fosforu?***

Tu nie ma od razu spektakularnych zmian czy objawów. Proces trwa przez kilkanaście, nierzadko kilkadziesiąt lat. Przez ten czas fosforany wiążą wapń i wytrącają się jako nierozpuszczalne sole wapnia wszędzie, gdzie jest krew i płyny. Najczęściej depozyty powstają w nerkach i mózgu. Tak jest u naszego Mikołaja. Sole wapnia odkładają się również w ścianach naczyń. I okazuje się, że chorzy z przewlekłą niedoczynnością przytarczyc krócej żyją, bo mają większe ryzyko chorób nerek i większe ryzyko chorób układu sercowo-naczyniowego – stąd zagrożenie udarami i zawałami.

### ***Ale można tych pacjentów leczyć?***

Tradycyjne leczenie opiera się na dwóch filarach. Podajemy preparaty wapnia i hydroksylowane pochodne witaminy D. Dodatkowo stosujemy inne leki, jak preparaty magnezu albo dawki zwykłej witaminy D. Niekiedy także diuretyki



foto: archiwum prywatne

◀ *Tężyczka to nie tylko ból, to realne zagrożenie życia. A przez lata nie mieliśmy jak zastąpić hormonu, którego pacjentom najbardziej brakuje – podkreśla prof. dr hab. n. med. Arkadiusz Zygmunt*

Jeżeli hipotetycznie ma pan przewlekłą chorobę nerek, to może pan mieć hiperfosfatemie. Z podobnym problemem mierzą się pacjenci, którym brakuje parathormonu. Oni również często mają hiperfosfatemie. Skoro w naszej codziennej diecie jest tak dużo fosforu, trzeba coś z tym zrobić. Najprościej jest wyeliminować to, czego jest za dużo. Ale w życiu proste założenia nie zawsze daje się zrealizować. Całkowite wyeliminowanie produktów z fosforem z diety jest zadaniem niewykonalnym, bo fosforu jest dużo więcej, niż my potrzebujemy. On po prostu jest wszędzie.

### ***Skoro nie da się wyeliminować, może warto go chociaż ograniczyć?***

Pewnie. Można na przykład założyć prawidłowość, że im bardziej przetworzona żywność, tym więcej w niej fosforu. Te różnego rodzaju e-związki to zazwyczaj duże ilości związków fosforanowych, które są konserwantami, stabilizatorami, barwnikami... I faktycznie, jeśli diety opracuje odpowiednią dietę, to widzimy, że pacjenci lepiej się czują. Widzą, że warto zapłacić cenę rezygnacji z serka topionego czy coli, żeby zyskać większy komfort.

Ale jest coś jeszcze. Od lat wiedzieliśmy, że w niedoczynności przytarczyc upośledzona jest jakość życia. I jeszcze przed COVID-em to, na co narzekali nasi podopieczni, nazywaliśmy mgłą mózgową. Wydawało się nam, że w tym pojęciu mieści się wszystko i nic. Przecież każdy, kto pracuje, bywa po całym dniu zmęczony, a nawet trochę splątany, czegoś zapomniał. Można więc było powiedzieć: kto nie ma mgły mózgowiej? A skoro wszyscy mają, to co to za dolegliwość? Ale niedawno

***Ale zdaje się, że efekty farmakoterapii u pacjentów z niewydolnością przytarczyc można wspomóc dietą?***

przekonałiśmy się, że z mgłą coś musi być na rzeczy. Jakis czas temu na rynku pojawiły się nowe, niezwykle skuteczne leki. Pacjenci, którzy je dostali, są zachwyceni. Wszyscy jakby przejaśniali i mówią: „Matko, jak ja się wspaniale czuję. Dawno nie było mi tak dobrze”. I tak dzięki nowoczesnej farmakologii odkryliśmy na nowo, jak bardzo upośledzona bywa jakość życia pacjentów. Oni opowiadają nam o różnicy, której doświadczają, a my dosłownie przecieramy oczy.

### **Pewnie mało kogo na nie stać?**

Z racji tego, że one są bardzo nowatorskie, są zaporowo drogie i bez pomocy państwa są niedostępne dla Kowalskiego. Początkowo koszt terapii wynosił 40 tys. zł na miesiąc. Ostatnio lek stanął. Miesięczna terapia kosztuje jakieś 36 tys. zł. To nie jest preparat, który po kilku tygodniach uleczy człowieka, trzeba go przyjmować przewlekle. W tej chwili jest dostępny w ramach ratunkowego dostępu do technologii lekowych. Rewelacja i rewolucja. Jeszcze 5 lat temu nie miałem do zaoferowania chorym nic poza klasycznym leczeniem. A teraz jest lek, który działa. I to fantastycznie. Jest już przygotowany program lekowy i – miejmy nadzieję – w przyszłości preparat będzie szerzej stosowany. Jeśli tak się stanie, będziemy mieć lepsze wyrównanie wapnia i fosforu. To powinno się przełożyć na mniej powikłań ostrych związanych z tężyczką, ale również mniej powikłań odległych, związanych z odkładaniem się soli fosforanowych i soli wapnia.

### **Co to za substancja?**

To połączenie 1-34-PTH z glikolem metoksympolietylenowym. Po podaniu

podskórnym cząsteczka bardzo powoli się uwalnia i naśladuje własny parathormon. To jest leczenie substytucyjne hormonem. Myślę, że za 10 lat będzie coraz powszechniej stosowane, chyba że pojawią się jakieś nowe dane.

Za chwilę zaczyna się badanie kliniczne związane z rejestracją preparatu u nastolatków. Można powiedzieć, że jest z naukowego punktu widzenia formalnością. Znamy działanie substancji, ryzyko jest minimalne. Chodzi o to, żeby upewnić się, czy substancja działa u dzieci tak jak u dorosłych. W badaniu weźmie udział 15 ośrodków na świecie, w tym dwa z Polski. Jeden to

Nowoczesna terapia pozostaje na razie trudno dostępna, a jej koszt przekracza możliwości większości pacjentów

Klinika Endokrynologii i Chorób Metabolicznych działająca w łódzkim Instytucie.

### **Kogo szukacie?**

Mamy chorych, ale dzieci niebędące pod naszą opieką także mają szansę dostać się do badania. Będą w nim uczestniczyć nastolatki ze zdiagnozowaną niedoczynnością przytarczyc niezależnie od przyczyny. Może być po operacji albo genetyczna, ale ważne, by dziecko miało 12 lat i nie ukończyło 18. Badanie będzie trwało pół roku. Wszyscy dostaną lek. Badanie jest skierowane szczególnie do dzieci, które muszą przyjmować bardzo dużo wapnia albo alfadiolu lub kalcytriolu. One tego nie znoszą, to są duże tabletki, brzuch boli, męka. Firma zaplanowała, że wszyscy uczestnicy badania będą mieli zapewnione leczenie przez cztery lata. Mam nadzieję, że jak skończy się projekt, z pomocą państwa będziemy mogli kontynuować to nowoczesne leczenie. Mikołaj ten lek już dostał i czuje się fantastycznie. ●

**R**ADIATION Therapy TERMinology” to jedno z pierwszych na świecie badań analizujących wpływ języka na postrzeganie terapii onkologicznych, a zarazem pierwsze skoncentrowane wyłącznie na radioterapii. Projekt realizowany jest pod kierownictwem dr. Dominika Wawrzuty z Zakładu Radioterapii II NIO.

### **OD ANALIZY MEDIÓW DO GABINETU**

Inspiracją były wyniki wcześniejszej analizy zespołu dr. Wawrzuty, opublikowanej w 2024 r. w „Radiotherapy and Oncology”. Badacze prześledzili ponad sto lat publikacji „The New York Times”, sprawdzając, jak zmieniła się narracja wokół radioterapii.

Okazało się, że mimo ogromnego postępu technologicznego i rosnącej skuteczności leczenia radioterapia coraz częściej była przedstawiana w kontekście budzącym obawy. W materiałach o negatywnym wydźwięku dominowało słowo „radiation”, które w kulturze masowej kojarzy się z katastrofami nuklearnymi, bronią atomową czy skażeniem. Z kolei określenia „radiotherapy” czy „radiation therapy” częściej pojawiały się w przekazach informacyjnych lub naukowych.

To subtelne przesunięcie językowe skłoniło badaczy do postawienia pytania: czy podobny mechanizm działa także w rozmowie z pacjentem? W gabinecie, gdzie decyzje zapadają w warunkach stresu i niepewności, każde słowo może nabierać szczególnego znaczenia.

Zespół zaczął analizować, czy sposób opisywania radioterapii – dobór słów, metafor i porównań – wpływa na postrzeganie ryzyka i korzyści leczenia. Czy język może realnie oddziaływać na decyzję o podjęciu terapii, często kluczowej dla rokowania?

### **JAK BĘDZIE PRZEBIEGAĆ BADANIE?**

Projekt potrwa 12 miesięcy i obejmie około 3000 dorosłych uczestników – po 1500 w Polsce i w USA. Będzie to randomizowany eksperyment ankietowy przeprowadzony na reprezentatywnych panelach badawczych.

– Respondenci otrzymają opis tej samej sytuacji klinicznej, różniący się jedynie nazwą proponowanej terapii, a następnie odpowiedzą na pytania

### **BADANIE KLINICZNE**

W badaniu nad nowym lekiem będą uczestniczyć nastolatki ze zdiagnozowaną niedoczynnością przytarczyc niezależnie od przyczyny. Zapisy i informacje w Klinice Endokrynologii i Chorób Metabolicznych Instytutu „Centrum Zdrowia Matki Polki”.  
Tel. 271-11-41,  
e-mail: sek36@iczm.edu.pl

## PRAKTYKA LEKARSKA

# Radioterapia zaczyna się od słów

SYLWIA WAMEJ  
DZIENNIKARKA

W onkologii o skuteczności leczenia decydują nie tylko technologia i procedury, ale także język. To, jak lekarz mówi o radioterapii, może wpływać na poziom lęku pacjenta i jego decyzje terapeutyczne. Sprawdza to nowatorski projekt Narodowego Instytutu Onkologii w Warszawie.

dotyczące swoich odczuć, poziomu lęku, postrzeganego bezpieczeństwa oraz potencjalnych decyzji terapeutycznych – wyjaśnia dr Dominik Wawrzuta.

Uczestnicy zapoznają się ze standaryzowanymi opisami leczenia, w których zmieniane będą pojedyncze słowa, np. nazwa procedury. Dzięki temu możliwe będzie precyzyjne określenie, jak niewielkie różnice językowe wpływają na emocje i decyzje.

– Zmieniając pojedyncze wyrazy w prezentowanych treściach, precyzyjnie sprawdzimy, jak niewielkie różnice językowe wpływają na percepcję. Celem jest znalezienie języka, który pozwoli pacjentom podejmować decyzje w oparciu o fakty medyczne, a nie podświadomy lęk – podkreśla ekspert.

Pierwsze wyniki mają zostać opublikowane w maju lub czerwcu.

## DLACZEGO JĘZYK MA TAKĄ MOC

W psychologii i ekonomii od lat opisuje się zjawisko framingu – wpływu sposobu formułowania komunikatu na decyzje odbiorców. W onkologii ma ono szczególne znaczenie. Pacjent, który słyszy słowo kojarzące się z zagrożeniem, może odczuwać większy lęk, nawet jeśli obiektywne ryzyko jest niewielkie.

Radioterapia, choć jest jednym z filarów leczenia nowotworów, bywa obciążona stereotypami.

– W społeczeństwie promieniowanie kojarzy się z czymś szkodliwym, często w kontekście awarii elektrowni

atomowych czy broni nuklearnej – mówi dr Wawrzuta.

Jak przypomina, radioterapia rozwija się od czasów odkryć Marii Skłodowskiej-Curie i Wilhelma Roentgena i początkowo była opisywana z dużym optymizmem. Zmiana narracji nastąpiła w XXI wieku, gdy media – mimo

Jedno słowo może zmienić sposób,  
w jaki pacjent postrzega radioterapię  
– i czy się na nią zdecyduje

postępu technologicznego – zaczęły częściej akcentować ryzyko i sensoryjne aspekty leczenia.

– Nie jest to oczywiście jedyna przyczyna, jednak brak społecznej odpowiedzialności mediów i pogoń za sensacją sprawiają, że radioterapia może stać się jedną z ich ofiar – dodaje.

## KU LEPSZEJ KOMUNIKACJI

Współczesny pacjent funkcjonuje w środowisku, w którym rzetelne informacje mieszają się z uproszczeniami i dezinformacją. Szacuje się, że nawet 90 proc. pacjentów onkologicznych styka

się z przekazami niepełnymi lub wprowadzającymi w błąd.

– Negatywne przypadki częściej stają się tematami medialnymi, co może budować strach i wpływać na decyzje pacjentów – zauważa dr Wawrzuta.

Taki lęk może nasilać efekt nocebo – pogarszać komfort terapii, zwiększać stres i utrudniać współpracę z zespołem medycznym.

Celem projektu jest opracowanie praktycznych rekomendacji dotyczących rozmowy z pacjentami poddawanych radioterapii. Mają one ograniczać niepotrzebny stres, przeciwdziałać dezinformacji i wspierać świadome decyzje terapeutyczne.

– Projekt wpisuje się w szerszy nurt medycyny zorientowanej na pacjenta, w której skuteczność leczenia zależy nie tylko od technologii i procedur, lecz także od jakości komunikacji. Lepsze zrozumienie roli języka w medycynie może przyczynić się do budowania zaufania do terapii onkologicznych oraz poprawy doświadczeń pacjentów – podsumowuje dr Wawrzuta.

Badanie ma znaczenie nie tylko naukowe, ale i praktyczne – może realnie wpłynąć na codzienną pracę lekarzy i doświadczenia pacjentów. Bo czasem wystarczy zmienić jedno słowo, by zmienić sposób postrzegania całej terapii.

WYWIAD LEKAR(S)KI

# Lekarka na dyżurze. Matka bez przerwy

Nawet w środowisku lekarskim widzę brak zrozumienia, wiedzy i empatii – mówi **Katarzyna Czaplicka**, lekarka radiolog i matka 27-letniego syna z niepełnosprawnością sprzężoną genetycznie, w rozmowie z Marią Kłosińską.

**W** marcu skończyły się kadencje w okręgowych izbach lekarskich. Delegaci podsumowali mijającą kadencję i zdecydowali o kierunkach działań. Coraz częściej w tej debacie pojawiają się tematy związane z warunkami pracy i dobrostanem lekarzy. Czy powinniśmy włączyć do tych rozmów także doświadczenie lekarzy opiekujących się osobami z niepełnosprawnością?

Potrzeba jest ogromna. Problem ten powinien już dawno pojawić się w przestrzeni samorządowej. Opieka nad osobą niepełnosprawną powoduje bardzo duże obciążenie nie tylko czasowe i finansowe, ale też bardzo ogranicza możliwość pracy zarobkowej. Liczba godzin, które mogę poświęcić pracy, jest zależna od tego, jakie mam wsparcie przy opiece nad niepełnosprawnym synem.

