

GAZETA LEKARSKA

PISMO IZB
LEKARSKICH

CIĘCIA. ZDROWIE POD KRESKĄ

SYSTEM OGRANICZA ŚWIADCZENIA, SZPITALE
TNĄ KOSZTY, A NFZ OPÓŹNIA PŁATNOŚCI

- DIAGNOSTYKA POD PRESJĄ OSZCZĘDNOŚCI
- AMBULATORYJNA OPIEKA WĄSKIM GARDŁEM
- PUBLICZNA STOMATOLOGIA ZNIKA
NA NASZYCH OCZACH



PRZED KRAJOWYM ZJAZDEM LEKARZY

NAJWAŻNIEJSZE
WYDARZENIA
IX KADENCJI

WYZWANIA
NA NAJBLIŻSZE
CZTERY LATA

ROZMOWA
Z PREZESEM NRL
ŁUKASZEM JANKOWSKIM

Nie wierzę politykom

ŁUKASZ JANKOWSKI
PREZES NACZELNEJ RADY
LEKARSKIEJ



Nie jest tajemnicą, że przez ostatnie miesiące intensywność kontaktów na linii Ministerstwo Zdrowia – samorząd lekarski znacznie osłabła. Resort, zamiast korzystać z doświadczeń i wiedzy lekarzy, stara się ustawić nas w pozycji chłopca do bicia. Nie ma dialogu i wspólnej pracy nad pomysłami usprawniającymi system, są za to przepychanki i medialne oskarżenia. Politycy odwracają uwagę od własnej nieudolności, oskarżając nas o przejadanie pieniędzy pacjentów.

Tym samym pojawiające się w przestrzeni publicznej propozycje dotyczące zmian – nie chcę ich nazywać reformami – muszą budzić zdziwienie. Koncentrują się one, w tej czy innej formie, nie na funkcjonowaniu systemu, nie na wadliwych wycenach, ale na oszczędnościach kosztem szpitali i personelu medycznego. Czym innym wytłumaczyć pomysł NFZ ograniczania i odwlekania płatności za nadwykonania? Albo zbieranie informacji o zarobkach i wiązania tych danych z numerem PESEL lekarzy? Mam podejrzenie, że jedynym efektem tych działań będzie stworzenie bazy danych, z której rządzący będą w razie potrzeby wyciągać pałkę z napisem „pokaż lekarzu, co masz w garażu”. Zaś pomysł NFZ premiowania pacjentów pierwszorazowych kosztem innych to sprytna taktyka mająca stworzyć złudzenie redukcji kolejek do specjalistów. W rzeczywistości to zwykła dyskryminacja, która doprowadzi do pogorszenia dostępności i do redukcji płatności z NFZ.

Entuzjazmu nie budzą też pomysły wychodzące spoza kręgów rządowych. Propozycja rozdelenia rynku pracy lekarzy na

część publiczną i prywatną to kolejna atrakcyjna z punktu widzenia marketingu politycznego koncepcja. Tylko nie wiadomo, do czego miałyby doprowadzić i w jaki sposób poprawić sytuację części publicznej. Żeby nad takim pomysłem rzetelnie debatować, potrzebna jest wiedza. Dlatego Naczelna Izba Lekarska prowadzi w tej chwili badania ankietowe lekarzy z różnych regionów Polski, które mają przynieść odpowiedź na pytanie, czy sami zainteresowani są na to gotowi.

To jednak pokazuje, jak skomplikowana jest rzeczowa debata z politykami na temat konstrukcji systemu ochrony zdrowia. Z jednej strony widzą oni to, co widzimy wszyscy – system się wali i trzeba podjąć pilne działania naprawcze, z drugiej – ich głównym zmartwieniem są przyszłoroczne wybory parlamentarne. A na zdrowiu łatwo stracić polityczny kapitał, czego rządząca koalicja właśnie dość boleśnie doświadcza.

Środowisko lekarzy i lekarzy dentyków od lat podkreśla, że nie da się zreformować systemu bez pieniędzy. A zgody społeczeństwa – i prezydenta – na podniesienie składki nie będzie. Również rozszerzenie składek na grupy, które dotąd płaciły mniej, jest wątpliwe z przyczyn politycznych. Bez pieniędzy pacjentów czekają dalsze ograniczenia, limity i odsuwanie w czasie badań i zabiegów na NFZ. Będą też próby limitowania zarobków lekarzy – na co jako samorząd nie powinniśmy się godzić.

Ogromne wrażenie zrobiła na mnie – chyba na wszystkich – zbiórka przeprowadzona przez jednego z influencerów na rzecz dzieci chorych na nowotwory. W zaledwie dziewięć dni zebrano 250 mln zł. To pokazuje, jak wielkie serca mają Polacy. Ale ochrona zdrowia nie może opierać się na zbiórkach publicznych czy solidarnościowych zrywach zakrywających systemowe niedostatki. Nie w 21. gospodarce świata. Nie w kraju ambitnym, aspirującym do ściślej czołówki politycznej i ekonomicznej naszej części świata. W kraju dysponującym systemem ochrony zdrowia, który realnie nie ustępuje najlepszym pod względem nowoczesności, jakości, przygotowania lekarzy i personelu. I właśnie do takiego podejścia do systemu ochrony zdrowia staramy się przekonać decydentów. Dotyczy to również zmian usprawniających naszą pracę i czyniących ją bardziej efektywną – jak cyfryzacja, w tym automatyczna refundacja czy przymiarki do wprowadzenia systemu *no fault*.

Przed nami Krajowy Zjazd Lekarzy, który zdecydowanie o kształcie samorządu na kolejne cztery lata. Nie chcę i nie będę narzucał nikomu oceny ostatniej kadencji, ale mam poczucie, że bardzo wiele osób działało wspólnie w imię dobrze pojętych interesów środowiska lekarskiego. Chcę podziękować wszystkim lekarzom i lekarzom dentytom za zaangażowanie i budowanie pozycji naszego zawodu. To dzięki Wam efekty naszej pracy są widoczne. ●

- 3 **Nie wierzę politykom**
Łukasz Jankowski
- 5 **Gazeta jak żadna inna**
Klaudiusz Komor
- 6 **Newsy z kraju i ze świata**
- 8 **Plan pełzającej prywatyzacji**
Piotr Kościelniak

TEMAT NUMERU

- 8 **Cięcia. Zdrowie pod kreską**
Oszczędności już uderzają w diagnostykę i programy lekowe, a wszystko wskazuje, że to dopiero początek.
- 14 **Publiczna stomatologia znika**
- 15 **Jesteśmy zakładnikami**
- 16 **Oszczędności wydłużą kolejki.**
Lekarze ostrzegają
- 18 **NFZ płaci mniej, oczekuje więcej. Mówię: dość**
Problemem jest to, że każdy szpital traktowany jest tak samo.
- 20 **Lekarz też bankrutuje. I może się uratować**

AKTUALNOŚCI

- 23 **Żyjemy dłużej, ale nie zdrowiej**
- 25 **Postęp boli**

PRZED KRAJOWYM ZJAZDEM LEKARZY

- 26 **To były pracowite cztery lata**
- 29 **Zdrowie na sztafardach, polityka w kuluarach**
- 32 **Siedem (nie)oczywistych faktów o samorządzie lekarskim**
- 34 **Ciągle mam motywację do działania**
O mijającej kadencji samorządu lekarskiego, sporach i wyzwaniach na najbliższe lata mówi Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej dr n. med. Łukasz Jankowski.
- 38 **Prezesi okręgowych izb lekarskich IX i X kadencji**
- 39 **Sukces e-głosowania**

WAŻNY TEMAT

- 40 **Bezpieczny lekarz: sztuka deeskalacji**

MEDYCyna I PRAWO

- 43 **Jak błąd systemu stał się winą jednego lekarza**
- 44 **Podróbki z AI zalewają internet**



TEMAT NUMERU STRONY 8–22

System ochrony zdrowia wchodzi w fazę otwartego niedoboru: miliardowa luka przestaje być abstrakcją, a zaczyna oznaczać realne ograniczenie świadczeń.