Są różne niepełnosprawności, ale każda wymaga czasu, zajęć, terapii, przywożenia, odwożenia. Wymaga to zgrania wszystkiego z życiem rodziny. Mój mąż pracuje w systemie zmianowym i wkomponowanie w to mojej pracy, tak żebym mogła funkcjonować, mojej nauki zarówno do specjalizacji, jak i w celu stałego dokształcania się, licznych zajęć terapeutycznych syna oraz znalezienie przestrzeni dla młodszego syna, wymaga wysiłku organizacyjnego, fizycznego i psychicznego.

Bardzo lubię moją pracę, ale to, że mogłam ją wykonywać, zależało również od wsparcia kolegów w pracy, którzy rozumieli sytuację i nie mieli pretensji, że się spóźnię, bo syn dostał napadu padaczkowego. Przez wiele lat syn budził się z krzykiem od kilku do kilkunastu razy w ciągu

nocy. Chodziliśmy na rzesach. Gdy tylko była przestrzeń na pół godziny snu, jedno z nas się kładło, inaczej nie da się funkcjonować. To wszystko ogranicza swobodę pracy, a nawet możliwość zwykłego wyjścia z domu czy rozmowy bez pośpiechu.

**Co dziś – z Twojej perspektywy – jest najbardziej potrzebne, żeby lekarz w takiej sytuacji mógł funkcjonować i pracować? Jakie rozwiązania mogłyby pojawić się w działaniach samorządu lekarskiego dla lekarzy opiekujących się osobą niepełnosprawną?**

To jest wielowymiarowy problem. Żeby zapewnić dziecku rehabilitację, terapię, logopedię, integrację sensoryczną i zajęcia edukacyjne, potrzebne są pieniądze. Są też koszty codzienne. Mój syn jest na diecie bezmlecznej, bezglutenowej, bez soi. Produkty bezglutenowe są często dwukrotnie droższe niż standardowe. Pomoc organizowana przez państwo często jest uzależniona od dochodu, a te wydatki nie są widoczne. Normalna rodzina wydaje zdecydowanie mniej niż rodzina z osobą z niepełnosprawnością.

To także konieczność posiadania samochodu, bo część dzieci nie jest w stanie jeździć komunikacją dla osób z niepełnosprawnościami. Bardzo ważna jest też możliwość znalezienia chwili odpoczynku, mając świadomość, że dziecko jest bezpieczne, zaopiekowane, zadbane. A dla mnie jako lekarza wyjazd na konferencję to nie tylko opłata za udział, nocleg i dojazd, ale też konieczność

zapłacenia opiekunce, bo druga osoba w rodzinie musi dalej pracować.

Największą potrzebą jest jednak wypoczynek, niemartwienie się o syna, zapewnienie mu aktywności ruchowej, socjalizacji itd., którym ja nie jestem już w stanie sprostać z powodu zmęczenia, wypalenia czy nawet gorszej kondycji fizycznej i zdrowotnej.

**Czy w środowisku lekarskim spotykasz się ze zrozumieniem, czy jednak częściej z przekonaniem, że wszyscy mamy trudno i każdy musi sobie radzić sam?**

Różnie. Spotkałam się z bardzo przykrymi sytuacjami, ale też z ogromną empatią i zrozumieniem. Nauczyłam się wybierać tych lekarzy, którzy wiedzą, o czym mówię, są otwarci na współpracę i poszukiwanie rozwiązań. Ale nadal jest problem ze zrozumieniem. Nawet w sytuacjach prostych, gdy proszę, żeby nie stosować danego leku, bo dziecko źle go toleruje, słyszę, że na pewno nie po tym. A ja wiem, że po tym, bo widziałam to wielokrotnie. Brakuje wiedzy o tym, jak funkcjonują organizmy, zwłaszcza w przypadku osób z mutacjami genetycznymi, jak reagują na ból, poczucie głodu czy dyskomfortu, na leki. Jak trudne, a czasem wręcz niemożliwe, jest wytłumaczenie takiej osobie, że to, co robimy, jest dla jej dobra. Pokazuje to, że nawet w środowisku lekarskim brakuje wiedzy albo uważności.

**Kiedy mówi się o lekarzu, myślimy o osobie, która pomaga innym. W Twoim przypadku rola ta spleta**

► Największą potrzebą jest chwila odpoczynku bez lęku o bezpieczeństwo dziecka – opowiada Marii Kłosińskiej **Katarzyna Czaplicka** (z prawej), matka 27-letniego syna z niepełnosprawnością

**się z bardzo intensywnym doświadczeniem prywatnym, codzienną opieką. Czy to zmieniło sposób, w jaki patrzysz na pacjentów i ich rodziny?**

Mam wiedzę, która pozwala mi interpretować zachowania. Jeżeli dziecko, które nie było agresywne, nagle zaczyna reagować agresją, dla mnie to sygnał, że coś się dzieje. Może coś go boli, może coś mu przeszkadza. Osoby z niepełnosprawnościami reagują inaczej, np. dziecko może bić się po brzuchu, kiedy brzuch boli. Mój syn miał bardzo wysokie próg bólu, mógł chodzić ze złamaną nogą. Rozumiem rodzica, który przychodzi zdenerwowany. Wiem, ile razy mógł wcześniej zostać zignorowany.

**W Polsce dużo mówi się o rodzicach dzieci z niepełnosprawnościami, znacznie rzadziej o lekarzach, którzy są w takiej roli. Czy ta sytuacja niesie jakieś szczególne paradoksy?**

Jesteśmy uprzywilejowani, bo mamy wiedzę medyczną. Możemy się zagłębić w temat, nie damy się łatwo zbyć. Ale ta wiedza jest okupiona ogromnym doświadczeniem. Ale znam rodziców spoza medycyny, którzy w niektórych obszarach wiedzą więcej niż niejeden lekarz, bo życie ich tego nauczyło.

**Jak doświadczenie wieloletniej opieki nad osobą z niepełnosprawnością zmienia sposób, w jaki patrzysz na system ochrony zdrowia? Mam na myśli zarówno dostępność świadczeń, jak i organizację wizyt oraz podejście do pacjenta.** Widzimy bardzo wyraźnie brak zrozumienia i brak popularnych szkoleń dla lekarzy w tym zakresie. Nie bierze się pod uwagę specyfiki funkcjonowania osób z niepełnosprawnościami. Na NFZ często nie ma na to czasu albo trudno go wygospodarować. Nawet takie rzeczy jak kolejka do lekarza mogą być nie do przejścia. Dziecko się dekompensuje, nie da się go zbadać i w efekcie problem zdrowotny nie jest rozwiązany. Zdarza się, że trzeba zrezygnować z wizyty, bo sytuacja wymyka się spod kontroli. To powoduje pogłębianie problemów zdrowotnych chorego. System często nie uwzględnia też tego, jak różne są niepełnosprawności. Potrzebna jest elastyczność i gotowość do współpracy z opiekunem, który zna pacjenta



fot.: A. Boguski

najlepiej. Trzeba zmienić sposób myślenia, ale żeby to zmienić, trzeba o tym mówić.

**Czy wśród lekarzy rodziców osób z niepełnosprawnościami istnieje poczucie wspólnoty i wzajemnego wsparcia?**

Jesteśmy tak zapracowani, że nie mamy na to przestrzeni. Częściej rozmawiam przez telefon, niż spotykam się na kawę. Życie wygląda tak, że wracam do domu, czasem robię zakupy. Często przygotowuję obiady na zapas i je mrozę. Syn funkcjonuje na poziomie 3–4-letniego dziecka, więc wymaga całodobowej opieki: wykąpania, nakarmienia, pomocy w toalecie. Różnica polega na tym, że 4-letnie dziecko jest małe i łatwiejsze do opanowania, a 27-letni mężczyzna ma znacznie większą siłę.

**Podczas ubiegłorocznego Kongresu Matek Lekarek odbyło się spotkanie przedstawicieli samorządu z lekarkami obciążonymi obowiązkami opiekuńczymi. Jednym z jego efektów jest uruchomienie pilotażowego programu opieki wytchnieniowej przez OIL w Warszawie. Równoległe Fundacja Matki Lekarki prowadzi działania poprzez sprzedawanie cegiełek fundacyjnych, aby wesprzeć finansowanie turnusów wytchnieniowych dla lekarzy spoza tych programów, z innych izb. Jak oceniasz takie działania?**

To bardzo dobre kierunki. Po pierwsze, dlatego że zaczynamy o tym mówić, a o trudnych sprawach ciężko jest mówić. Część osób nie miała styczności z takimi sytuacjami, bo lekarzy uczy się czegoś innego. To pokazuje, z czym się mierzymy.

Często ktoś widzi tylko efekt, na przykład spóźnienie do pracy, a nie widzi całego kontekstu. To nie dotyczy tylko rodziców dzieci z niepełnosprawnością. Są różne sytuacje, są osoby opiekujące się dorosłymi, rodzicami, partnerami. To wszystko bardzo ogranicza swobodę możliwości pracy i funkcjonowania. Opieka wytchnieniowa powinna być różna, bo różne są potrzeby. Dla jednych dobre będą krótkie formy wsparcia, dla innych wyjazdy. Są też osoby, które mają obawy, żeby zostawić dziecko pod opieką nieznanej osoby. Program w OIL w Warszawie zakłada sprawozdanie Radzie lub Zjazdowi, by móc poddawać go ocenie i poznać prawdziwą skalę zapotrzebowania. Będzie to okazją do porównania możliwości samorządu względem potrzeb tej grupy lekarzy. To pilotaż na dwa lata.

**Co jest dziś dla Ciebie najważniejsze?**

Mówienie o tym i pokazywanie tego. Bo zobaczyć na własne oczy to coś zupełnie innego, niż usłyszeć. Dopiero wtedy widać, z czym dana osoba się mierzy. Problem nie dotyka jedynie opiekunów. Mój syn też cierpi i nie chce się tak zachowywać. Dlatego tak ważne jest, żeby szukać rozwiązań realnych i dopasowanych do różnych sytuacji. ●



◀ Cała rozmowa do obejrzenia w serwisie YouTube

NIL NA SZYBKO

# I tylko pacjentów szkoda...

NFZ wprowadza nowe zasady rozliczania nadwykonań.  
I nawet nie kryje, że robi to, bo... lekarze na kontraktach  
za dużo zarabiają.

JAKUB KOSIKOWSKI  
RZECZNIK NACZELNEJ IZBY  
LEKARSKIEJ



**N**a początek krótko o sprawach samorządowych. W związku z bezczynnością Krajowej Komisji Wyborczej – osiem miesięcy bez zebrania mimo trwających wyborów do izb – na posiedzeniu zwołanym na wniosek upoważnionej pisemnie wiceprzewodniczącej doszło do zmiany prezydium Komisji. Wbrew temu, co pojawiło się w przestrzeni publicznej, nie doszło do żadnego podmienienia jej członków, komisja nadal działa w tym samym, wybranym przez KZL, dwudziestoosobowym składzie. Dzięki jej uchwałom wybraliśmy w ciągu ostatniego miesiąca nowych prezesów, rzeczników, sądy czy rady okręgowe i delegatów na Zjazd Krajowy. Wszystkim wybranym pragnę złożyć najszersze gratulacje. Pozostaje się cieszyć, że po szumnych wypowiedziach medialnych wszyscy prezesi uznali uchwały KKW za obowiązujące, wzięli udział w wyborach i zaakceptowali ich wyniki.

Tego chyba jednak nikt się nie spodziewał, dlatego proszę o uwagę koleżanki i kolegów pracujących „na NFZ”. Fundusz wprowadza nowe zasady rozliczania nadwykonań, a mówiąc wprost – przywraca limity. Obecnie nadwykonania

w badaniach kosztochłonnych – CT, MR, endoskopia oraz w AOS są rozliczane co kwartał i w kwocie 100 proc. Po zmianach będzie to po pierwszym kwartale kolejnego roku i w kwocie 40 proc. Realnie żadne z tych świadczeń nie ma marży 60 proc., więc po prostu ponad limit nie będą wykonywane. Niesamowite jest uzasadnienie zmian: 80 proc. lekarzy, którzy je wykonują, jest na kontraktach B2B i za dużo zarabia. Postanowiono więc ukarać lekarzy, ograniczając liczbę przyjmowanych pacjentów. No cóż, im gorzej na NFZ, tym lepiej prywatnie. Tylko pacjentów szkoda.

Na koniec: w dniach 26-30 sierpnia w COS Celniewo odbędą się XXIII Igrzyska Lekarskie. Wstuchaliśmy się w głosy lekarzy – rodziców młodzieży szkolnej i postanowiliśmy dać szansę pojechać rodzinom na igrzyska w pełnym składzie. Mamy nadzieję, że to sportowe, łączące pokolenia święto wszystkich lekarzy będzie dobrą okazją do integracji i zdrowej sportowej rywalizacji. Do zobaczenia nad Bałtykiem! ●

O TYM SIĘ MÓWI

## Bezpieczny medyk

**P**rzestawiciele NRL 27 lutego w Krakowie wzięli udział w posiedzeniu Parlamentarnego Zespołu ds. Bezpieczeństwa Medyków. Spotkanie zorganizowano w niecały rok po tragicznej śmierci dr. Tomasza Soleckiego, specjalisty ortopedii, zamordowanego w Szpitalu Uniwersyteckim w Krakowie. Obrady poprzedziło uczczenie pamięci zmarłego, w którym uczestniczyły delegacje Senatu, Ministerstwa Sprawiedliwości oraz samorządów zawodów medycznych. Tematem przewodnim posiedzenia, zainicjowanym przez przewodniczącą zespołu senator Agnieszkę Gorgoń-Komor, było założenie, że „bezpieczny medyk to bezpieczny pacjent”. Uczestnicy spotkania, w tym wiceprezes NRL Klaudiusz Komor i sekretarz Grzegorz Wrona, przedstawili wnioski oraz podsumowali działania podjęte po tragicznych wydarzeniach sprzed roku, które wstrząsnęły środowiskiem medycznym.

## NRL popiera szpitale

**P**rezydium NRL poparło protest szpitali. W swoim stanowisku eksperci NIL podkreślili: „Sytuacja szpitali, zwłaszcza szpitali wykonujących podstawowe świadczenia zdrowotne, systematycznie ulega pogorszeniu. Zadłużenie szpitali przekracza 25 mld zł, a niezapłacone nadwykonania za świadczenia zdrowotne wykonane w szpitalach sięgają kwoty 4,5 mld zł. Brak terminowej zapłaty za wykonane świadczenia skutkuje dramatycznym pogorszeniem sytuacji finansowej szpitali i ograniczeniem ich płynności finansowej. Nie do przyjęcia jest motywowanie faktu braku zapłaty za wykonane świadczenia zdrowotne tym, że są to świadczenia limitowane, gdyż większość świadczeń zdrowotnych wykonywanych w szpitalach I i II poziomu zabezpieczenia to świadczenia pilne i ratujące życie, ale przede wszystkim są to świadczenia wykonane w wyniku rzeczywistych potrzeb pacjentów. Wprowadzenie systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej miało na celu z jednej strony zapewnienie pacjentom równego dostępu do świadczeń zdrowotnych, a z drugiej strony zapewnienie szpitalom stabilnego finansowania. Tymczasem od kilku lat rośnie przepaść finansowa pomiędzy szpitalami

wykonującymi procedury wysokopłatne i świadczenia specjalistyczne a szpitalami wykonującymi podstawowe procedury”.