PODATKI I FINANSE

- 46 **Giełda nie gryzie.**
Zapracowany lekarz też może pomnażać kapitał

PRAKTYKA LEKARSKA

- 48 **Stomatologia wraca do gry**
- 50 **Kto korzysta na kryzysie**
Paweł Barucha
- 51 **Ile kosztuje nas brak decyzji?**
Mariusz Politowicz
- 52 **Wzrok pod presją cywilizacji**
- 55 **Paliwo atomowe z ludzkiej dobroci**
Anna Gołębicka
- 56 **Rozmowa z dziewiętnastolatkiem**
Jakub Sieczko

NOWE TECHNOLOGIE

- 58 **Seria cyberataków na placówki medyczne**
Niejednokrotnie to nie sprzęt medyczny, lecz systemy IT decydują o ciągłości leczenia.
- 60 **Jak lepiej rozmawiać podczas wizyty i teleporady**

SAMORZĄD LEKARSKI

- 61 **Poemat katyński**
- 62 **Na NFZ za rok, prywatnie od ręki**
Jakub Kosikowski
- 62 **O tym się mówi/Mówią o nas**

ÓŚRODEK KSZTAŁCENIA

- 64 **Jak reagować na przemoc**

LEKARSKIE HOBBY

- 66 **Między salą operacyjną a krańcami świata**
O drodze, która połączyła doświadczenia wysokich gór z codziennością sali operacyjnej, opowiada prof. Krystin Mitura.

PO GODZINACH

- 70 **Błąd malarski – Bez litości**
- 72 **Kalejdoskop kulturalny**
- 74 **Festiwal sztuk przyjemnych i nieprzyjemnych**
Jarosław Wanecki
- 75 **Sport**
- 76 **Biuletyn**
- 80 **Ogłoszenia**
- 82 **Jolka lekarska**

JEDNYM GŁOSEM

Gazeta jak żadna inna

„Gazeta Lekarska” zmieniła się i dojrzała do roli pisma izb lekarskich. Dostrzegają to również czytelnicy, którzy coraz chętniej po nią sięgają.

Zasiadając do napisania tego ostatniego w kadencji felietonu, biłem się z myślami, o czym powinien być. Zwykle w takich przypadkach każdy pisze podsumowanie, chwali się sukcesami albo tłumaczy z porażek, snuje plany na przyszłość albo rozlicza z przeszłością. Początkowo też zamierzałem napisać podsumowanie. Jednak wchodząc do NIL, zobaczyłem Piotra Kościelniaka, redaktora naczelnego „Gazety Lekarskiej”, i zmieniłem zdanie. Pomyślałem, że muszę napisać o tym, o czym przez całą kadencję nie było okazji – o „Gazecie Lekarskiej”, a właściwie o jej wspaniałym zespole redakcyjnym. Może po części z poczucia winy, że jak prawie co miesiąc napiszę i wyślę felieton w ostatniej chwili, dokładając im dodatkowej pracy, by zdążyć z korektą i składem przed dniem druku, a może z poczucia satysfakcji, że miałem przyjemność jako osoba odpowiedzialna z ramienia Prezydium współpracować z tymi bardzo oddanymi swojej pracy ludźmi.

Patrząc na losy „Gazety” w tej kadencji, nie sposób nie docenić, jak się w tym okresie zmieniła i dojrzała do roli, jaką powinna pełnić w tak wymagającym środowisku, jak nasz samorząd. Kiedy na początku kadencji podjęliśmy trudną, ale konieczną ze względów finansowych, decyzję o przejściu na hybrydową formę wydawania, mogło się wydawać, że rola „Gazety” zmaleje. Jest to zresztą syndrom naszych czasów, że większość nawet najpopularniejszych niegdyś tytułów prasowych przenosi się do internetu, zaczyna pisać krótkie i łatwe do przeczytania artykuły o rzeczach błahych i płytkich. Tymczasem „Gazeta” z wydania na wydanie starała się podnosić poprzeczkę, nie było tematów tabu, za trudnych czy niewygodnych

KLAUDIUSZ KOMOR
WICEPREZES NACZELNEJ
RADY LEKARSKIEJ



do poruszania. Dodatkowym atutem stał się portal gazetalekarska.pl, dzięki któremu udało się wypełnić lukę informacyjną pomiędzy kolejnymi wydaniem – obecnie portal „żyje”, codziennie pojawiają się w nim nowe relacje i teksty, nie tylko informacyjne, ale również naukowe.

Gruntownie zmieniła się również szata graficzna „Gazety” – począwszy od nowego layoutu, przez nowe logo, aż po nową formę graficzną okładki. Ale to nie te aspekty powodują, że coraz częściej słyszę od różnych lekarzy, że „Gazeta” staje się atrakcyjniejsza (co potwierdza również stale rosnąca liczba osób decydujących się na zmianę formy jej otrzymywania z elektronicznej na papierową). Tym, co zauważają czytelnicy, są coraz ciekawsze teksty. A to, że takie są, wynika z prawdziwej pasji pracowników redakcji. Stanowią oni bardzo dobrze współpracującą grupę ludzi, w pewnym sensie jakby jedną redakcyjną rodzinę.

Niesamowicie ciekawe i inspirujące są odbywające się co miesiąc planowania kolejnego numeru – w takich spotkaniach biorą udział członkowie kolegium

redakcyjnego oraz wszyscy dziennikarze i redaktorzy. Nie zdradzę chyba wielkiej tajemnicy, jeśli dodam, że zwykle redaktor naczelny przynosi ciastka.

Na planowaniu omawiany jest każdy pomysł na artykuł, każdy temat, który może być wart zainteresowania i po zaakceptowaniu jest przydzielany któremuś z dziennikarzy do opracowania. Zanim jednak do tego dojdzie, odbywa się podsumowanie i ocena poprzedniego wydania – czasami krytyczna, ale zawsze bardzo sumienna. Następnym punktem jest wybór tematu numeru, któremu będzie poświęcona największa część „Gazety Lekarskiej”.