## Opieka nad pacjentem

**N**IL nawiązało porozumienie ramowe o współpracy z Narodowym Instytutem Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji im. prof. dr hab. med. Leonora Reicher (NIGRiR). Dokument został podpisany przez prezesa NIL Łukasza Jankowskiego oraz dyrektora Instytutu Izabelę Marcewicz-Jendrysik. Planowane jest wystąpienie do Ministerstwa Zdrowia w sprawie zmiany załącznika do rozporządzenia ministra zdrowia z 13 czerwca 2023 r. w sprawie umiejętności zawodowych lekarzy i lekarzy dentyków, dotyczącego listy umiejętności zawodowych. Propozycja zakłada rozszerzenie obowiązującego wykazu o kolejne kompetencje, w szczególności o całościową ocenę geriatryczną oraz stomatologię geriatryczną. Równoległe w ramach środków europejskich z programu FERS podjęto już konkretne działania. Na obecnym etapie do projektu została oficjalnie zgłoszona całościowa ocena geriatryczna jako umiejętność przewidziana do uwzględnienia w systemie kształcenia.

## Podwójna specjalizacja

**W**nawiazaniu do przedstawionych przez Ministerstwo Zdrowia propozycji zmian kształcenia podplomowego lekarzy i lekarzy dentyków, które obejmowały także ułatwienia w dostępie do specjalizacji przez możliwość otwarcia drugiej specjalizacji w trybie rezydenturkim dla lekarzy posiadających specjalizację, w których w sposób szczególny odczuwany jest niedobór kadry, Prezydium NRL wskazuje, że zasadna byłaby zmiana obecnie obowiązującego art. 16ea ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry. Przepis ten mówi, że rezydenturę może odbywać wyłącznie lekarz nieposiadający I lub II stopnia specjalizacji lub tytułu specjalisty. Wobec braków kadrowych w wielu specjalizacjach lekarskich istnieje potrzeba stworzenia systemowej zachęty do wybierania przez młodych

lekarzy takich specjalizacji, które są kluczowe z punktu widzenia działania całego systemu opieki zdrowotnej w Polsce. Obecnie istniejące mechanizmy zachęty w postaci np. wyższego wynagrodzenia zasadniczego dla lekarzy rezydentów odbywających specjalizację w dziedzinach priorytetowych okazały się niewystarczające. Zasadne byłoby poszerzenie dostępu do specjalizacji w ramach rezydentury w taki sposób, aby każdy lekarz mógł rozpocząć drugą specjalizację w trybie rezydenturkim, pod warunkiem jednak, że co najmniej jedna z tych specjalizacji byłaby w dziedzinie uznanej za priorytetową – pisze Prezydium NRL.

## KKW wznowiła pracę

**N**IL poinformowała o posiedzeniu Krajowej Komisji Wyborczej, w którym udział wzięła ponad połowa członków, co stanowi kworum. W głosowaniu uzupełniono skład Prezydium KKW. Przewodniczącą KKW została Mery Topolska-Kotulecka, zastępcą przewodniczącego Jacek Sowiński, a sekretarzem Grzegorz Wrona. Powołano również dwie członkinie Prezydium – Wioletę Szafrąnską-Kocun i Marię Szuber. Krajowa Komisja Wyborcza przyjęła plan posiedzeń do końca kadencji, uwzględniając wszelkie obowiązki proceduralne wynikające z kalendarza wyborczego.

## Optymalna wycena procedur

**P**odczas tegorocznej konferencji Pulsu Medycyny „Wyzwania Zdrowotne 2026” prezes NRL Łukasz Jankowski w ramach panelu „Wyzwania prywatnej opieki zdrowotnej – jak budować współpracę z systemem publicznym” podzielił się swoimi doświadczeniami i spostrzeżeniami na temat roli sektora prywatnego w kształtowaniu skutecznej i harmonijnej współpracy z podmiotami publicznymi. Poruszył kluczowe kwestie związane z wyzwaniem i szansami, jakie niesie za sobą partnerstwo między

prywatnym i publicznym sektorem opieki zdrowotnej, wymieniając konieczność zwiększenia finansowania i elastyczności.

### MÓWIĄ O NAS

## Rekordowe zarobki

**W** rozmowie z „Gazetą Wyborczą” prezes NRL Łukasz Jankowski komentował doniesienia o rekordowych zarobkach lekarzy. – Ujawnienie dokładnych danych nie jest w interesie zarządzających szpitalami. Problemem nie są jednak zarobki, ale system. Mapy potrzeb zdrowotnych nie działają, jeśli po dwóch stronach ulicy są szpitale, które mają różnych właścicieli, ale te same oddziały i rywalizują o tę samą kadrę – mówił.

## Lekarz jak funkcjonariusz

**W** wywiadzie dla portalu Podyplomie.pl wiceprezes NRL Klaudiusz Komor mówił o kolejnych postulatach samorządu dotyczących zapewnienia bezpieczeństwa medykom.

– Naszym kolejnym postulatem jest rozszerzenie ochrony przynależnej medykowi jako funkcjonariuszowi publicznemu niezależnie od tego, czy działa w ramach finansowania ze środków publicznych – powiedział.

## Zdrowe zęby

**P**aweł Barucha, wiceprezes NRL, w rozmowie z „Dziennikiem Gazetą Prawną” zwraca uwagę, że brak troski o zęby ma daleko idące konsekwencje i dla Polaków, i dla systemu ochrony zdrowia. – Niestety całe pokolenie Polaków nabrało przekonania, że do dentystry trzeba chodzić tylko wtedy, kiedy ma się czarne zęby, a nie po to, żeby zachować zdrowie całego organizmu – dodał.

## OŚRODEK KSZTAŁCENIA

# Milion chorych, a wiedzy zbyt mało

Leczenie ran przewlekłych w Polsce wciąż pozostaje na marginesie systemu. Brakuje zarówno systemowych rozwiązań, jak i odpowiedniego kształcenia lekarzy. O potrzebie pilnych zmian mówi **dr n. med. Przemysław Lipiński**, prezes Polskiego Towarzystwa Leczenia Ran, w rozmowie z Lucyną Krysiak.

**L**eczenie ran wymaga rzetelnej wiedzy oraz manualnych umiejętności. Czy lekarze je posiadają, czy jest to dla nich zagadnienie akademickie?

Nauka o ranach jest taką samą gałęzią medycyny jak każda inna. Aby być dobrym specjalistą, trzeba stale aktualizować wiedzę – dotyczy to także leczenia ran. Tymczasem w Polsce mamy około miliona pacjentów z ranami trudno gojącymi się, a edukacja lekarzy w tym zakresie jest głęboko niedostateczna.

Temat ten jest pomijany w programach studiów, kształceniu podyplomowym i specjalizacyjnym. Jeśli już się pojawia, to najczęściej w kontekście powikłań pooperacyjnych i przy okazji niektórych chorób – i to w sposób pobieżny, mało przydatny w praktyce.

Rany trudno gojące się o różnej etiologii, występujące jako oddzielne jednostki chorobowe albo jako ważny element obrazu innych schorzeń, np. reumatologicznych, naczyniowych czy cukrzycy (stopa cukrzycowa), są przez system opuszczone. W przypadku około 200 tys. chorych ze stopą cukrzycową śmiertelność 5-letnia przekracza 30 proc. – to wynik gorszy niż w wielu nowotworach złośliwych. Mimo to w Polsce wciąż brakuje systemowego podejścia do tego problemu.

Polskie Towarzystwo Leczenia Ran od lat postuluje utworzenie oddziałów leczenia stopy cukrzycowej w każdym województwie. Ich standardem powinno być zespołowe leczenie prowadzone przez diabetologa i chirurga. Takie ośrodki prędzej czy później muszą powstać, staną się one też centrami edukacji medyków i PTLR prowadzi intensywne szkolenia lekarzy i pielęgniarek, aby zabezpieczyć dla nich kadry.

**Powołanie ośrodków leczenia ran w każdym województwie to jednak kosztowne przedsięwzięcie.**



for.: archiwum prywatne

Nieleczenie ran przewlekłych, w tym stopy cukrzycowej, kosztuje więcej niż ich leczenie. Pacjenci przez lata korzystają z refundowanych opatrunków, maści, leków, są wielokrotnie hospitalizowani, co generuje ogromne wydatki. Często są też wykluczeni zawodowo. Skuteczne leczenie nie tylko poprawia jakość ich życia, ale również znacząco obniża koszty dla systemu.

## Jakie działania podejmuje PTLR w zakresie edukacji?

Towarzystwo opracowuje wytyczne dotyczące leczenia różnych typów ran oraz wdraża rekomendacje międzynarodowe. Regularnie organizuje warsztaty – około siedmiu rocznie – w których uczestniczą lekarze i pielęgniarki.

W leczeniu ran kluczowe są nie tylko wiedza, ale i umiejętności praktyczne. Na przykład w terapii stopy cukrzycowej trzeba umieć wykonać syntetyczną huskę pełnokontaktową. Dlatego szkolenia mają charakter praktyczny i kończą się egzaminem oraz certyfikatem potwierdzającym kompetencje lekarza do leczenia określonego typu ran. Podobne certyfikaty będziemy

◀ *Od lat postulujemy utworzenie oddziałów leczenia stopy cukrzycowej w każdym województwie – uważa dr n. med. Przemysław Lipiński*

wydawać pielęgniarkom, których rola w pracy zespołowej z raną jest olbrzymia.

Jeszcze w tym roku chcemy stworzyć mapę specjalistów legitymujących się takimi certyfikatami, aby można było do nich kierować pacjentów, a w przyszłości – mam nadzieję – także mapę ośrodków leczenia ran przewlekłych i stopy cukrzycowej. Liczymy, że Ministerstwo Zdrowia i NFZ powołają takie ośrodki, a my zapewnimy im kształcenie wykwalifikowanych kadr, skoro tego wyzwania nie podjęły uczelnie.

## Czy lekarze są zainteresowani takimi szkoleniami?

Zainteresowanie jest bardzo duże. Lekarze różnych specjalności na co dzień spotykają się z problemem trudno gojących się ran, ale często – z powodu ograniczeń systemowych i braków kompetencyjnych – pozostają wobec niego bezradni. Ten milion chorych z trudno gojącymi się ranami w desperacji szturmuje lekarzy rodzinnych, chirurgów ogólnych, naczyniowych, diabetologów, dermatologów, ale zbyt często nie otrzymuje skutecznej pomocy.

Współpraca PTLR z Ośrodkiem Szkolenia NIL zaowocowała licznymi szkoleniami i webinariami, z których skorzystało już ponad tysiąc lekarzy. W 2026 r. planowany jest nowy, rozszerzony cykl szkoleń – będzie realizowany od maja do sierpnia. ●

- 1.04.2026, 16:00-18:00 – Lekarz na własny rachunek – krok po kroku o prowadzeniu działalności gospodarczej.
- 2.04.2026, 18:00-20:00 – Aulizm i choroby współistniejące u dorosłych – jak rozpoznawać, nie przeoczyć i właściwie leczyć.
- 9.04.2026, 18:00-21:00 – Ryczałt vs skala vs liniowy – jak wybrać najlepszą formę opodatkowania?
- 10.04.2026, 16:00-20:00 oraz 11.04.2026, 9:00-12:00 – Wprowadzenie do pracy z tomografią stożkową dla stomatologów.
- 13.04.2026, 16:00-18:00 – Aspekty prawne przyjmowania pacjentów małoletnich.
- 15.04.2026, 18:00-20:00 – Lekarz jako manager zespołu medycznego – praktyczne kompetencje przywódcze.
- 20.04.2026, 18:00-20:00 – Elementarz adhezyjnych procedur, czyli jak pracować i polimeryzować materiały kompozytowe tak, aby dawały długoterminowy efekt kliniczny w stomatologii zachowawczej oraz protetyce.
- 22.04.2026, 18:00-20:00 – Feedback, który rozwija. Jak udzielać informacji zwrotnej w sposób motywujący, budujący relacje i odpowiedzialność w zespole.
- 23.04.2026, 9:00-15:00 – Obrazowanie 2D w stomatologii.
- 23.04.2026, 18:00-20:00 – Stomatologia dziecięca: postępowanie u dzieci wymagających szczególnej opieki – pacjenci przewlekle chorzy, z wadami serca, immunosupresją, po transplantacjach.
- 27.04.2026, 16:00-18:00 – Przemoc pacjenta? Reaguj skutecznie i zgodnie z prawem.

### SZKOLENIA ORGANIZOWANE Z PARTNERAMI

- 1.04.2026, 18:00-20:00 – Zdarzenia niepożądane w szpitalach.
- 7.04.2026, 18:00-20:00 – Fundusz Kompensacyjny Zdarzeń Medycznych – przegląd dotychczasowych zgłoszeń do Rzecznika Praw Pacjenta.
- 8.04.2026, 16:00-18:00 oraz 9.04.2026, 16:00-18:00 – Prawne uwarunkowania ochrony radiologicznej w jednostkach ochrony zdrowia wykorzystujących promieniowanie jonizujące do celów medycznych w praktyce lekarzy dentyków.
- 8.04.2026, 18:00-20:00 – Tajniki diagnostyczne programu Moje Zdrowie.
- 13.04.2026, 18:00-20:00 – Neuroosteoartropatia Charcota – tajemnicze schorzenie u diabetyków. Jak zapobiec amputacji kończyny?**
- 14.04.2026, 16:00-18:00 – Stosowanie przymusu bezpośredniego wobec pacjenta w myśl ustawy o ochronie zdrowia psychicznego.
- 15.04.2026, 16:00-18:00 – PFAS, czyli „wieczne chemikalia”: nowe regulacje REACH i ich konsekwencje dla zdrowia populacji.
- 16.04.2026, 16:00-18:00 – Indywidualne zaopatrzenie ortopedyczne integralną częścią procesu rehabilitacji.
- 17.04.2026, 17:00-18:00 – Fakty i mity związane z diagnostyką HIV.
- 17.04.2026, 18:00-20:00 – Stosowanie przymusu bezpośredniego wobec pacjenta w myśl ustawy o ochronie zdrowia psychicznego.
- 20.04.2026, 16:00-18:00 – Zdarzenia niepożądane w szpitalach.
- 21.04.2026, 16:00-18:00 – Symptomy krzywdzenia i mechanizmy psychologiczne towarzyszące przemocy domowej.
- 22.04.2026, 16:00-18:00 – Fundusz Kompensacyjny Zdarzeń Medycznych – przegląd dotychczasowych zgłoszeń do Rzecznika Praw Pacjenta.
- 24.04.2026, 18:00-20:00 – Diagnostyka „odstającej łopatki” / Mononeuropatie rzadziej występujące – ciąg dalszy.
- 29.04.2026, 18:00-20:00 – Dermataskopia podstawowa.