Po każdym takim spotkaniu jestem pod wrażeniem, jak dobrze dziennikarze naszej gazety czują środowisko lekarskie i dostrzegają jego niuanse. Dlatego myślę, że w imieniu wszystkich czytelników należą się gorące podziękowania wszystkim pracownikom „Gazety Lekarskiej” za cały trud włożony w trakcie kończącej się właśnie kadencji w rozwój i doskonalenie naszej samorządowej gazety. Tak trzymać! ●

NEWSY Z KRAJU I ZE ŚWIATA

SYLWIA WAMEJ, LIDIA SULIKOWSKA

Seniorzy narzekają na zdrowie

Zdrowie polskich seniorów wypadło słabo na tle Unii Europejskiej – wynika z najnowszych danych Eurostatu. Tylko 27,9 proc. osób po 65. roku życia ocenia swój stan zdrowia jako dobry, podczas gdy średnia unijna sięga 40 proc. Polska znajduje się w dolnej części zestawienia, wyraźnie odstając od krajów Europy Zachodniej i Skandynawii.



fot.: Pixabay.com

▲ Starsze osoby najgorzej oceniają swoje zdrowie na Litwie

Najlepsze wyniki notuje Irlandia, gdzie dobre zdrowie deklaruje 62 proc. seniorów. W państwach skandynawskich odsetek ten sięga około połowy populacji 65+. Słabiej od Polski wypadają m.in. Litwa, Łotwa, Rumunia, Słowacja i Węgry. Najgorszy wynik odnotowano na Litwie: jedynie 12,5 proc. osób starszych ocenia swoje zdrowie pozytywnie. Zaskakująco nisko plasuje się także Portugalia (19,1 proc.).

Przeciw pseudomedycynie

Stały Komitet Rady Ministrów przyjął projekt nowelizacji ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Celem zmian jest skuteczniejsze zwalczanie pseudomedycznych praktyk i dezinformacji, których skala – jak podkreśla Ministerstwo Zdrowia – rośnie wraz z rozwojem nowych kanałów komunikacji i narzędzi AI. Projekt, przygotowany z inicjatywy RPP, przeszedł konsultacje społeczne: ponad 120 instytucji zgłosiło łącznie ponad 4 tys. uwag. Nowelizacja ma umożliwić eliminowanie działań,

takich jak leczenie bez uprawnień, oferowanie metod sprzecznych z wiedzą medyczną czy promowanie niesprawdzonych terapii. Postępowania w sprawie praktyk pseudomedycznych będzie prowadził Rzecznik Praw Pacjenta. Przewidziano m.in. kary do 1 mln zł, nakaz natychmiastowego zaniechania nielegalnych działań oraz publiczne ostrzeżenia RPP.

Naprawiali wzrok w sercu Afryki

Wolontariusze Stowarzyszenia „Dla Świata” Paweł Kapszewicz (okulista) i Tomasz Liber (ratownik medyczny) wrócili z trwającej dwa tygodnie misji medycznej w Sierra Leone. Specjaliści przebadali wzrok 530 pacjentom. Jak informuje organizacja, głównym problemem lokalnej społeczności były przewlekłe i bolesne zapale-



fot.: Stowarzyszenie Dla Świata

▲ Są miejsca, gdzie dostęp do podstawowej diagnostyki bywa towarem luksusowym

nia spojówek i jaskra. Dobrano też wiele par okularów korekcyjnych zabranych z Polski. – Widok setek ludzi walczących o wejście do gabinetu uświadamia, że dostęp do podstawowej diagnostyki jest tam towarem luksusowym – komentuje Paweł Kapszewicz. Justyna Janiec-Palczewska ze Stowarzyszenia „Dla Świata” zapowiada, że planowane są kolejne działania, by zapewnić ciągłość leczenia pacjentom w regionie.

Ruch chroni przed alzheimerem

Regularna, umiarkowana aktywność fizyczna może wspierać mózg w spowalnianiu zmian typowych dla choroby Alzheimera. Tak wynika z badań zespołu Mass General Brigham opublikowanych w „Nature Medicine”. Naukowcy przeanalizowali 14-letnie dane kilkuset osób w wieku 50–90 lat, monitorując ich aktywność za pomocą krokomierny oraz wykonując okresowe testy poznawcze i badania obrazowe mózgu. Uczestnicy, którzy wykonywali 5–7,5 tys. kroków dziennie, mieli wolniejsze tempo odkładania białek tau oraz mniejsze pogorszenie funkcji poznawczych.

Weryfikacja medyka w IKP

Pacjenci zyskają możliwość weryfikacji pracowników medycznych w Internetowym Koncie Pacjenta. Inicjatorem rozwiązania jest NIL IN – Sieć Lekarzy Innowatorów Naczelnej Izby Lekarskiej. – Centrum e-Zdrowia pracuje nad uruchomieniem nowej funkcji w IKP, dzięki której po wpisaniu imienia i nazwiska lub numeru prawa wykonywania zawodu będzie można sprawdzić, czy dana osoba rzeczywiście jest medykiem. Rozwiązanie obejmie wszystkie zawody medyczne posiadające PWZ, w tym lekarzy, lekarzy dentyków i farmaceutów – mówi Małgorzata Wywrot, menedżerka Programów Innowacji Zdrowotnych NIL IN. Jak podkreśla, impuls do podjęcia współpracy z CeZ pojawił się w związku z rosnącą liczbą fałszywych profili w mediach społecznościowych, których autorzy podszywają się pod specjalistów medycznych. – Jeden z takich profili zgromadził tysiące obserwujących. Publikowano na nim rzekome porady lekarskie,

a nawet sprzedawano suplementy. To bardzo niebezpieczne zjawisko. Pacjenci powinni mieć możliwość szybkiego sprawdzenia, z kim naprawdę mają do czynienia – zaznacza Małgorzata Wywrot. Nowa funkcja ma wkrótce zostać udostępniona w IKP. Planowane jest także jej wdrożenie w aplikacji mojeIKP.

Jakość powietrza i rak

Długotrwałe narażenie na zanieczyszczenie powietrza pyłem zawieszonym PM_{2,5} zwiększa ryzyko zachorowania na raka o 11 proc. i zgonu z tego powodu o 12 proc. – wynika z raportu opublikowanego przez Union for International Cancer Control (UICC). Największe ryzyko jest związane z zachorowalnością na raka wątroby (o 32 proc. w porównaniu z osobami nienarażonymi) i jelita grubego (18 proc.), a w przypadku zgonów z rakiem piersi (20 proc.), wątroby (14 proc.) i płuca (12 proc.). Pojawiły się także dowody, które wskazują, że długotrwała absorpcja/wchłanianie drobnych cząstek zanieczyszczeń powietrza (PM_{2,5}) zwiększa ryzyko zachorowania na raka mózgu o 63 proc. Raport powstał w oparciu o badania George Institute for Global Health przy wsparciu Clean Air Fund. To synteza wyników 42 metaanaliz i przeglądów systematycznych opublikowanych w latach 2019–2024.

Więcej boreliozy i KZM

W Małopolsce rośnie liczba osób z chorobami odkleszczowymi – informuje Małopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia. W 2025 r. było około 20 tys. chorych na boreliozę. To o 15 proc. więcej niż w 2020 r. Mieszkańcy regionu częściej chorowali też na kleszczowe zapalenie mózgu, choć skala jest zdecydowanie mniejsza. W ubiegłym roku zdiagnozowano tę chorobę u niemal 100 osób, podczas gdy w 2020 r. tylko u 36 osób. – W przypadku KZM dostępne jest skuteczne szczepienie ochronne, które zalecane jest szczególnie pracownikom leśnym, rolnikom i osobom często przebywającym na łonie natury. To szczepienie odpłatne – przypomina Aleksandra Kwiecień, rzeczniczka prasowa MOW NFZ.