### WTORKI Z INNOWACJAMI

- 7.04.2026, 16:00-18:00 – Zintegrowana onkoprewencja w ścieżce hybrydowej: ocena ryzyka i prowadzenie pacjenta z technologią cyfrową.
- 14.04.2026, 18:00-20:00 – Wyroby medyczne. Co musisz wiedzieć o MDR, CE oraz ISO?
- 21.04.2026, 18:00-20:00 – CYTOMAMMOBUS – nowoczesny mobilny gabinet dla badań kobiet z utrudnionym dostępem.
- 28.04.2026, 18:00-20:00 – Ocena efektów wdrożenia innowacji.

### SZKOLENIA STACJONARNE

- 10.04.2026, 9:00-15:00 – Podejmowanie decyzji w zespole medycznym.
- 23.04.2026, 9:00-15:00 – Komunikacja międzypokoleniowa. Jak budować mosty w zespołach medycznych?

Zapisy na szkolenia:

[www.nil.org.pl/dla-lekarzy/kursy-i-szkolenia](http://www.nil.org.pl/dla-lekarzy/kursy-i-szkolenia)



[szkolenia@nil.org.pl](mailto:szkolenia@nil.org.pl)



(22) 559 13 00 wew. 507



EPIKRYZA (156)

# Jednego serca

Po wyborze władz mojego okręgu wspominałem epizod sprzed 16 lat, gdy zostałem przewodniczącym izby lekarskiej w Płocku. Był pozjazdowy poniedziałek. Jechałem samochodem bez zestawu głośnomówiącego, gdy zadzwonił telefon, a ja, nie bacząc na konsekwencje, odebrałem połączenie. Myślę, że każdy z 24 nominatów ówczesnego Konwentu, zrobił to samo. Dzwonił prezes NRL. Zanim przyszło listem oficjalne pismo, usłyszałem słowa: gratuluję i zapraszam. To nie była tylko kurtuazja, ale szanowanie.

**K**iedy przyszedłem do dyrektorskiego sekretariatu w pierwszym dniu rozpoczynającego się właśnie stażu, niepokoiłem się sytuacją, że jednocześnie spóźnię się na odprawę w oddziale dziecięcym. Wieść gminna niosła, że ordynator nie lubił, gdy podczas porannego odpytywania dyżurantów nie było zespołu w komplecie. Naczelnym, otwierając drzwi swojego gabinetu, zakładał fartuch i zamiast kiwnąć, abym wszedł do niego, zagarnął mnie w kierunku wyjścia. Szybkim tempem przemierzaliśmy korytarze i klatki schodowe, by po kilku minutach stanąć w progu pokoju pediatrów. Wszyscy jak w szkolnej klasie niezależnie od wieku wstali. „Przepraszam, że przerywam, przedstawiam wam nowego koleżę, który chce być jednym z was. Zajmijcie się nim jak najlepiej”.

Kończąc projekty artystyczne i konferencyjne, kiedy milkną brawa, gasną światła ramp i reklamowe torby zaśmiecają opustoszałe sale wykładowe, zbieram zaangażowanych w pracę i gadam, zanim wszyscy pobiegną do swoich spraw. Lubię ten moment omówienia, gdy mogę każdemu podziękować, nie unikając jednak wytykania błędów – serdecznym palcem oczywiście. Takie spotkania natychmiast rozładowują napięcia. Nawet z najbardziej udanego wydarzenia można przecież wyciągnąć naukę. Z drugiej strony, jeśli coś poszło nie tak, szybkie mierzenie się z porażką stwarza szansę na odrodzenie i ucieczkę przed frustracją. Oglądanie się do tyłu ma znaczenie tylko w dwóch wypadkach: zachwyty nad umiejętnościami poprzedników i uniknięcia refrenu potknięć.

Finałem wszelkich spotkań jubileuszowych, naukowych, kulturalnych niemal zawsze jest jedzenie. Stół z obrusem,

JAROSŁAW WANECKI  
PEDIATRA, FELIETONISTA



do zasiadania lub wysoki dla stojących. Wspólnota w czasie posiłku łączy rodziny i korporacje, stwarza okazję do rozmowy, anegdoty, śmiechu i krótkich pięć, rozładowujących zmianą tematów. Przy stole zawiązują się znajomości, a nawet przyjaźnie. Do stołu można się przysiąść, przedstawić się wszem obecnym i zaistnieć. Rozgadany stępną dania. Zawstydzeni ukrywają wzrok w talerzu. Biesiadnicy dzielą się sobą, odkrywając nie tylko smaki, ale także karty planów, żalów i zarysu osobowości.

Tradycją mojej izby jest wręczanie pióra wiecznego przez ustępującego prezesa prezesowi elektowi, aby dobrze podpisywało się dokumenty i aby w tej sygnaturze była ciągłość sensów, choć każdy ma inny charakter pisma. Zamaszysta parafa czy wyczelowany autograf są czasem jedynym łącznikiem między samorządową władzą i lekarzami, którzy w większości nie zauważają nawet wyborów, frakcyjnej kłótni, walki o wpływy, debat o niczym, kularowych szeptów, apeli strzelistych i stanowisk stanowczych, a co za tym idzie – dętych i śmiesznych.

Od wielkiego dzwonu przygotowuję projekty artystyczne z licealistami. Ucząc poruszania się po

scenie i wykładając tajniki dobrego scenariusza, patrzę z podziwem, jakie zdolne jest dojrzewające pokolenie. Kiedy milkną brawa, dbam o symboliczną gażę, organizując wyjazd do teatru i pokazując profesjonalne programy, by mogli w przyszłości równać do najlepszych. Ostatnio wybrałem się z grupą musicalową najstarszej polskiej szkoły średniej do warszawskiej Romy, by na nowej scenie posłuchali świetnych aranżacji i genialnych wykonań piosenek z repertuaru Czesława Niemena. „Jednego serca” niezależnie od płci i wieku trzeba nam wszystkim na ziemi.

Ośmioosobowy zespół reżyserowany przez Annę Srokę-Hryń zakończył brawurowy koncert słowami, że nie można milczeć i bać się ludzi złych, kiedy „sercem dzwon bije... naszą siłą jest krzyk” i brak obojętności.

Chciałbym być „cichym pomiędzy cichymi” i nie używać siły głosu, gdyby wciąż nie okazywało się, że „żadam za wiele”, oczekując niekonunkturalnej życzliwości przy powitaniu i stole. Ale „dziwny jest ten świat / Świat ludzkich spraw / Czasem, aż wstyd przyznać się / A jednak często jest / Ze ktoś słowem złym / Zabija tak – jak nożem”.

PO GODZINACH – PODRÓŻE

# Madagaskar.

## Spotkania z duchami nocy

JERZY SAMUSIK

Od dawna działała na wyobraźnię podróżników – wyspa, która przez miliony lat rozwijała się w izolacji i zachowała przyrodę jak z innego świata. Przyjechalśmy tu z jednym marzeniem: zobaczyć w naturalnym środowisku lemury, najbardziej niezwykłych mieszkańców tej części globu.



fot.: Shutterstock.com

**P**o 22 godzinach podróży najpierw czujemy ulgę. Dopiero potem dociera do nas, że jesteśmy na Madagaskarze. Kiedy wysiadamy z samolotu w Antananariwie, powietrze jest zaskakująco chłodne.

Jest lipiec – środek tutejszej zimy, pory suchej i stosunkowo łagodnej. Na wyspę przyjechalśmy z prof. Januszem Badurskim przede wszystkim dla przyrody. Madagaskar od dawna fascynuje biologów i podróżników: przez miliony lat rozwijał się w izolacji, dzięki czemu przetrwały tu gatunki roślin i zwierząt, które gdzie indziej dawno zniknęły. To właśnie dla nich przyjechalśmy – zwłaszcza dla lemurów, symbolu tej niezwykłej wyspy.

Zanim jednak ruszymy do parków narodowych, chcemy zobaczyć choć fragment Antananariwy.

Miasto – przez mieszkańców nazywane po prostu Taną – rozłożyło się na kilku wzgórzach. Z wielu miejsc widać czerwone dachy domów i wąskie uliczki wspinające się pod górę. Nazwa miasta oznacza „miasto tysiąca wojowników” i nawiązuje do dawnych walk o okoliczne wzgórza. Jedno z nich, Analamanga, dominuje nad stolicą. Na jego szczycie stoi królewski pałac Rova – dawniej drewniana rezydencja władców Madagaskaru. Po wielkim pożarze pozostał z niego przez lata tylko wypalony

▲ Antananariwa z lotu ptaka

szkielet murów, dziś jednak został odbudowany i mieści muzeum przypominające o historii wyspy.

Poza pałacem niewiele jest w stolicy miejsc, które szczególnie przyciągają uwagę turysty. Zajrzeć można jeszcze do dawnego pałacu premiera Rainilaiarivonego czy do muzeum sztuki i archeologii. My postanawiamy odwiedzić polecany w przewodnikach ogród zoologiczny. Szybko jednak wychodzimy rozczarowani. Zwierzęta siedzą w ciasnych klatkach, a widok lemurów – symbolu madagaskarskiej


 ◀ *Laterytowa wioska Merinów*

fot.: J. Samusiak

przyrody – budzi raczej smutek niż zachwyt. Poczujemy się myśla, że już wkrótce zobaczymy je w naturalnym środowisku.

Nazajutrz opuszczamy Tanę. Wypożyczonym jeepem z kierowcą i przewodnikiem w jednej osobie ruszamy na południe, do Parku Narodowego Ranomafana.

Droga prowadzi przez zielone wzgórza, na których tarasami rozciągają się pola ryżowe. Tu i ówdzie pasą się zebu – charakterystyczne krowy z garbem tłuszczowym na karku. Mijamy wioski z czerwonej,

laterytowej cegły. Domy są piętrowe: na dole sypialnie i pomieszczenia dla zwierząt, na górze kuchnie, z których dym wydobywa się po prostu przez okna. Widać, że ludzie żyją tu skromnie, ale gdy zatrzymujemy się w jednej z wiosek, mieszkańcy witają nas z uśmiechem. Chętnie rozmawiają, nie skarżą się na swój los. Nasz kierowca Damian tłumaczy rozmowy i opowiada o codziennym życiu Malgaczy.

Pod wieczór docieramy do Ranomafany. Nazwa miejscowości oznacza „gorącą wodę” – sto lat temu odkryto tu gorące źródła. Dziś w okolicy rozciąga się park narodowy chroniący fragment wilgotnego lasu deszczowego.

Nie czekamy do rana. Jeszcze tego samego wieczoru, uzbrojeni w latarki, ruszamy w głąb ciemnego lasu. Chcemy zobaczyć lemury, które ze względu na nocny tryb życia bywają nazywane „duchami nocy”. Ich oczy odbijają światło latarki niczym małe lusterka.

Przez dwie godziny przedzieramy się przez gęstwinę. Damian nasłuchuje, wypatruje czegoś w koronach drzew, świeci latarką w górę. Niestety – mimo jego starań najmniejszego z lemurów, lemura myszatego, tej nocy nie udaje się odnaleźć.

Rano wracamy na leśną ścieżkę. Dżungla jest wilgotna, ścieżka miejscami zamienia się w błoto. Drzewa i krzewy są dla nas zupełnie obce – jedynie bambusy wydają się znajome.

 ▼ *Baobaby*


fot.: J. Samusiak

► *Manjakamiadana, czyli Pałac Królowej*

Właśnie przy jednej z wysokich bambusowych kęp Damian nagle się zatrzymuje i wskazuje ręką w górę.

Początkowo nie wiemy, gdzie patrzeć. Dopiero po chwili wśród liści coś się wyłania. Na wierzchołku bambusów siedzi niewielkie zwierzę o złocistym futrze i spokojnie obgryza młode pędy. To złoty lemur bambusowy – gatunek odkryty dopiero kilkadziesiąt lat temu. Przyglądamy się mu z zachwytem. Zwierzę zupełnie nie zwraca na nas uwagi, jakby obecność ludzi była dla niego czymś zupełnie naturalnym.

Idziemy dalej. W koronach drzew co chwilę coś się porusza – jakież zwierzę przeskakuje z gałęzi na gałąź, ale zanim zdążymy je dostrzec, znika w gęstwinie. Próbujemy nadążyć za tym ruchem, biegnąc ścieżką lub przedzierając się przez chaszczę. Bez skutku. Po kilku godzinach wędrówki widzimy jeszcze tylko jednego lemura brązowego, siedzącego wysoko w koronie drzewa. Marzymy o spotkaniu z lemurami katta – z długimi czarno-białymi ogonami – ale na razie musimy obejść się smakiem.

Nazajutrz ruszamy w stronę Parku Narodowego Isalo. Tutejszy krajobraz jest zupełnie inny. Zamiast wilgotnego lasu pojawiają się skaliste góry, wąwozy i suche równiny. Z Ranohiry wchodzimy do parku pieszo, pod opieką miejscowego przewodnika. Szlak prowadzi przez dolinę do naturalnego basenu utworzonego przez niewielki wodospad.



foto: J. Samusiak



◀ *Lemur katta*

foto: J. Samusiak



◀ *Minibabab zwany „stopą słońca”*

foto: J. Samusiak

Po drodze przewodnik pokazuje nam niezwykle rośliny przystosowane do suchego klimatu. Na skalnych stokach rosną miniaturowe baobaby zwane „stopą słońca”, z rozdętymi pniami magazynującymi wodę. Spotykamy też dziwaczne pachypodia i kilka endemicznych gatunków aloesów i palm.

Co jakiś czas przewodnik odkrywa przed nami także zwierzęta. Spod kamienia wyciąga czarnego skorpiona, pokazuje patyczaka niemal nie do odróżnienia od gałązki, wskazuje kameleona przywartego do pnia drzewa. Wśród traw przemykają jaszczurki i gekony.

Przy samym basenie pływa kaczka pliszka, a na brzegu biega malgaska pliszka, a na bambusach siedzi czubatka. Tylko lemurów znów nie widać.

Po obiedzie jedziemy jeszcze do pierwotnego lasu Safahana, oddalonego o kilkanaście kilometrów. Samochód zostaje na prowizorycznym parkingu, a my dalej idziemy pieszo wzdłuż strumienia. Wąwóz porasta gęsty las – idealne miejsce dla lemurów.

Nagle wysoko w koronach drzew pojawia się czarno-biała sylwetka

sifaki. Skacze z gałęzi na gałąź tak szybko, że nie zdążyłem nawet podnieść aparatu.

Kilkaset metrów dalej wychodzimy na niewielką polanę – i wreszcie je widzimy. Kilka lemurów katta stoi w trawie z ogonami uniesionymi pionowo w górę. Z daleka wyglądają jak czarno-białe pióropusze. Zwierzęta są może trzydzieści metrów od nas. Możemy spokojnie zrobić zdjęcia i długo się im przyglądać. Gdy próbujemy podejść bliżej, oddalają się powoli i znikają między drzewami.

Idziemy dalej. Tym razem spotykamy je siedzące na gałęziach i spokojnie jedzące liście. Nie uciekają. Patrzą na nas z góry, jakby oceniały przybyszy z innego świata.

Zobaczyliśmy już dwa z czterech gatunków lemurów żyjących w parku Isalo. Byłoby wspaniale spotkać jeszcze jeden. I rzeczywiście – kiedy wracamy w stronę parkingu, na ścieżkę wychodzi lemur płowy. Siada na niej i przez chwilę patrzy na nas wielkimi, jakby smutnymi oczami. My natomiast nie kryjemy radości. Spotkaliśmy w końcu kilka gatunków „duchów nocy”, dla których przebyliśmy pół świata. ●

PO GODZINACH – BŁĄD MALARSKI

# Na wyrost

Goya potrafił namalować wszystko: strach, odwagę, potwory z nocnych koszmarów, a także nudne oblicza członków królewskich rodzin. Jego malarstwo to nie tylko wyrzucone w przestrzeń ramiona powstańca czy przerażające wojenne potwory. Jest też inna strona malarza – łżejszy Goya. Dowcipny i ciepły. Widać to w scenach przedstawiających dzieci. Bo Goya umie się bawić.



Obraz: Goya, „Chłopcy wspinający się na drzewo”, 1791 r., Muzeum Prado, Madryt

**W** obrazie „Chłopcy wspinający się na drzewo” udało się mu uchwycić beztroskę dziecięcych zabaw. Trzej młodzieńcy usiłują wdrapać się na drzewo. Preferują pracę zespołową, jeden z nich na czworakach służy za drabinę dla drugiego. Trzeci zaś wziął na siebie rolę obserwującego menedżera projektu. Zdaje się zagrzewać pozostałych do działania, wskazując właściwy sposób podjęcia wspinaczki i asekurując śmiałka dyndającego na gałęzi.

Chłopcy są całkowicie skupieni na wykonywanym zadaniu, trochę obdarci, trochę brudni i wyraźnie szczęśliwi. Zadarte do góry dwie głowy chłopców prowadzą wzrok widza ku koronie drzewa. Ale to trzecia głowa, ta pochylona ku ziemi i pokazana od tyłu, kryje medyczną niespodziankę.

AGATA MORKA  
DOKTOR HISTORII SZTUKI



Głowa chłopca na czworakach zainteresowała medyków i doczekała się diagnozy lekarskiej. Łysienie połączone z okrągłymi wykwitami uznano za objawy grzybiczy woszczynowej. Popularnie zwana parchem, ta przewlekła i zakaźna choroba atakuje owłosione części skóry i prowadzi do miejscowego łysienia i blizn.

Z parchem czy bez chłopcy bawią się i mają z tej zabawy prawdziwą frajdę. Jest w tym obrazie czysta radość, zawadiacka ciekawość i odwaga: taka, z której niestety z czasem często się wyrasta. Goya zamyka ją w tej scenie na wyrost, na zapas, aby wystarczyło jej też na dorosłość. ●

## Rozwiązanie zagadki z „GL” 3/26

Szczegóły różniące obrazy:

### 1. Dodanie ryby do ręki archanioła Rafała.

Ryba jest atrybutem archanioła Rafała z uwagi na historię o Tobiaszu, dlatego często jest z nią przedstawiany.

### 2. Dodanie wróbla w lewym górnym rogu obrazu.

Przyczyną ślepoty ojca Tobiasza miały być odchody wróbli, które wpadły mu do oczu, zatem obecność wróbla na obrazie nie byłaby nieuzasadniona.

### 3. Usunięcie z obrazu psa.

Pies, wierny towarzysz Tobiasza, prezent od jego ojca, występuje w ogromnej liczbie przedstawień tej sceny.

### 4. Zmiana koloru płetwy ryby na niebieski.

W oryginale płetwy są czerwone, co współgra z ubraniem młodego Tobiasza, szalem żony starego Tobiasza i ognistą czupryną archanioła Rafała.



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

**WSKAŹ ORYGINAŁ I ZNAJDŹ CZTERY SZCZEGÓŁY RÓŻNIĄCE OBRAZY.**

Odpowiedź prześlij na [bladmalarski@gazetalekarska.pl](mailto:bladmalarski@gazetalekarska.pl) do 20 kwietnia 2026 r.

W temacie maila należy wpisać GL04 oraz podać dane do kontaktu (imię i nazwisko, adres, telefon). Jedna osoba może przesłać jedną odpowiedź.

**NAGRODZENI „GL” 3/26**

Voucher do Hotelu Prezydent\*\*\*\* Medical SPA & Wellness w Krynicy-Zdroju otrzymuje Małgorzata Ratyńska (Stawiguda)

Nagrody dodatkowe: Anna Waśniewska-Pietrykowska (Płock), Anna Waławender (Żołynia), Barbara Omiotek-Dziadosz (Rzeszów)

**Dla jednej z osób, które prześlą prawidłowe odpowiedzi**

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

WYDAWNICTWO  
UNIWERSYTETU  
JAGIELLOŃSKIEGO  
[www.wuj.pl](http://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](mailto: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 przeniesienia danych; 6) ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego.  
Regulamin konkursu na [www.gazetalekarska.pl](http://www.gazetalekarska.pl)



Ogólnopolski Konkurs Literacki  
im. Prof. Andrzeja Szczeklika



JAKUB REWIUK

*Laureat XIV edycji Ogólnopolskiego Konkursu Literackiego dla Lekarzy im. Prof. Andrzeja Szczeklika „Przychodzi wena do lekarza” w kategorii studenci.*

*Urodził się w 2002 r. Pochodzi z Nowej Huty, obecnie oddycha oraz biega poza Krakowem, w Bibicach. W wolnym czasie walczy z grawitacją na sali gimnastycznej lub z gitarowym gryfem, który nie chce wydawać czystych dźwięków. Próbuje swoich sił głównie w szeroko pojętej fantastyce. Publikował w kilku czasopismach („Szortal”, „Silmaris”, „Zapomniane Sny”) i antologiach („Fantazmaty”, „SkierCon”, „Zderzenie światów”). Dołożył swoją cegiełkę do projektu „24/02/2022” – zbioru opowiadań polskich autorów fantastyki, wydane go z myślą o wsparciu moralnym i finansowym dla broniącej się Ukrainy. Laureat II miejsca w konkursie Instytutu Literatury „Snuj Story” za opowiadanie „Tata, Ania P. i Benek”. Student Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego.*

# Spinozaur z Genui

## (wybrane fragmenty)

Chciał powiedzieć o tym, że szkielet spinozaura ukryty w szopie na tyłach domu znaczy tyle, co intymność. Ale takie hasło nie pasowałoby dobrze do przesłania programu. Teraz sprzedaje się siła, uczucie, że możesz więcej za znacznie mniej. Nieźle stoi też indywidualizm, o ile jest zreżymowany w słowa. Intymność to coś, czym się dzieli, a przecież oni nie są akcją charytatywną, nie mogą rozdawać za darmo. Wiesz, Marko, mamy zobowiązania, oczekiwania widzów...

Marko potakuje zmęczony, a makijażystka momentalnie przyklepuje to zmęczenie nową warstwą podkładu. Wchodzą na antenę za pięć minut, na jego oczach szopa nasiąka blaskiem fleszy. Drewniane, liźnięte bejca deski mają na kilka chwil „emanować czernią grobowych granitów” i on sam powinien przez moment wyglądać najlepiej, jak tylko stary człowiek potrafi.

Edoardo, reżyser programu telewizyjnego do porannej bułki z konfiturą, każe mu powtarzać tekst wystąpienia: – Oto Spinozaur. Wielki jaszczur, symbol potęgi natury, siły, która w nas drzemie.

Staruszek porusza posłusznie ustami i myśli o roku sześćdziesiątym piątym, kiedy odnalazł kość udową na podwórku. Kilof podkradł z warsztatu, kopał głównie w porze obiadowej. Wtedy sąsiedzi chronili się pod dachem przed słoneczną ulewą, a Marko mógł uciec przed ich chciwym wzrokiem. Pracował ciężko, wydobywając coś, co przerastało jego pojęcie o świecie. Ale czuł, że musi to robić. Wstawać rano i wychodzić w pole po nowe zbiory kości. Może to właśnie była siła, w którą mamy dzisiaj wierzyć?

Marko nigdy tego nie robił.

– No dalej, mio caro! – szepcze Edi. – Spinozaur to też znak, że możemy naturę przekraczać. Bo chociaż nie posiadamy zębów półmetrowej długości, to właśnie my przetrwaliśmy.

Trzeba to przyznać, od czasu wydobycia pierwszego paliczka czuł, że potwora nie sposób ukryć wyłącznie dla siebie. Dwanaście metrów białych włók to coś powołane dla świata i świat musi mieć możliwość patrzenia. Jednak przez dziesiątki wieków jaszczurowi udawało się nie zwracać uwagi, przysypiać pod stopami ludzi. A później przeczekać jeszcze pół stulecia na konopnych sznurach u powały jego szopy. To naiwne, że chciał mieć dinozaura na wyłączność, choć na usprawiedliwienie trzeba dodać, że w chwili wbijania pierwszego szpadla w ziemię nie mógł wiedzieć, że zostanie kiedyś dziadkiem.

– Człowieku, pomyśl tylko, ten dwój smok będzie dzisiaj wiralem – Emocje Edoardo unoszą się jak zapach perfum. – Zostanie sławny. Nowa Mona Liza co najmniej. Musisz tylko być naturalny i pokazać wszystkim, ile ta bestia dla ciebie znaczy.

(...)

PO GODZINACH – KALEJDOSKOP KULTURALNY

## Autoekspresja malarska

**G**aleria LekARska przy Sobieskiego zaprasza na wystawę obrazów stomatolożki Anny Grzybowskiej z Warszawy. Autorka należy do Związku Polskich Artystów Malarzy i Grafików. Od



Fot.: Mieczysław Chruściel

▲ Portret Anny Grzybowskiej (fragment)

2006 r. związana jest z Pracownią Malarską Jacka Bukowskiego oraz grupą Cytadela. Uczestniczka plenerów Włodzimierza Cerańskiego z Ośrodka Kultury i Dziedzictwa Historycznego. Maluje w technice olejnej i pastelowej. Jej prace znajdują się w zbiorach Domu Carla i Gerharta Hauptmannów w Szklarskiej Porębie, Muzeum w Brodnicy, Malarskiej Kolekcji Florystycznej Ogrodu Botanicznego PAN w Warszawie, izbach lekarskich w Warszawie i Częstochowie oraz zbiorach prywatnych.

• JW

# Łódzka biesiada z Edith Piaf



Fot.: archiwum OKiDH

◀ Miroslawa Kuchciak-Brancewicz z Pucharem Ambrozji odebrany z rąk Magdy Człapińskiej

**O**d 26 lat w pałacyku przy Czerwonej 3 odbywają się marcowe biesiady literackie. Projekt Barbary Szeffer-Marcinkowskiej z Unii Polskich Pisarzy Lekarzy kontynuuje Magda Człapińska wraz z Komisją Kultury OIL w Łodzi przy wsparciu finansowym OKiDH NIL. Laureaci, wybierani w drodze głosowania, za czytanie poetyckich i prozatorskich utworów nagradzani są toastem z soku porzeczkowego.

W tym roku do konkursu stanęło dziesięcioro pretendentów, w tym ponownie prezes Wojskowej Izby Lekarskiej Artur Płachta, twórca Kabaretu „Bąk”

Jerzy Andrzejczak i laureatka tegorocznej krakowskiej „Weny” Joanna Czajkowska-Ślasko. Bywalcy wysłuchali listu koronawirusa napisanego przez Marka Pawlikowskiego, byłego szefa UPPL, wybitnego profesora endokrynologa i nestora spotkań. Zwyciężczynią tegorocznego konkursu po raz kolejny została dermatolożka Miroslawa Kuchciak-Brancewicz.

Niespodzianką na koniec IX kadencji przygotowaną przez prezesa Pawła Czekałskiego był spektakl muzyczny poświęcony Edith Piaf zrealizowany przez językoznawcę z Uniwersytetu Łódzkiego Mieczysława Gajosa.

• JW

## #SztukaNaszychDzieci

**O**środek Kultury i Dziedzictwa Historycznego NIL zaprasza dzieci i wnuki lekarskie do udziału w kolejnej edycji projektu pokoleń lekarskich. Po opolskiej piosence i krakowskiej wenie po raz drugi spróbujemy zorganizować lubelską fotografię. Prosimy o nadsyłanie autorskich zdjęć wykonanych dowolną

techniką na adres mediateka@nil.org.pl do końca października. Rozdanie nagród odbędzie się w Lubelskiej Izbie Lekarskiej w grudniu 2026 r. Prace oceni profesjonalne jury pod przewodnictwem Dariusza Hankiewicza. Zapraszamy dzieci i młodzież do lat 15.

• Joanna Maślankowska

PO GODZINACH – SPORT

# Na torze i w hangarze

Motocyklowe wyprawy, szkolenia z bezpiecznej jazdy i nowe inicjatywy edukacyjne – tak wygląda przełom sezonów w DoctorMotoClub.

**S**ezon 2025 zakończył się dla DoctorMotoClub dwoma niezwykle mi wydarzeniami. Pierwszym był Światowy Zjazd Polonijnych Środowisk Medycznych „Save a Life”, którego mieliśmy zaszczyt być partnerem, drugim szkolenie z jazdy w warunkach zimowych dla młodych kierowców, które zorganizowaliśmy wraz z Autodromem Jastrzęb. Przeszkoliliśmy ponad 70 osób.

Ten rok rozpoczął się natomiast motocyklową wyprawą trójki naszych globtroterów przez Amerykę Południową: 12 tys. km z Chile, przez Ziemię Ognistą, po Brazylię. Obszerna relacja wkrótce na naszej stronie www.

Sezon szkoleń rozpoczynamy 25 kwietnia trzecią już edycją Mazowieckiego Otwarcia Sezonu Motocyklowego na Torze Jastrzęb. To bezpłatne całodzienne szkolenie, które organizujemy wraz z Autodromem Jastrzęb oraz Mazowieckim Urzędem Marszałkowskim.