Z krwi pacjenta

Poradnia Dysfunkcji Narządu Żucia Uniwersyteckiego Centrum Stomatologicznego (UCS) przy Uniwersytecie Medycznym we Wrocławiu (UMW) wykonuje autologiczne terapie regeneracyjne krwiopochodne do leczenia wybranych schorzeń stawów skroniowo-żuchwowych



fot.: Tomasz Wałów, UMW

▲ Pacjentowi można podać trzy rodzaje preparatów wytwarzanych w jego krwi

oraz mięśni głowy i szyi. Są to małoinwazyjne procedury wykorzystujące biologiczny materiał pochodzący z krwi własnej pacjenta. – Pacjentowi możemy podać trzy rodzaje preparatów wytworzonych z jego własnej krwi: osocze bogatopłytkowe, fibrynę bogatopłytkową oraz koncentrat autologicznych egzosomów – wyjaśnia prof. Mieszko Więckiewicz, kierownik Katedry i Zakładu Stomatologii Doświadczalnej UMW oraz Poradni Dysfunkcji Narządu Żucia UCS. Dodaje, że każda z nich przynosi poprawę funkcjonowania stawu i zmniejsza dolegliwości bólowe. Autologiczne terapie regeneracyjne krwiopochodne to alternatywa dla bardziej tradycyjnych metod leczenia dolegliwości stawów skroniowo-żuchwowych, takich jak szynoterapia, długotrwała farmakoterapia przeciwbólowa i przeciwzapalna, iniekcje kolagenu, sterydu czy podawanie kwasu hialuronowego.

Źródło: UMW

Ochrona dzięki diecie wege

Jak wynika z analizy zbiorczej obejmującej w sumie 1,8 mln kobiet i mężczyzn z dziewięciu

badan prospektywnych na trzech kontynentach (Wielka Brytania, USA, Tajwan, Indie) wegetarianie w porównaniu do osób jedzących mięso mają niższe ryzyko zachorowania na raka trzustki, piersi, gruczołu krokowego, nerek i szpiczaka mnogiego, ale wyższe na płaskonabłonkowego raka przełyku. Wyniki opublikowano w „British Journal of Cancer”.

Co trzeci Amerykanin pyta AI o zdrowie

Trzydzieści dwa proc. dorosłych mieszkańców USA przyznaje, że korzysta z narzędzi sztucznej inteligencji (chatbotów), aby uzyskać informacje dotyczące zdrowia – wynika z sondażu organizacji Kaiser Family Foundation przeprowadzonego na reprezentatywnej próbie 1343 osób. Zdecydowanie częściej chodzi o zapytania na temat zdrowia fizycznego niż psychicznego. Większość robi to dlatego, że szuka natychmiastowej porady albo gdy musi zdecydować, czy iść do specjalisty. Znaczenie ma również utrudniony dostęp do opieki zdrowotnej.

Ile można grać

Naukowcy z Curtin University (Australia) przeprowadzili badanie, w którym wykazali, że granie w gry wideo ponad 10 godzin tygodniowo może mieć wpływ na dietę, sen i masę ciała u młodych ludzi. W badaniu uczestniczyło 317 studentów z kilku uniwersytetów ze średnią wieku 20 lat. Okazało się, że ci, którzy grali najczęściej, mieli gorszą dietę i jakość snu, wśród tej grupy uczestników było też więcej osób z otyłością w porównaniu do grup grających rzadko/umiarkowanie. Autorzy zaznaczają, że badanie nie dowodzi, że nadmierne granie powoduje te problemy, ale zwiększa ryzyko ich wystąpienia, bo może zaburzyć zdrowe nawyki, takie jak zbilansowana dieta i aktywność fizyczna.

Źródło: Curtin University

Plan pełzającej prywatyzacji

PIOTR KOŚCIELNIAK
REDAKTOR NACZELNY



To nieprawda, że ministerstwo nie ma pomysłu na system ochrony zdrowia. Te podłe, oszczercze zarzuty trzeba zdecydowanie odrzucić. Tylko osoby całkowicie pozbawione wyobraźni mogą wysuwać jakże krzywdzące tezy o braku strategii, działaniach chaotycznych i bez planu. Równie bezpodstawne jest insynuowanie niechęci do działania lub wręcz niekompetencji kierownictwa resortu. Co to, to nie. Twierdzą, że ministerstwo ma nie tylko strategię, ale również kompetencje, chęci, a co najważniejsze – ma plan. I właśnie teraz realizuje go z pełną konsekwencją, nie oglądając się na skutki.

Jak inaczej można wytłumaczyć skorelowane wysiłki zmierzające do ograniczenia dostępności do świadczeń przez wprowadzenie tylnymi drzwiami limitów, zmniejszanie odpłatności za wizyty i diagnostykę, likwidację oddziałów i wpędzanie szpitali powiatowych w astronomiczne długi? O ile kwestię limitów da się rozwiązać szybko – jednym rozporządzeniem, o tyle efekty zadłużenia będą znacznie poważniejsze. Placówki medyczne pozbawione należnych im pieniędzy z NFZ, bez płynności finansowej, będą tracić lekarzy i pacjentów. Ci pierwsi pójdą tam, gdzie im się dobrze płaci za pracę i nie wymaga robienia zrzutek na konserwację niezbędnego sprzętu. Ci drudzy zapłacą, byle mieć badanie lub wizytę kontrolną w terminie, który nie wymaga kupowania kalendarza na przyszły rok. Czy wręcz na kolejne lata.

Wspomniana wyobraźnia podpowiada, co będzie dalej. Świetnie funkcjonujące prywatne sieci,

zarabiające na zdesperowanych pacjentach, którzy wcześniej odbili się od drzwi placówek publicznych, po prostu przejmą rynek. Kupią podupadające szpitale i gabinety, po czym wprowadzą taki zakres usług, który pozwoli zmaksymalizować zysk. Zlikwidują oddziały chronicznie niedofinansowane – przynoszące straty. Będzie jak w stomatologii, gdzie prywatne gabinety, kasujące po półtora tysiąca za wyrwanie bolącego zęba (w Warszawie), zdominowały rynek. Likwidacja porodówek i nieudana akcja z wprowadzaniem pokoiów narodzin to tylko próbka tego, co czeka nas po realizacji tego scenariusza.

Nie wierzę, że w Narodowym Funduszu Zdrowia, Ministerstwie Zdrowia i w całym rządzie nikt nie wie, czym jest łańcuch przyczynowo-skutkowy i nie dostrzega prostych konsekwencji swoich czynów. A skoro dostrzega i nie reaguje, to znaczy, że to wcale nie bałagan, tylko zamierzone działanie. To PPP – plan pełzającej prywatyzacji.

Moim zdaniem to właśnie ten problem będzie jednym z największych wyzwań kolejnej kadencji władz samorządu lekarzy i lekarzy dentystów. A skoro już o tym mowa – na portalu gazetalekarska.pl będziemy na żywo relacjonować wydarzeniu Krajowego Zjazdu Lekarzy. Pracujemy też nad nową odsłoną naszej strony. Będzie nowocześniejsza, lżejsza i wzbogacona o nowe tematy i formy. Zglądajcie do nas!



Wyniki sondażu United Surveys opublikowane w pierwszej połowie kwietnia są druzgocące: czterech na pięciu Polaków nie dostrzega żadnych pozytywnych efektów działań koalicji rządzącej w obszarze ochrony zdrowia, blisko połowa nie widzi ich zdecydowanie. Efektów nie widzą niemal wszyscy wyborcy PiS, ale i dwie trzecie wyborców, którzy w 2023 r. zagłosowali na partię sprawującą rząd.