Każdy uczestnik będzie mógł pod okiem doświadczonych instruktorów odbyć trzy sesje szkoleniowe z zaawansowanych technik jazdy i oczywiście z podstaw BLS oraz obsługi AED. Do grona naszych patronów dołączyło w tym roku

Polskie Radio Kierowców, a TVP przeprowadzi bezpośrednią transmisję z toru. Szczegóły i link do zapisów są opublikowane na naszej stronie.

Kolejne szkolenie odbędzie się 10 czerwca w Warszawie, w hangarach Lotniczego Pogotowia Ratunkowego. Pomysł wspólnego projektu zrodził się podczas rozmowy z dr. Marcinem Podgórskim, dyrektorem LPR. Uświadomiliśmy sobie, że tylko w pierwszych ośmiu miesiącach 2025 r. na hulajnogach elektrycznych zginęło w Polsce 10 osób, a ponad 1100 zostało rannych. Postanowiliśmy wspólnymi siłami zmniejszyć te statystyki.

W sezonie 2026 znajdziemy również czas na cztery krajoznawcze zloty klubowe.

Piotr „Margol” Markowski  
www.doctormotoclub.pl

PO GODZINACH – CZYTELNIJA

## Zdrowie w kosmosie, czyli jak dolecieć na Marsa i przeżyć



▲ Janusz Osarczuk i Marek Halembert, „Czy powrócimy z Marsa?“, Oficyna Naukowa

**P**odróże międzyplanetarne od dawna rozpalają wyobraźnię pisarzy i twórców filmowych, zazwyczaj jednak ich dzieła koncentrują się na eksploracji kosmosu, wyzwaniach technicznych oraz oczywiście starciach z obcymi bytami. Tymczasem taka wyprawa to ogromne wyzwanie z tak prozaicznego powodu, jak ograniczona wytrzymałość ludzkiego organizmu na zagrożenia zdrowotne wynikające z przebywania w przestrzeni kosmicznej. Autorzy książki „Czy powrócimy z Marsa?” rozkładają je na czynniki pierwsze. Szczegółowo wyjaśniają kwestię fundamentalnego niebezpieczeństwa, jakim jest promieniowanie kosmiczne, i przybliżają potencjalne metody ochrony (nawet z uwzględnieniem odpowiedniej diety i farmakologii włącznie), opisują wpływ przebywania w warunkach

obniżonej grawitacji na zdrowie, zwracają uwagę na pył regolitowy i pleśń, a to dopiero początek.

Jak powinno wyglądać zabezpieczenie medyczne na statku kosmicznym odbywającym wielomiesięczną, a nawet kilkuletnią wyprawę? Jak pomóc astronautce, który doznał urazu? Jak zorganizować opiekę medyczną dla kolonii na Marsie? Jakie nieoczywiste wyzwania mogą tam czekać na medyków? To tylko niektóre dylematy poruszone w książce. Dużym atutem tej pozycji jest ujęcie tematu zarówno z perspektywy lekarza (Marek Halembert), jak i astrofizyka (Janusz Osarczuk), solidnie okraszone tłem historycznym przybliżającym dotychczasowe loty w kosmos i poruszającymi wyobraźnię medycznymi anegdotami.

•  
(LS)

PO GODZINACH – SPORT

# Liczymy na rekordową frekwencję

W kwietniu ruszą zapisy na XXIII Igrzyska Lekarskie – mówi **Marcin Szczęśniak**, przewodniczący Komisji ds. Sportu Naczelnej Rady Lekarskiej, w rozmowie z Mariuszem Tomczakiem.

**C**o czeka na uczestników tegorocznych Igrzysk Lekarskich? W tym roku stawiamy na wielkie powroty, a największym z nich jest kolarstwo – zawodnicy będą mogli sprawdzić się w jeździe indywidualnej na czas, wyścigu szosowym, MTB oraz cross-country. Powraca też strzelectwo sportowe, które zagości na profesjonalnym obiekcie Akademii Marynarki Wojennej w Gdyni.

## Nie wszystkie konkurencje odbędą się w Cetniewie?

Na terenie Centralnego Ośrodka Sportu odbędą się większość dyscyplin. Wyjątkiem jest strzelectwo oraz wyścigi kolarskie i triathlonowe. Te ostatnie zaplanowaliśmy na malowniczych trasach gminy Gniewino, która jest położona w powiecie wejherowskim w bliskim sąsiedztwie Cetniewa.

## Dlaczego warto przyjechać na igrzyska?

Ponieważ każdego roku jest to wspaniałe wydarzenie łączące sportową rywalizację z integracją środowiskową i wypoczynkiem. Igrzyska odbędą się w dniach 26–30 sierpnia, co jest świetnym terminem dla lekarzy z dziećmi w wieku szkolnym – to ostatni moment, by złapać słońce nad polskim morzem. Każdego dnia planujemy wieczory z muzyką na żywo i wspólnym grillowaniem. Myślę, że nie musimy się specjalnie reklamować, bo pozytywne opinie rozchodzą się pocztą pantoflową, a liczna grupa lekarek i lekarzy przyjeżdżających co roku to najlepsza wizytówka tej imprezy.

## Czy najmłodszy też mogą startować?

Oczywiście! Jak co roku przygotowaliśmy oddzielne konkurencje dla dzieci, m.in. biegi, skok w dal, rzut piłeczką palantową oraz zawody pływackie. Wielkie emocje zawsze budzą rodzinne sztafety w basenie. Warto podkreślić, że igrzyska są otwarte nie tylko dla lekarzy i lekarzy dentystów – zapraszamy także studentów medycyny



fot.: Mariusz Tomczak

▲ Najważniejsze, co trzeba ze sobą przywieźć, to dobry nastrój i pozytywne nastawienie – przypomina **Marcin Szczęśniak**, przewodniczący Komisji ds. Sportu NRL

oraz dorosłe osoby towarzyszące. Zapisy ruszają już na początku kwietnia. Formularz zgłoszeniowy oraz szczegółowe informacje, w tym harmonogram i mapy tras, które zainteresują zwłaszcza kolarzy i triathlonistów, są dostępne na stronie internetowej Naczelnej Izby Lekarskiej.

## Co powinien spakować debiutant?

Przede wszystkim strój sportowy i krem z filtrem UV. Większość zawodów zaplanowaliśmy w ośrodku, skąd plaża jest dosłownie na wyciągnięcie ręki, więc na pewno będzie okazja, by nacieszyć się morzem. Jednak najważniejsze, co trzeba ze sobą przywieźć, to dobry nastrój i pozytywne nastawienie.

## Przez wiele lat igrzyska kojarzyły się z Zakopanem. W sierpniu odbędą się ponownie nad Bałtykiem. Która z tych lokalizacji jest większym wyzwaniem?

O to, by igrzyska odbywały się naprzemiennie – raz w górach, raz

nad morzem – postulowało wielu stałych uczestników, którzy podkreślali, że chcą korzystać z uroków obu lokalizacji. Dwa lata temu organizacja igrzysk w Cetniewie była ogromnym przedsięwzięciem, ale teraz jest znacznie łatwiej, bo korzystamy z tamtych doświadczeń. W tym roku planujemy wprowadzić technologiczną nowość: aplikację mobilną. Dzięki niej uczestnicy będą mogli na bieżąco sprawdzać wyniki, a także zapisywać się na poszczególne konkurencje niemal w ostatniej chwili za pomocą swojego smartfona.

## Jaki jest limit dyscyplin, w których może wystartować zawodnik?

Formalnego limitu nie ma. Każdy może sprawdzić się w dowolnej liczbie konkurencji. Układając tegoroczny plan startów, dołożyliśmy wszelkich starań, by umożliwić zawodnikom udział w jak największej liczbie dyscyplin. Tradycyjnie największą frekwencją cieszy się lekkooatletyka i pływanie, ogromną popularnością cieszą się też gry zespołowe, ale patrząc na statystyki, absolutnym liderem jest piłka nożna – co roku gościmy 11–12 drużyn, a w każdej znajduje się od kilku do kilkunastu zawodników.

## Czy sportowe sukcesy lekarzy przekładają się na ich relacje z pacjentami?

Myślę, że tak. Kolekcja medali lub puchary obecne w gabinecie mogą być świetnym punktem wyjścia do rozmowy o profilaktyce i dbaniu o własne zdrowie. Jeśli pacjent widzi, że jego lekarz dba o kondycję i prowadzi zdrowy styl życia, to łatwiej mu uwierzyć w sens regularnej aktywności fizycznej. ●

# Kalendarz wydarzeń SPORTOWYCH 2026

|   |   |  |   |  |
|---|---|--|---|--|
| <p><b>28-29.03.2026</b><br/>ZASTĘPCZO: 11-12.04.2026<br/><b>XIV MPL w Badmintonie, XIV Puchar Medyczny „BIBInKton Cup 2026”</b><br/>Hala Sportowa – Centrum Sportu Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, ul. 6 sierpnia 69, Łódź<br/>Robert Bibik, rmbibik@wp.pl, tel. 695864973<br/>OIL w Łodzi</p>   | <p><b>11/18.04.2026</b><br/><b>IV Otwarte Zawody OIL w Łodzi w Strzelectwie Sportowym</b><br/>Strzelnica w Okręglicy koło Sieradza<br/>Bartosz Suliborski, tel. 608070701, bsuliborski@yahoo.com<br/>OIL w Łodzi</p>  | <p><b>12.04.2026</b><br/><b>28 MPL na 15 km – bieg uliczny</b><br/>Bukówiec Górny Leszek Walczak, tel. 601754720, llwal@wp.pl<br/>Wielkopolska IL w Poznaniu</p>   | <p><b>18-19.04.2026</b><br/><b>XV Podkarpackie Mistrzostwa Lekarzy w Tenisie o Puchar Prezesa Okręgowej Izby Lekarskiej w Rzeszowie</b><br/>Rzeszów, hala „Strefa Sportu”, ul. Powstańców Styczniowych 27<br/>OIL w Rzeszowie, tel. 515170815, ks.oil.rzeszow@gmail.com</p> | <p><b>23-25.04.2026</b><br/>zastępczy: 22-24.10.2026<br/><b>XXI Mistrzostwa Polski Lekarzy w Pływaniu</b><br/>Dębica 2026<br/>Dębica OIL w Rzeszowie, tel. 515170815, ks.oil.rzeszow@gmail.com</p>                             |
| <p><b>8-10.05.2026</b><br/><b>Turniej Tenisowy Lekarzy – debie i miksty</b><br/>Bogusław Rataj, tel. 602574099, bogrataj@wp.pl<br/>OIL w Łodzi</p>  | <p><b>9-10.05.2026</b><br/><b>Puchar Polski Lekarzy w Wędkarstwie Spławikowym</b><br/>Tarnobrzeg<br/>Grzegorz Kołodziej, tel. 501503435, grk@onet.eu<br/>Beskidzka Izba Lekarska w Bielsku-Białej</p>   | <p><b>21-24.05.2026</b><br/><b>Złot Motocyklowy Lekarzy „Otwarcie sezonu z DoctorMotoClub”</b><br/>Ruciane Nida i okolice<br/>Jacek Domagała, tel. 501622711, jacekdomagalawagrowiec@wp.pl<br/>Warmińsko-Mazurska IL w Olsztynie</p>       | <p><b>23.05.2026</b><br/><b>VII MPL w Brazylijskim Jiu-Jitsu</b><br/>WroxGym, ul. Chopina 27a, Wrocław<br/>Michał Głuszek, tel. 606768467, michal.gluszek1@gmail.com<br/>Dolnośląska IL we Wrocławiu</p>  | <p><b>28-31.05.2026</b><br/><b>XIX Ogólnopolski Motocyklowy Złot Otwarcia Sezonu Lekarskiego Klubu „DoctorRiders”</b><br/>Poznań<br/>Paweł Banasiak<br/>Wielkopolska IL w Poznaniu</p>   |
| <p><b>28-31.05.2026</b><br/><b>Championat SzachMedica XXIV MPL w Szachach, Imprezy Championatu: MPL w szachach szybkich P'15 oraz w Blitzu P'5, Otwarte MP w rozwiązywaniu zadań szachowych, Turniej Rodzin Lekarskich w P'15 i P'5, symultana szachowa z zaproszonym gościem</b><br/>Hotel Kuźnica, ul. Spacerowa 1, 26-200 Sępólna Wielka<br/>Świętokrzyska IL w Kielcach</p> | <p><b>29-31.05.2026</b><br/><b>XVII Ogólnopolskie Regaty Żeglarskie Lekarzy</b><br/>w Klasie Puck<br/>akwen Zatoki Puckiej HOM<br/>Puck, ul. Żeglarszy 1<br/>Marcin Szczęśniak, tel. 603 696 160, mardent@autograf.pl<br/>OIL w Gdańsku</p>   | <p><b>30.05.2026</b><br/><b>Frajda MTB – Mistrzostwa Białych Fartuchów</b><br/>Koszalin<br/>Andrzej Loranc, tel. 601779668, aloranc1@gmail.com<br/>OIL w Koszalinie</p>  | <p><b>MAJ 2026</b><br/><b>XXV Mistrzostwa Polski Lekarzy w Biegu na 10 km</b><br/>Bielsko-Biała Beskidzka Izba Lekarska w Bielsku-Białej</p>  | <p><b>4-7.06.2026</b><br/><b>XVIII MPL w Siatkówce Piłkowej</b><br/>Niechorze<br/>Cezary Sierant, tel. 605575499, czar@op.pl, Maciej Mroźewski, Maciej Lewandowski<br/>OIL w Szczecinie</p>                                    |
| <p><b>4-7.06.2026</b><br/><b>XXXV Letnie MPL w Tenisie</b><br/>Olimpijski Club, ul. Paderewskiego 35, Wrocław<br/>Piotr Gościmski, tel. 502127662, Żaneta Gościmska, tel. 605660088, biuro@olesniczka30.pl<br/>Dolnośląska IL we Wrocławiu</p>  | <p><b>5-6.06.2026</b><br/><b>XXV MPL w Golfie</b><br/>Binowo Park Golf Club<br/>Sławomir Piński – dyrektor zarządzający<br/>Binowo Park, tel. 487655058, pinski@binowopark.pl<br/>OIL w Szczecinie</p>  | <p><b>5-6.06.2026</b><br/><b>22 MPL w Kolarstwie Szosowym</b><br/>Bychawa k. Lublina<br/>Krzysztof Matras, tel. 605084016<br/>Lubelska IL</p>  | <p><b>12-13.06.2026</b><br/><b>XVIII MPL w Piłce Nożnej 6-osobowej</b><br/>Stadion Victoria, ul. Krakowska 80, 42-200 Częstochowa<br/>OIL w Częstochowie, Rita Idziak, tel. 34 3681888, czestochowa@hipokrates.org</p>  | <p><b>12-13.06.2026</b><br/><b>X MPL OLDBOYS 45+ w Piłce Nożnej 6-osobowej</b><br/>Stadion Victoria, ul. Krakowska 80, 42-200 Częstochowa<br/>OIL w Częstochowie, Rita Idziak, tel. 34 3681888, czestochowa@hipokrates.org</p> |
| <p><b>12-14.06.2026</b><br/><b>Ogólnopolski Rajd Konny Lekarzy</b><br/>Diana Olczyk, diana_olczyk@onet.eu<br/>OIL w Łodzi</p>   | <p><b>13.06.2026</b><br/>ZASTĘPCZY: 27.06.2026<br/><b>XVI Ogólnopolskie Grand Prix w Strzelectwie Myśliwskim dla Lekarzy „Złoty Eskulap”</b><br/>Strzelnica myśliwska w Puławach<br/>Marek Gogacz, tel. 502 114 898, gogacz@yahoo.com, Tomasz Wójcicki, tel. 504 190 494, tomaszwojcicki1@wp.pl<br/>Lubelska IL</p> | <p><b>13-14.06.2026</b><br/><b>XXII Ogólnopolski Jurajski Rajd Rowerowo-Kajakowy Lekarzy</b><br/>Hotel Jurajski Kryształ, ul. Olsztyńska 37a, Zaborze<br/>OIL w Częstochowie, Rita Idziak, tel. 34 3681888, czestochowa@hipokrates.org</p> | <p><b>14.06.2026</b><br/><b>II MPL w Grze Plenerowej Molkkyy</b><br/>Poznań<br/>Paweł Jessa, tel. 538836613, pawel.jessa1@gmail.com<br/>Wielkopolska IL w Poznaniu</p>  | <p><b>19-21.06.2026</b><br/>WROCŁAW,<br/>ZASTĘPCZY: 27-29.11.2026<br/>ŁÓDŹ<br/><b>V MPL w Koszykówce</b><br/>Wrocław<br/>Adam Gurwin, tel. 607728002, gurwin.adam@gmail.com<br/>Dolnośląska IL we Wrocławiu</p>                |

|  |  |   |   |   |
|--|--|---|---|---|
| <p><b>19-21.06.2026</b><br/> <b>Challenge Gdańsk 2026 – triathlon lekarzy</b><br/> Energy Events Sp. zo.o.,<br/> Adam Greczylo,<br/> tel. 691494000,<br/> adam@energyevents.pl<br/> OIL w Gdańsku</p>  | <p><b>19-21.06.2026</b><br/> <b>V Ogólnopolski Turniej Tenisa Lekarzy</b><br/> Wejherowo i Bolszewo<br/> Tomasz Zwierski,<br/> tomzwi90@gmail.com,<br/> tel. 792022553<br/> OIL w Gdańsku</p>  | <p><b>21.06.2026</b><br/> <b>MPL w Triathlonie na Dystansie Sprinterskim</b><br/> Kraśnik Piotr Członka,<br/> triathlonkrasnik@gmail.com,<br/> tel. 500015445<br/> Lubelska IL</p>  | <p><b>21.06.2026</b><br/> <b>XII Otwarte Mistrzostwa Mazowska Lekarzy w Półmaratonie</b><br/> dyscyplina – Bieg uliczny na dystansie 21 km oraz 5 km.<br/> Bieg organizowany w ramach XIV Półmaratonu Radomskiego Czerwca '76<br/> Radom<br/> Karol Stępniewski,<br/> tel. 602633449,<br/> k.stepniewski@oilwaw.org.pl<br/> Delegatura Radomska Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie</p> | <p><b>25-28.06.2026</b><br/> <b>XX Ogólnopolski Motocyklowy Zlot Lekarski Klubu „DoctorRiders” – Poznaj Swoj Kraj</b><br/> woj. opolskie<br/> Jerzy Jakubiszyn,<br/> tel. 601523850,<br/> jjakubiszyn@hipokrates.org<br/> OIL w Opolu</p>   |
| <p><b>27.06.2026</b><br/> <b>MPL w Triathlonie na Dystansie Olimpijskim i Sprinterskim</b><br/> Frydman,<br/> powiat nowotarski<br/> OIL w Krakowie</p>  | <p><b>CZERWIEC 2026</b><br/> <b>XXIII MPL w Wędkarstwie</b><br/> Splawikowym Pogórze k/Skoczowa<br/> Grzegorz Kołodziej,<br/> tel. 501503435,<br/> grk@onet.eu<br/> Beskidzka IL w Bielsku-Białej</p>  | <p><b>10-12.07.2026</b><br/> <b>ZASTĘPCZY: 17-19.07.2026</b><br/> <b>IV Ogólnopolski Turniej Tenisowy Lekarzy na Trawie „Medbledon 2026”</b><br/> Klub Tenisowy Michałówek 2016<br/> Wojciech Pietrzak,<br/> tel. 604262193,<br/> wosio@poczta.onet.pl<br/> OIL w Łodzi</p> | <p><b>17-19.07.2026</b><br/> <b>15. MPL w Lekkiej Atletyce</b><br/> Stadion Miejski<br/> Julian Pełka,<br/> tel. 504101375,<br/> julekp@onet.pl<br/> Kujawsko-Pomorska IL w Toruniu</p>   | <p><b>18.07.2026</b><br/> <b>ZASTĘPCZY: 25.07.2026</b><br/> <b>II MPL we Wspinaczce Sportowej</b><br/> WOW Zerwa Ściana Wspinaczkowa,<br/> ul. Szczecińska 17D,<br/> 54-517 Wrocław<br/> Michał Głuszek,<br/> tel. 606768467,<br/> michal.gluszek1@gmail.com<br/> Dolnośląska IL we Wrocławiu</p> |
| <p><b>23-26.07.2026</b><br/> <b>Zlot Motocyklowy „MotoBridge u Baby 2026”</b><br/> Bydgoszcz<br/> Hanna Śliwińska,<br/> tel. 502585343,<br/> hanna_wiktoria_slivinska@o2.pl<br/> Bydgoska IL</p>   | <p><b>31.07-9.08.2026</b><br/> <b>Rajd Górski Służby Zdrowia „Bieszczady 2026”</b><br/> piesze wędrowki szlakami turystycznymi miejsce biwakowania – Kalnica<br/> Maria Szuber,<br/> tel. 608595510,<br/> mszuber55@wp.pl<br/> OIL w Rzeszowie,<br/> tel. 515170815,<br/> ks.oil.rzeszow@gmail.com</p> | <p><b>8.08.2026</b><br/> <b>II Mistrzostwa Polski Lekarzy w Biegu Górskim na Długim Dystansie</b><br/> Festiwal Biegowy Chudy<br/> Wawrzyniec, Rajcza<br/> Adam Stangierski,<br/> tel. 506110175,<br/> adam.stangierski.md@gmail.com<br/> Śląska IL w Katowicach</p>        | <p><b>26-30.08.2026</b><br/> <b>23. Igrzyska Lekarskie w Cetniewie COS Cetniewo we Władystawowie</b><br/> Naczelną Izba Lekarska,<br/> nil.org.pl,<br/> igrzyskalekarskie@nil.org.pl</p>  | <p><b>4-6.09.2026</b><br/> <b>XXXV Żeglarskie MPL</b><br/> Jeziro Ryńskie, Port Bocianie<br/> Gniazdo Ryńie<br/> Piotr Szmyt,<br/> tel. 602126129,<br/> szmytp@gmail.com,<br/> Katarzyna Godlewska,<br/> tel. 609690466,<br/> olsztyn@hipokrates.org<br/> Warmińsko-Mazurska IL w Olsztynie</p>   |
| <p><b>4-6.09.2026</b><br/> <b>Ogólnopolski Turniej Tenisowy Lekarzy – LEGIA MED OPEN</b><br/> Korty tenisowe Klubu Legia Tenis,<br/> ul. Mysłiwiecka 4a, Warszawa<br/> Filip Stypa – Legia Tenis,<br/> tel. 882844008,<br/> filip.stypa@tenisgolf.legia.com<br/> OIL w Warszawie</p> | <p><b>5-6.09.2026</b><br/> <b>Zakończenie Sezonu GPX Fish-Med</b><br/> (Wędkarstwo Splawikowe)<br/> Kamieniec<br/> Grzegorz Kołodziej,<br/> tel. 501503435,<br/> grk@onet.eu</p>   | <p><b>10-13.09.2026</b><br/> <b>XXII Ogólnopolski Motocyklowy Zlot Lekarzy „DoctorRiders”</b><br/> Kolumna/Lask<br/> Wojciech Łęcki,<br/> tel. 601979724,<br/> grzegorz.krzyzanowski@yahoo.pl<br/> OIL w Łodzi</p>  | <p><b>10-13.09.2026</b><br/> <b>Ogólnopolskie Zakończenie Sezonu Motocyklowego Lekarzy Klubu „DoctorMotoClub”</b><br/> Pałac Mierzęcin, Mierzęcin 1,<br/> 66-520 Mierzęcin<br/> Ireneusz Czerniec,<br/> tel. 602133173,<br/> ireneusz.czerniec@wp.pl,<br/> ortopedagorzow@wp.pl<br/> OIL w Gorzowie Wlkp.</p>   | <p><b>12-13.09.2026</b><br/> <b>ZASTĘPCZY: 19-20.09.2026</b><br/> <b>MPL w Kolarstwie Górskim Ustroń</b><br/> Dominik Lewandowski,<br/> domlewdactor@gmail.com,<br/> tel. 691954527<br/> Beskidzka IL w Bielsku-Białej</p>  |
| <p><b>12-19.09.2026</b><br/> <b>Rajd Lekarza – rekreacyjny rajd rowerowy w Dolinie Baryczy</b><br/> Milicz/Ruda<br/> Sulowska Michał Głuszek,<br/> tel. 606768467,<br/> michal.gluszek1@gmail.com<br/> Dolnośląska IL we Wrocławiu</p>   | <p><b>18-20.09.2026</b><br/> <b>XIV Zlot Motocyklowy Lekarzy „U Mannixa”</b><br/> Baranów Sandomierski<br/> Mariusz Janikowski,<br/> tel. 601406830,<br/> m.janikowski@hipokrates.org<br/> OIL w Krakowie</p>  | <p><b>20.09.2026</b><br/> <b>28. MPL w Półmaratonie</b><br/> Gniezno<br/> Wojciech Łęcki,<br/> tel. 602244817,<br/> wojciechlacki@poczta.onet.pl<br/> Wielkopolska IL w Poznaniu</p>  | <p><b>WRZESIEŃ 2026</b><br/> <b>XXIV MPL i Innych Profesji Ochrony Zdrowia w Ringo</b><br/> Warszawa<br/> Krystyna Anioł-Strzyżewska,<br/> tel. 600362792,<br/> krystynaaniol27@gmail.com<br/> OIL w Warszawie</p>  | <p><b>4.10.2026</b><br/> <b>XXIII MPL w Maratonie</b><br/> Poznań<br/> Wojciech Łęcki,<br/> tel. 602244817,<br/> wojciechlacki@poczta.onet.pl<br/> Wielkopolska IL w Poznaniu</p>   |
| <p><b>PAŹDZIERNIK 2026</b><br/> <b>ZASTĘPCZY: LISTOPAD 2026</b><br/> <b>II MPL w Padlu</b><br/> Wrocław<br/> Małgorzata Fitrzyk,<br/> tel. 695768243<br/> Dolnośląska IL we Wrocławiu</p>  | <p><b>PAŹDZIERNIK 2026</b><br/> <b>ZASTĘPCZY: LISTOPAD 2026</b><br/> <b>XXVII MPL w Brydżu Sportowym</b><br/> Warszawa OIL w Warszawie</p>   | <p><b>11.11.2026</b><br/> <b>Bieg Lekarza – bieg na 10 km</b><br/> Rzeszów OIL w Rzeszowie</p>  | <p><b>14.11.2026</b><br/> <b>ZASTĘPCZY: 21.11.2026</b><br/> <b>XI MPL w Bowlingu</b><br/> Hala Lucznicka – Olympic Bowling Center w Bydgoszczy<br/> Marcin Gierach,<br/> tel. 506180304,<br/> marcin_gierach@wp.pl<br/> Bydgoska IL</p>   | <p><b>14-15.11.2026</b><br/> <b>ZASTĘPCZY: 7-8.11.2026</b><br/> <b>XXXI MPL w Futsalu – „kontynuacja tradycji”</b><br/> Rzeszów<br/> Mateusz Zasadny,<br/> tel. 600440922,<br/> mzasadny@gmail.com<br/> OIL w Rzeszowie</p>   |
| <p><b>19-22.11.2026</b><br/> <b>XXVII Halowe MPL w Tenisie</b><br/> Leszno Tenis Klub<br/> Marcin Pokrzywnicki,<br/> tel. 601172151,<br/> pokrzywnicki@pstl.pl<br/> Śląska IL w Katowicach</p>   | <p><b>LISTOPAD 2026</b><br/> <b>V Ogólnopolski Zlot Pojazdów Zabytkowych Medi OLD Car 2026</b><br/> Przemysław Rosak,<br/> tel. 518175887,<br/> rosakowski@o2.pl<br/> Śląska IL w Katowicach</p>   |   |   |   |

PO GODZINACH – SPORT

# Futsalowe emocje

ADAM CHMIELECKI

Ponad 160 lekarzy z całej Polski, 14 drużyn i dwa dni sportowych emocji na najwyższym poziomie – III Mistrzostwa Polski Lekarzy w Futsal w Łodzi potwierdziły rosnącą rangę tego wydarzenia.



Fot.: archiwum Komisji Sportu

▲ Zadowoleni uczestnicy Mistrzostw



Fot.: archiwum Komisji Sportu

**M**istrzostwa przeszły do historii. W dniach 7–8 marca hala Centrum Sportu Uniwersytetu Medycznego w Łodzi stała się areną zmagania 14 drużyn z całej Polski. Zawody zorganizowała Komisja Sportu ORL w Łodzi przy wsparciu finansowym Komisji ds. Sportu NRL. Turniej objęty został honorowym patronatem JM rektora Uniwersytetu Medycznego w Łodzi prof. Janusza Piekarskiego.

Uroczystego otwarcia dokonał przewodniczący Komisji Sportu i Rekreacji ORL w Łodzi dr Ryszard Golański. O wyjątkową oprawę wydarzenia zadbał chór Uniwersytetu Medycznego w Łodzi pod dyrekcją prof. Anny Domańskiej, wykonując Mazurka Dąbrowskiego oraz „Prząśniczke” – hymn Łodzi.

Pierwszego dnia drużyny rywalizowały w dwóch grupach systemem każdy z każdym, co pozwoliło wyłonić zespoły walczące o miejsca medalowe. Dla sześciu drużyn rywalizacja zakończyła się już na etapie fazy grupowej.

Niedzielne spotkania dostarczyły kibicom wielu emocji – kilka meczów rozstrzygnięto dopiero w rzutach karnych, a na parkiecie nie brakowało



Fot.: archiwum Komisji Sportu

◀ Wyróżnione zespoły otrzymały nagrody, co w lekarskich rozgrywkach sportowych nie zdarza się często

dynamicznej i twardej gry. Rozebrano ćwierćfinały, półfinały oraz mecze finałowe, które potwierdziły rosnący poziom sportowy turnieju.