W jaki sposób zaostrzający się kryzys w systemie ochrony zdrowia wpłynie na opinie Polaków i – co ważniejsze – czy ocena tego, jak rząd sobie radzi (a raczej nie radzi) z kryzysem, przełoży się na wybory polityczne? Na razie nie widać, by jednoznacznie krytyczne opinie miały jakiegokolwiek przełożenie np. na sondaże wyborcze. Przeciwnie: Koalicja Obywatelska zyskuje, Prawo i Sprawiedliwość traci, jak się wydaje głównie na rzecz dwóch Konfederacji.

SYSTEM ZACZYNA LICZYĆ KAŻDY GROSZ

Czy spór wokół wotum nieufności dla ministra zdrowia Jolanty Sobierańskiej-Grendy (Sejm zajmie się nim prawdopodobnie dopiero w maju) może stać się punktem zwrotnym dla ugrupowania Jarosława Kaczyńskiego i Przemysława Czarnka? Wiele zależy od tego, z czym system, Ministerstwo Zdrowia, NFZ, ale przede wszystkim pacjenci i pozostali interesariusze będą musieli zmierzyć się w nadchodzącym czasie.

A wyzwań nie zabraknie. To, że w tegorocznym planie finansowym płatnika zabraknie ponad 23 mld zł, było wiadomo już wczesną jesienią ubiegłego roku. Kwota 23 mld zł – bo na tyle wyliczono lukę – odmienniana przez wszystkie przypadki, spowszedniała i przestała „straszyć”. Mówiąc uczciwie, chyba mało kto zakładał scenariusz inny niż znany z lat poprzednich: była luka, nie ma luki, bo budżet państwa – co prawda nie jednorazowo, ale jakoś – ją zasypywał. Teraz nie ma „jakoś” – jest luka i... jest luka. Są też cięcia albo ich zapowiedź, albo – co w systemie dalekim od wystarczającego poziomu

TEMAT NUMERU

Cięcia. Zdrowie pod kreską

MAŁGORZATA SOLECKA
DZIENNIKARKA

System ochrony zdrowia wchodzi w fazę otwartego niedoboru: miliardowa luka przestaje być abstrakcją, a zaczyna oznaczać realne ograniczanie świadczeń. Oszczędności już uderzają w diagnostykę i programy lekowe, a wszystko wskazuje, że to dopiero początek.

finansowania ma szczególne znaczenie – zapowiedź, że ze względu na wiadomą sytuację finansową nie ma mowy o zwiększeniu wydatków nawet na najbardziej zasadny cel.

I choć pojawiają się informacje, że zarówno premier Donald Tusk, jak i minister finansów Andrzej Domański doskonale wiedzą, iż również w tym roku na „zdrowie” trzeba będzie przekazać dodatkowe miliardy, nie ma żadnych sygnałów, by jakiegokolwiek pieniądze rzeczywiście miały przepłynąć. To zaś oznacza tylko jedno: jeśli Fundusz nie ma dokonywać w ostatnich miesiącach roku cięć kontraktów rządu 20 proc. w całym kraju, musi szukać oszczędności tu i teraz. I płatnik tych oszczędności szuka.

DIAGNOSTYKA: PIERWSZA OFIARA OSZCZĘDNOŚCI

Od marca, kiedy Narodowy Fundusz Zdrowia po raz pierwszy przekazał informację o planowanych zmianach w finansowaniu kosztownych badań diagnostycznych w AOS (tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny, kolonoskopia, gastroskopia), interesariusze systemu ochrony zdrowia przestali zakładać, że „będzie, jak było”. Kolejne sygnały przekazywane przez płatnika tylko wzmacniają przekonanie, że ciężkie czasy dopiero nadchodzą.

Co prawda, płatnik nieco złagodził pierwotne założenia pierwszej tury cięć. Zarządzenie, które weszło w życie, przewiduje po pierwsze obowiązywanie nowych zasad od drugiego kwartału (pierwotnie od stycznia 2026 r.), a po drugie – nieco mniejszą degresję: za nadwykonania w badaniach obrazowych Fundusz zapłaci 50 proc., a w endoskopowych 60 proc. ceny (pierwotnie dla obu rodzajów badań miało



ilustracja: Michał Trusz

to być 40 proc.). Ustępstwa płatnika nie zmieniają jednak zasadniczo sytuacji. Jest jasne, że dostępność do tych świadczeń musi się zmniejszyć. Odczują to nie tylko świadczeniodawcy, ale przede wszystkim pacjenci, a w ostatecznym rozrachunku – również system.

Ruch płatnika wywołał protesty: listy otwarte i stanowiska do NFZ, rządu i premiera kierowały organizacje samorządów terytorialnych w imieniu swoich szpitali, przedstawiciele menedżerów, fundacje i stowarzyszenia pacjentów oraz środowiska profesjonalistów

medycznych. Obok głosu samorządu lekarskiego szczególnie mocno wybrzmiał list Polskiego Towarzystwa Gastroenterologii i Towarzystwa Chirurgów Polskich, które przypomniały, że badania endoskopowe – takie jak kolonoskopia i gastroduodenoskopia – odgrywają kluczową rolę w wykrywaniu zmian przednowotworowych oraz wczesnych stadiów raka jelita grubego i raka żołądka, umożliwiając skuteczne leczenie i realne obniżenie śmiertelności.

– Trudno bez tych badań wyobrazić sobie skuteczne rozpoznawanie i leczenie nowotworów, chorób zapalnych jelit czy łagodnych schorzeń przewodu pokarmowego, takich jak choroba wrzodowa. W większości przypadków badania te są absolutnym standardem w diagnostyce przedoperacyjnej, a także niezbędnym elementem nadzoru po szeregu procedur gastroenterologicznych i chirurgicznych. Ich zaniechanie jest błędem w sztuce, niosącym określone konsekwencje dla lekarzy i pacjentów – napisali specjaliści, oceniając, że NFZ „nie analizuje konsekwencji swoich decyzji w wymiarze klinicznym i społecznym, ograniczając się wyłącznie do perspektywy księgowej”.

Ograniczanie dostępu do diagnostyki ambulatoryjnej nie generuje realnych oszczędności, lecz prowadzi do przesunięcia kosztów na późniejsze etapy leczenia – hospitalizacje, leczenie operacyjne i onkologiczne – które są wielokrotnie droższe, a często wymagają prowadzenia dalszej diagnostyki i leczenia w ramach hospitalizacji.



Fot. KPRM

Choć autorzy protestów i stanowisk w różny sposób rozkładali akcenty, miały one potężny wspólny mianownik. Gros argumentów sprowadzało się do możliwych – a w praktyce pewnych – opóźnień w diagnostyce, szkodliwych zarówno dla zdrowia pacjentów, jak i dla finansów systemu. Bo ten prędzej czy później będzie musiał ponieść większe koszty mniej skutecznego leczenia chorych, którym nie udało się w optymalnym czasie dostać na badanie.

Dostać w ramach systemu publicznego, bo – jak zauważają praktycznie wszyscy krytycy decyzji płatnika (i Ministerstwa Zdrowia) – ograniczenie dostępności badań w systemie publicznym oznacza przerzucenie kosztów na pacjentów. Oczywiście tych, którzy mogą sobie na to pozwolić finansowo i logistycznie. – To prosty sposób na pogłębianie i tak olbrzymich nierówności – alarmowali i alarmują pacjenci oraz eksperci.

Protesty nie zatrzymały decyzji Funduszu. Złagodziły nieco stanowisko płatnika i – wszystko na to wskazuje – opóźniły kolejne kroki, jakie zamierza podjąć NFZ i Ministerstwo Zdrowia. Fundusz

już w marcu sygnalizował bowiem, że analogiczne decyzje do tych, jakie podjął w obszarze diagnostyki kosztochłonnej, będą dotyczyć także niektórych procedur zabiegowych (operacje

Czterech na pięciu Polaków nie dostrzega żadnych pozytywnych efektów działań koalicji rządzącej w obszarze ochrony zdrowia, blisko połowa nie widzi ich zdecydowanie

zaćmy) oraz całej AOS, w której na dotychczasowych zasadach miałyby być rozliczane wyłącznie wizyty pacjentów pierwszorazowych (oraz tych grup pacjentów, którym nielimitowane świadczenia gwarantują ustawy, np. pacjentów pediatrycznych). Jednak w połowie kwietnia pozostawało to w sferze medialnych zapowiedzi.

◀ *Sejmowa arytmetyka jest bezwzględna – minister zdrowia Jolanta Sobierańska-Grenda raczej nie musi obawiać się utraty stanowiska*

PROGRAMY LEKOWE JAK PAPIEREK LAKMUSOWY

Słowa wyprzedzają decyzje i czyny, ale liczą się przede wszystkim fakty. A tych, które wskazują, że cięcia będą postępować, nie brakuje. Przykład? Płatności za ubiegłoroczne nadwykonania. Te dotyczące świadczeń nielimitowanych zostały zrealizowane niemal w całości (w połowie kwietnia brakowało rozliczenia na ok. 30 mln zł – jak tłumaczył wiceprezes NFZ Marek Augustyn – z powodu błędów formalnych, choć posłowie zwracali uwagę, że termin upłynął z końcem marca).

O nadwykonaniach świadczeń limitowanych NFZ może powiedzieć tylko tyle:

– Zapłacimy, jak będziemy mieć pieniądze.

Już wiadomo, że przynajmniej w dwóch największych oddziałach oznacza to: nie zapłacimy wcale albo wypłacimy kwoty symboliczne. Na Śląsku i na Mazowszu w ubiegłym roku w planie finansowym zaczęło brakować środków na realizację umów – problemem są potężne nadwykonania w obszarach nielimitowanych.

Ale problem jest szerszy. Niejako przy okazji Narodowy Fundusz Zdrowia przyznał bowiem, że dotyczy on tak neuralgicznego obszaru, jak programy lekowe. Fundusz traktuje je jak hybrydę. Programy lekowe są świadczeniem limitowanym, a limity w nich zwiększane są niechętnie albo wcale. Jednocześnie Fundusz, odmawiając powiększania limitów, zapewnia, że zapłaci za nadwykonania. I rzeczywiście płaci – ale w lwiej części programów jedynie za leki, które otrzymali pacjenci.

Część umowy dotycząca kosztów obsługi programu (w tym monitorowania efektywności terapii) traktowana jest jak świadczenie limitowane – ze wszystkimi tego konsekwencjami: za nadwykonania płatności są opóźnione, objęte decesją lub nie są realizowane w ogóle. A ponieważ sytuacja w poszczególnych oddziałach jest różna, w jednych szpitalach prowadzące programy lekowe mogą (i będą mogły) liczyć przynajmniej na jakieś

pieniądze, w innych – nie powinny liczyć na nic, co wykracza poza limit.

Dla tych, którzy uważnie śledzą sytuację w programach lekowych, informacje przekazane przez płatnika nie były zaskoczeniem. Ośrodki prowadzące leczenie już od pewnego czasu alarmowały o tej praktyce, której dotkliwość rośnie wraz z pogarszaniem się sytuacji finansowej NFZ.

Problem narasta, ponieważ pacjenci w programach lekowych w ogromnej większości pozostają przez lata (jeśli leczenie jest skuteczne, jest kontynuowane), natomiast płatnik limitów zwiększać nie chce lub nie może. To zaś oznacza, że nowi pacjenci już „na wejściu” generują dla podmiotu ryzyko powiększenia nadwykonań. Można się tylko zastanawiać, jak szybko w bieżącym roku pojawiają się doniesienia o nieprzyjmowaniu chorych do programów lekowych.

Nie bez przyczyny w połowie kwietnia kilkadziesiąt organizacji pacjentów wystosowało wspólny apel w sprawie dostępności do innowacyjnego leczenia,

próbując zwrócić uwagę decydentów, że gwarancje nie mogą pozostawać jedynie na papierze.

DOSTĘPNOŚĆ. JAK TO ŁATWO POWIEDZIEĆ

Wydaje się, że przypominania o różnicach między tym, co deklarowane, a tym, co realizowane – między teorią a praktyką, między zapisami a decyzjami – nigdy dość. Dziś staje się to potrzebą wręcz palącą.

– Biorąc pod uwagę sytuację na świecie, mamy jeden z najlepszych dostępu do świadczeń. Kraje Europy Zachodniej mogą nam pozazdrościć zarówno dostępu do świadczeń, jak i szerokiego koszyka świadczeń gwarantowanych – mówiła 17 kwietnia w Polskim Radiu wiceminister zdrowia Katarzyna Kęcka, wprawiając w osłupienie nie tyle kraje Europy Zachodniej, ile własnych współobywateli.

Bo o ile rzeczywiście jakość polskiej ochrony zdrowia i usług medycznych jest w badaniach i sondażach oceniana pozytywnie, często nawet wysoko, o tyle dostępność pozostawia wiele do życzenia – i jest to najłagodniejsze możliwe określenie.

Być może – patrząc na kontekst innych wątków rozmowy – wiceszefowa

resortu miała na myśli brak określonych ścieżek, które pozwalają niektórym pacjentom latami kontynuować leczenie stosunkowo prostych chorób przewlekłych w AOS, mimo że powinni zgodnie z zaleceniami wrócić do POZ. Rzeczywiście, jest to polska specyfika, podobnie jak fakt, że „porada w POZ” oznacza w praktyce przyjęcie przez lekarza lub co najmniej teleporadę lekarską.

W krajach, w których podstawowa opieka zdrowotna stanowi fundament systemu, kontakt z lekarzem POZ ma jedynie część pacjentów – większość spraw rozstrzygają inni specjaliści medyczni, działający w ramach zespołu POZ.

Jeśli jednak ministerstwo planuje coś z tym zrobić (a wiele wskazuje, że tak właśnie jest), warto przypomnieć prostą zasadę: fundament trzeba najpierw odpowiednio wzmocnić, aby mógł utrzymać zwiększające się obciążenie. Tymczasem na takie wzmocnienie nie ma dziś ani spójnego pomysłu, ani planu – nie mówiąc o środkach.

Są za to zapowiedzi zdecydowanych działań, np. w obszarze szpitalnym, gdzie – według resortu – wciąż dochodzi do fikcyjnych hospitalizacji. Choć przy ograniczeniach w diagnostyce ambulatoryjnej może się okazać, że hospitalizacji – nawet jeśli nie „fikcyjnych”, to z punktu widzenia efektywności zbędnych – będzie więcej.

Będzie też – jak zapowiada wiceminister Kęcka – zdecydowane dążenie do konsolidacji.

Pytanie nie za sto, ale za kilkanaście punktów procentowych: kto na nieco ponad rok przed wyborami parlamentarnymi da resortowi zdrowia zielone światło do trudnych społecznie i – jak się wydaje – nie do końca przemyślanych działań? I dlaczego przez osiem miesięcy urzędowania obecnego kierownictwa resortu zapowiedzi te nie zostały zrealizowane? O konsolidacji była mowa wręcz od końca lipca, gdy tylko Jolanta Sobierańska-Grenda objęła urząd, a nawet wcześniej.