W meczu o trzecie miejsce drużyna Medyk Zabrze pokonała Chłopaków z Baraków. Drugie miejsce zajęła reprezentacja OIL Gdańsk, a zwycięzcą turnieju została drużyna OIL Lublin.

Nagrodę MVP turnieju otrzymał Kacper Wanielista (OIL Lublin). Najlepszym zawodnikiem Medyka Zabrze został Michał Bondarenko, absolwent Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, a tytuł najlepszego

bramkarza zdobył Karol Ścibak (OIL Lublin).

Zawodnicy podkreślali bardzo wysoki poziom organizacyjny wydarzenia oraz zaangażowanie organizatorów. W organizację wydarzenia zaangażowani byli m.in. Jakub Kleszowski – reprezentant Polski lekarzy w piłce nożnej i kapitan KPPMK, Michał Chmielecki, dr Adam Chmielecki – trener sekcji AZS UMED Łódź, oraz Jakub Kosikowski z Naczelnej Izby Lekarskiej.

Do zobaczenia na kolejnej edycji.

**PAWEŁ DOCZEKALSKI**  
**REDAKTOR NACZELNY**

**UCHWAŁA NR 7/26/IX**  
**NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ**  
**Z 20 LUTEGO 2026 R.**

w sprawie ustalenia liczby mandatów delegatów na Krajowy Zjazd Lekarzy na okres X kadencji

Na podstawie art. 39 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2021 r. poz. 1342) oraz § 16 w zw. z § 12 Regulaminu wyborów do organów i w organach izb lekarskich oraz trybu odwołania członków tych organów, stanowiącego załącznik do uchwały nr 2 Nadzwyczajnego XVI Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 17 maja 2024 r. w sprawie przyjęcia Regulaminu wyborów, na wniosek Krajowej Komisji Wyborczej uchwała się, co następuje:

**§ 1.**

Ustala się:

- liczbę mandatów dla delegatów na Krajowy Zjazd Lekarzy na okres X kadencji na 495 mandaty, w tym 388 mandatów dla lekarzy i 107 mandatów dla lekarzy dentyistów;
- następującą liczbę mandatów dla delegatów na Krajowy Zjazd Lekarzy wybieranych przez okręgowe zjazdy lekarzy na okres X kadencji, która wynosi:

| nazwa izby lekarskiej                             | liczba delegatów na KZL |                  |         |
|---|-------------------------|------------------|---------|
|   | lekarze                 | lekarze dentyści | łącznie |
| Okręgowa Izba Lekarska w Białymstoku              | 14                      | 4                | 18      |
| Beskidzka Okręgowa Izba Lekarska w Bielsku-Białej | 7                       | 2                | 9       |
| Bydgoska Izba Lekarska w Bydgoszczy               | 10                      | 2                | 12      |
| Okręgowa Izba Lekarska w Gdańsku                  | 28                      | 8                | 36      |
| Okręgowa Izba Lekarska w Gorzowie Wielkopolskim   | 2                       | 1                | 3       |
| Śląska Izba Lekarska w Katowicach                 | 36                      | 8                | 44      |
| Świętokrzyska Izba Lekarska w Kielcach            | 10                      | 3                | 13      |
| Okręgowa Izba Lekarska w Krakowie                 | 35                      | 10               | 45      |
| Okręgowa Izba Lekarska w Lublinie                 | 22                      | 6                | 28      |
| Okręgowa Izba Lekarska w Łodzi                    | 28                      | 8                | 36      |

|  |     |     |     |
|--|-----|-----|-----|
| Warmińsko-Mazurska Izba Lekarska w Olsztynie       | 8   | 2   | 10  |
| Okręgowa Izba Lekarska w Opolu                     | 7   | 2   | 9   |
| Okręgowa Izba Lekarska w Płocku                    | 2   | 1   | 3   |
| Wielkopolska Izba Lekarska w Poznaniu              | 30  | 9   | 39  |
| Okręgowa Izba Lekarska w Rzeszowie                 | 10  | 3   | 13  |
| Okręgowa Izba Lekarska w Szczecinie                | 13  | 4   | 17  |
| Okręgowa Izba Lekarska w Tarnowie                  | 3   | 1   | 4   |
| Kujawsko-Pomorska Okręgowa Izba Lekarska w Toruniu | 6   | 2   | 8   |
| Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie                 | 65  | 18  | 83  |
| Dolnośląska Izba Lekarska we Wrocławiu             | 32  | 9   | 41  |
| Okręgowa Izba Lekarska w Zielonej Górze            | 4   | 1   | 5   |
| Wojkowska Izba Lekarska                            | 9   | 1   | 10  |
| Okręgowa Izba Lekarska w Koszalinie                | 3   | 1   | 4   |
| Okręgowa Izba Lekarska w Częstochowie              | 4   | 1   | 5   |
| Liczba mandatów na Krajowy Zjazd Lekarzy suma      | 388 | 107 | 495 |

**§ 2.**

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ PREZES  
*Grzegorz Wrona* *Łukasz Jankowski*

**UCHWAŁA NR 8/26/IX**  
**NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ**  
**Z 20 LUTEGO 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), uchwała się, co następuje:

**§ 1.**

W uchwale Nr 34/25/IX Naczelnej Rady Lekarskiej w sprawie terminów posiedzeń Naczelnej Rady Lekarskiej w 2026 roku, zmienionej uchwałą Nr 2/26/IX Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 30 stycznia

2026 roku wprowadza się następujące zmiany:

- znosi się termin w dniu 27 lutego.

**§ 2.**

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ PREZES  
*Grzegorz Wrona* *Łukasz Jankowski*

**UCHWAŁA NR 9/26/IX**  
**NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ**  
**Z 20 LUTEGO 2026 R.**

w sprawie obciążenia dr n. med. Jacka Kotuły byłego Przewodniczącego Krajowej Komisji Wyborczej kosztami zwołania posiedzenia Naczelnej Rady Lekarskiej w dniu 20 lutego 2026 r.

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 Naczelna Rada Lekarska postanawia obciążyć dr n. med. Jacka Kotułę byłego Przewodniczącego Krajowej Komisji Wyborczej kosztami związanymi ze zwołaniem posiedzenia Naczelnej Rady Lekarskiej w dniu 20 lutego 2026 r.

2 Koszty, o których mowa w ust. 1 obejmują w szczególności koszty diet oraz innych należności przysługujących z tytułu udziału w posiedzeniu NRL, koszty żywienia oraz koszty obsługi organizacyjnej i administracyjnej posiedzenia Naczelnej Rady Lekarskiej.

**§ 2.**

Zobowiązuje się Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej do ustalenia szczegółowej wysokości kosztów, o których mowa w § 1 oraz do wezwania byłego Przewodniczącego Krajowej Komisji Wyborczej dr n. med. Jacka Kotułę do ich zwrotu w terminie 30 dni od dnia doręczenia wezwania.

**§ 3.**

W przypadku niedotrzymania przez dr n. med. Jacka Kotułę terminu, o którym mowa w § 2 zobowiązuje się Prezesa NRL do podjęcia stosownych kroków prawnych.

**§ 4.**

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

SEKRETARZ PREZES  
*Grzegorz Wrona* *Łukasz Jankowski*

*Pełna treść uchwał dostępna na*  
*www.nil.org.pl*

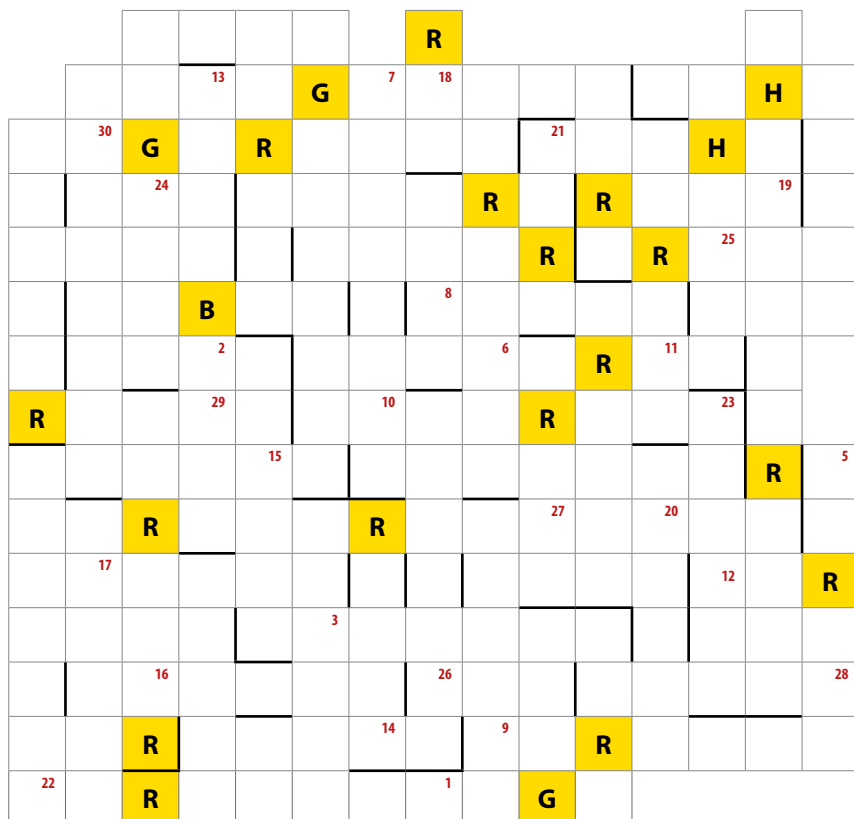




## JOLKA LEKARSKA 313



Wydawnictwo Lekarskie PZWL  
to specjalści, wiedza i zaangażowanie.



Objaśnienia 67 haseł podano w przypadkowej kolejności. W diagramie ujawniono wszystkie litery: B, G i R. Na ponumerowanych polach ukryto 30 liter hasła, które stanowią rozwiązanie. Jest to przysłowie niemieckie.

Hasło należy przysłać na karcie pocztowej do redakcji lub e-mailem na adres: [jolka@gazetalekarska.pl](mailto:jolka@gazetalekarska.pl) do 20 kwietnia 2026 r. Wśród autorów prawidłowych rozwiązań wyłonimy laureatów, którzy otrzymają nagrody książkowe (prosimy o podanie specjalizacji i adresu do wysyłki).

\* lingula \* dawna stolica nad Jangcy \* opłata za przejazd \* rogówka (łac.) \* grecka Wiktorja \* paryska chustka na szyję \* bylina z palkowatych \* start tunelu Seikan \* korzeń (ang.) \* zobojętnienie uczuciowe \* belgijski koń pociągowy \* odwrotny odcisk na skamielinie \* menisk \* tytuł potomka Mahometa \* krzyżuje się z wążem \* niemiecki zwany wilczurem \* prowincja rzymska z Augsburgiem i Ratyzboną \* państwo jak Lesotho \* objaw sygnałowy napadu epi \* Ciebie Boga (łac.) \* regularne takty \* roztwór koloidowy \* gród nad Węgorapą \* żalobna czerń \* tse-tse \* projektant Partenonu \* tanie wino, jaból \* sól kwasu octowego \* Tomasz, współtwórca Filomatów i Filaretów \* wpada do Balchaszu \* praca wstępna \* surowiec na olejek myrtołowy \* odkrył Rzekę Św. Wawrzyńca \* kiwka, ruch przed minięciem \* ekstrakt z gruczołów cywet \* Krystian, laureat konkursu chopinowskiego \* błyska znad ogniska \* kogut \* płynie w Bernie \* zabił małżonkę \* skrzydło (łac.) \* imię aktora grającego rolę glińiarza

z Beverly Hills \* fructus \* wielki zwany Lwią paszczą \* japońska mafia \* but z drewna i skóry \* PTH \* najdłuższy dopływ Irtyzu \* kolczaste drzewo tropiku \* gród matki Eleonory Akwitańskiej \* czerwone niczym wino \* arena farmaceuty \* sławna flaga Hiszpanii \* żywiczne zabezpieczenie obrazu \* próchnica (łac.) \* lotnisko w Olsztynie \* zieleniec \* pije ludzką krew \* ludność ruska Beskidu Niskiego \* Kunta ... z Gambii \* auris \* ośrodek rud uranu w pń.-zach. Nigrze \* pogląd o zapamiętywaniu silnych bodźców \* sacculus \* następcza Ruryka \* najgłębszy Mariański \* narośl kostna

Jerzy Badowski

Rozwiązanie jolki lekarskiej 311  
Błądzić jest rzeczą ludzką, trwać przy błędzie diabelską

## Nagrody otrzymują:

Magdalena Lasota (Sopot), Filip Chojnacki (Łódź), Agata Maliszewska (Kraków), Anna Bronowicz (tomża), Bogdan Ząbek (Buczkowice)

Fundatorem nagród jest Wydawnictwo Lekarskie PZWL, [www.pzwl.pl](http://www.pzwl.pl). Nagrody prześlemy pocztą. Klauzula informacyjna na str. 71/ Regulamin konkursu dostępny na [www.gazetalekarska.pl](http://www.gazetalekarska.pl)

## WYDAWCA

**NIL** Naczelna  
Izba Lekarska

Gazeta Lekarska dla członków  
izb lekarskich bezpłatna

Nakład: 43 030 egz.

## Kolegium redakcyjne

Piotr Kościelniak, Jacek Bujko, Paweł Doczekalski, Klaudiusz Komor, Maria Klośńska, 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](mailto:redakcja@gazetalekarska.pl)

## Piotr Kościelniak

(redaktor naczelny)  
[piotr.koscielniak@nil.org.pl](mailto:piotr.koscielniak@nil.org.pl)

## Anna Wojda

(sekretarz redakcji)  
[anna.wojda@nil.org.pl](mailto:anna.wojda@nil.org.pl)

## Lidia Sulikowska

(dziennikarz)  
tel.: 698 633 755  
[lidia.sulikowska@nil.org.pl](mailto:lidia.sulikowska@nil.org.pl)

## Mariusz Tomczak

(redaktor portalu internetowego)  
tel. (22) 558 80 40  
[mariusz.tomczak@nil.org.pl](mailto:mariusz.tomczak@nil.org.pl)  
[www.gazetalekarska.pl](http://www.gazetalekarska.pl)

## Sylvia Wamej

(redaktor portalu internetowego)  
[sylvia.wamej@nil.org.pl](mailto:sylvia.wamej@nil.org.pl)

## Reklama i ogłoszenia

Agata Bryk  
[ogloszenia@gazetalekarska.pl](mailto:ogloszenia@gazetalekarska.pl)

## Stale z nami współpracują

Jerzy Badowski, Adam Czerwiński,  
Lucyna Krysiak, Zbigniew Kuzyszyn,  
Jacek Miarka, Agata Morka, Małgorzata  
Sołcka, Jarosław Wanecki

## Projekt, projekt okładki

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 skróćów, 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).