MINISTER: MÓWIĘ O TYM OD POCZĄTKU

Na przełomie marca i kwietnia opozycja zapowiedziała nie jeden, ale dwa wnioski o wotum nieufności wobec Jolanty Sobierańskiej-Grendy. Partię

▼ Programy lekowe pokazują skalę problemu: nowych pacjentów przybywa, ale limity nie rosną – a to oznacza ryzyko, że system zacznie zamykać się na tych, którzy dopiero potrzebują leczenia



Razem oraz Prawo i Sprawiedliwość wiele dzieli, ale w kwestii ochrony zdrowia łączy je trzy rzeczy: wyraźna niechęć do obecnej szefowej resortu oraz – mniej lub bardziej wyrażane – podejrzenia o dążenie do prywatyzacji systemu. Kolejnym wspólnym elementem jest koncepcja „nowego ładu” w ochronie zdrowia, którego fundamentem miałby być zakaz łączenia pracy przez lekarzy w sektorze publicznym i prywatnym – postulat wspierany zarówno przez Adriana Zandberga, jak i Jarosława Kaczyńskiego.

Z zapowiadanych dwóch wniosków prawdopodobnie pozostanie jeden (trudno przesądzić, czy partii Razem uda się zebrać wymagane podpisy), który najpewniej będzie procedowany nie wcześniej niż w maju. Sejmowa arytmetyka jest jednak bezwzględna – minister zdrowia raczej nie musi obawiać się utraty stanowiska.

– PiS i Konfederacja nie będą nam układać rządu – podkreślają przedstawiciele koalicji.

Nawet jeśli obecne kierownictwo resortu nie budzi entuzjazmu w samej Koalicji Obywatelskiej, a mniejsi koalicjanci zgłaszają zastrzeżenia do „odpartyjnienia” resortu, głosowanie za wnioskiem oznaczałoby polityczne trzęsienie ziemi. Stawką nie jest więc wyłącznie stanowisko ministra zdrowia, ale stabilność całego rządu.

W kluczowych dla systemu i pacjentów wiosennych tygodniach minister pozostawała nieco w cieniu, nie wychodząc na pierwszy plan, w momencie gdy NFZ wdrażał pierwszą falę cięć. Wyraźny wzrost aktywności – wiązany przez komen-

Ograniczanie dostępu do diagnostyki ambulatoryjnej nie przynosi realnych oszczędności – przesuwa koszty na późniejsze etapy leczenia, które są droższe i mniej efektywne

tatorów z polityczną ofensywą PiS – nastąpił po Wielkanocy. Szefowa resortu ogłosiła m.in., że system wymaga gruntownej przebudowy, podkreślając, że mówi o tym od początku swojej kadencji.

Problem w tym, że w wypowiedziach, zapowiedziach i działaniach resortu łatwo się pogubić. Przykład? Wynagrodzenia. W przypadku wynagrodzeń minimalnych – miesiące

negocjacji angażujących stronę społeczną i ostateczne fiasko. Teraz temat wraca za sprawą projektu ustawy przygotowanego przez PSL.

Kontrakty lekarskie? Jesienią – intensywna ofensywa i zapowiedzi zmian. W listopadzie – wycofanie się z planów wobec świadomości, że ich realizacja w proponowanym kształcie jest niemożliwa.

W międzyczasie pojawiły się kolejne pomysły: limity wydatków na wynagrodzenia w szpitalach czy nowe uprawnienia Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji do przetwarzania danych z umów i ich agregowania do numerów PESEL lub PWZ.

W ciągu zaledwie pół roku pojawił się wysyp inicjatyw, z których żadna – przynajmniej na razie – nie została doprowadzona do końca ani nawet wprowadzona na ścieżkę realizacji.

W przeciwieństwie do NFZ: płatnik wdraża to, co zapowiada. Pytanie brzmi: co będzie miało większą siłę oddziaływania na system? •

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

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

ARTYKUŁ SPONSOROWANY

TEMAT NUMERU

Publiczna stomatologia znika

System opieki finansowany przez NFZ znalazł się w punkcie krytycznym. **Paweł Barucha**, wiceprezes NRL, w rozmowie z Sylwią Wamej ocenia, że kolejne cięcia, chaotyczne decyzje i brak realnego planowania mogą doprowadzić do zaniku świadczeń dostępnych dla pacjentów.

Czy środowisko stomatologiczne było przygotowane na ograniczenia finansowe dotyczące nadwykonań?

Tak, o części tych decyzji wiedzieliśmy już na początku roku. W styczniu pojawiła się informacja, że za nadwykonania będzie wypłacane jedynie 40 proc. wartości świadczeń. Jeszcze przed oficjalnym podsumowaniem roku było jasne, że w stomatologii nie pojawią się dodatkowe środki i że ten obszar nie jest traktowany jako priorytet.

Co oznacza dla stomatologii publicznej decyzja o odjęciu kolejnych 40 proc. środków?

To jest uderzenie w już bardzo ograniczony budżet. Jeśli odejmujemy 40 proc. od czegoś, co i tak było niewystarczające, to realnie zabieramy połowę środków, którymi dysponowały placówki. W takiej sytuacji stomatologia publiczna nie będzie już kulała. Ona znajdzie się w stanie całkowitej zapaści. Mówię to z pełną odpowiedzialnością: takie decyzje prowadzą do stopniowego zaniku publicznej opieki stomatologicznej.

W środowisku dentystów narasta oburzenie wobec ostatnich działań NFZ. Co budzi największy niepokój?

Niepokój budzi przede wszystkim chaos decyzyjny. Ostatnio pojawiło się na stronach NFZ ogłoszenie – nawet nie zarządzenie, niepodpisane przez nikogo, które wyrwca część procedur do góry nogami. Za świadczenia, które były normalnie rozliczane przez cztery lata i nigdy nie budziły zastrzeżeń, nagle „nie będziemy płacić”. Bez uzasadnienia, bez konsultacji, bez poszanowania pracy lekarzy. Po prostu – nie, bo nie. Ale jedno jest jasne: to kolejny sygnał, że system desperacko szuka oszczędności, zamiast racjonalnie planować opiekę zdrowotną. Rolę planowania przejęły statystyki, a nie realne potrzeby.



fot.: archiwum prywatne

Jak te decyzje przełożą się na pacjentów?

Dostępność świadczeń będzie jeszcze bardziej ograniczona. Pacjentom będzie niezwykle trudno dostać się do publicznej opieki stomatologicznej. Już dziś stomatologia jest niedoszacowana, a teraz będzie dodatkowo niedofinansowana. W takich warunkach wielu lekarzy po prostu zrezygnuje z pracy w systemie publicznym.

NFZ podkreśla, że dokłada pieniędzy do koszyka i wprowadza nowe procedury. Jak to wygląda z perspektywy lekarzy?

To narracja oderwana od realiów. Ostatnie kontraktowanie w stomatologii odbyło się w 2017 r. Od tamtej pory warunki pracy i koszty prowadzenia gabinetu zmieniły się diametralnie, a kontrakty pozostały takie same. Dziś zmienia się zasady finansowania, obniża wyceny i tnie koszty, ale nie ma już czego ciąć. W stomatologii nie ma nadmiaru pieniędzy, które można byłoby prze-suwać. Co więcej, niektóre procedury są wycenione tak absurdalnie, że bardziej opłaca się usunąć ząb, niż go leczyć. To cofanie się do realiów sprzed wielu dekad.

◀ *Jeśli dalej będziemy traktować leczenie jak produkcję w fabryce gwoździ, publiczna stomatologia przestanie istnieć – ostrzega wiceprezes NRL Paweł Barucha*

Samorząd lekarski od dawna ostrzegał przed taką sytuacją. Jakie działania podejmowano wcześniej?

Od lat konsekwentnie mówimy, co się wydarzy, jeśli system nie zostanie naprawiony. Teraz wszyscy próbują gasić pożar, choć ostrzegaliśmy, że dojdzie do zapaści. Zgłaszaliśmy konkretne propozycje. Była to ponowna wycena procedur, dostosowanie ich do realiów rynkowych, uporządkowanie zasad finansowania. To nie były postulaty „na nie”. To były gotowe drogi wyjścia. Tymczasem choć słyszałem zapewnienia, że skierowano wniosek do Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji o nową wycenę stomatologii zachowawczej i dziecięcej na 2026 r., do dziś Agencja nie otrzymała żadnego formalnego zlecenia.

Jakie są konsekwencje dalszego ograniczania wydatków na stomatologię?

Konsekwencje są jednoznaczne: publiczna stomatologia przestanie funkcjonować. W ciągu kilku lat udział stomatologii w budżecie NFZ spadł z około 3,14 proc. do 2,14 proc. Nominalnie środki wzrosły, ale to złudzenie, bo lekarze w ciągu pół roku wykonują cały roczny kontrakt. To pokazuje skalę niedoszacowania. Jeśli dalej będziemy traktować leczenie jak produkcję w fabryce gwoździ, system się rozpadnie. I to nie jest metafora, to realny scenariusz, który właśnie obserwujemy. •

TEMAT NUMERU

Jesteśmy zakładnikami

Ambulatoryjna opieka specjalistyczna może stać się wąskim gardłem. Zamiast ją wzmacniać, zmiany regulacyjne jeszcze bardziej obciążają szpitale – ostrzega **Marcin Karolewski**, prezes Polskiego Towarzystwa Lekarzy Menedżerów, w rozmowie z Mariuszem Tomczakiem.

Jak ocenia Pan obecną sytuację w szpitalach publicznych? Jesteśmy zakładnikami systemu, w którym rachunek ekonomiczny jest ważniejszy od potrzeb pacjentów. Nad lekarzami stoją ekonomiści, a nad dyrektorami szpitali organy założycielskie – wszyscy oczekują dodatniego wyniku finansowego.

Najbardziej widać to na poziomie lokalnym. Szpitale powiatowe funkcjonują w oparciu o zasadę: jeśli nie generują strat, to mają prawo istnieć, a jeśli finanse się nie spinają, to placówka powinna zostać zlikwidowana. Decyzje w tej sprawie są przerzucane na podmiot tworzący, który często staje przed wyborem: restrukturyzacja albo konieczność ponoszenia rosnących kosztów.

Co należy zrobić?

System powinien być budowany w oparciu o realne potrzeby społeczeństwa i oczekiwany skutek. Wciąż nie mamy map potrzeb zdrowotnych z prawdziwego zdarzenia. Wprowadzcie dokumenty pod taką nazwą istnieją, ale w istocie są to mapy wykonań, bo pokazują to, co już było, zamiast koncentrować się na przyszłości. Wobec tego, że nie bardzo wiadomo, jakie są potrzeby mieszkańców danej miejscowości, powiatu i regionu, nie jest znany docelowy kształt sieci placówek w kraju.

W niedawno podjętym stanowisku Polskie Towarzystwo Lekarzy Menedżerów zaapelowało o przygotowanie ogólnokrajowej strategii restrukturyzacji opartej na zaktualizowanych mapach potrzeb zdrowotnych. Konieczna jest m.in. koordynacja szpitali z ambulatoryjną opieką specjalistyczną, alokacja zasobów w oparciu o dane demograficzne i epidemiologiczne, a także ujednolicenie wycen, zwłaszcza w opiece nad pacjentami starszymi i wielochorobowymi. Potrzebujemy odpowiedzialnego zarządzania, a nie doraźnych rozwiązań.



fot.: archiwum prywatne

Co jest większym problemem: brak strategii czy krótka finansowa koldra?

Pieniądzy jest tyle, ile jest, ale jeżeli nie ma realnego planu zabezpieczającego potrzeby zdrowotne ludności na danym terenie, to środki przynajmniej częściowo będą wydawane w sposób mniej skuteczny i mniej efektywny. Pogłębiająca się zapaść finansowa placówek pierwszego stopnia to bezpośredni skutek błędów systemowych. Od dawna wiadomo, że część procedur medycznych jest niedoszacowana, przez co placówki nie są w stanie pokryć rzeczywistych kosztów świadczonych usług medycznych.

Dlaczego Narodowy Fundusz Zdrowia zmienił zasady rozliczania nadwykonań w diagnostyce?

Oficjalnym powodem zmian są oszczędności. Obawiam się, że rezonans, tomografia komputerowa czy badanie endoskopowe będą znacznie łatwiej dostępne w szpitalach niż w trybie ambulatoryjnym. To niepotrzebnie obciąży leczniczo zamknięte i będzie skutkowało ograniczaniem diagnostyki w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

◀ Zamiast dążyć do odwrócenia piramidy świadczeń, system dryfuje dziś w dokładnie przeciwnym kierunku – uważa **Marcin Karolewski**, prezes Polskiego Towarzystwa Lekarzy Menedżerów, przewodniczący Komisji ds. Szpitalnictwa Naczelnej Rady Lekarskiej

Przepisy obowiązujące od początku kwietnia 2026 r. mogą doprowadzić do sytuacji, w której najbardziej efektywna będzie opieka podstawowa i szpitalnictwo, a AOS stanie się wąskim gardłem. Mimo że od dawna postuluje się odwrócenie piramidy świadczeń, obecne działania zdają się prowadzić system w dokładnie przeciwnym kierunku.

Adresatem wielu apeli środowiska lekarskiego jest Ministerstwo Zdrowia. A o co warto zaapelować do całego rządu?

Od decydentów oczekujemy odważnych decyzji i konkretów. Poza podniesieniem nakładów na ochronę zdrowia chcemy wiedzieć, jaką rolę mają pełnić szpitale pierwszego i drugiego stopnia referencyjności oraz czym mają zajmować się kliniki. Nie może być tak, że placówki powiatowe miotają się między podstawowymi świadczeniami, które powinny wykonywać, a dobrze wycenianymi procedurami, by zrównoważyć swój budżet.

Należy też przygotować realną strategię zmian, byśmy wiedzieli, jak system ma wyglądać w przyszłości. Musi być on zbudowany na nowo w oparciu o mapę potrzeb zdrowotnych, a nie doraźne szukanie oszczędności. Tym bardziej że dochodzi do nich nie zawsze tam, gdzie jest to najbardziej zasadne. ●

TEMAT NUMERU

Oszczędności wydłużą kolejki. Lekarze ostrzegają

SYLWIA WAMEJ
DZIENNIKARKA

Cięcia w ochronie zdrowia przestają być abstrakcyjną kategorią budżetową – zaczynają przekładać się na konkretne decyzje o tym, kto i kiedy zostanie zdiagnozowany. Nowe zasady finansowania mogą poważnie ograniczyć dostęp do specjalistów i badań.

Kolejki i ograniczenie dostępu do kluczowej diagnostyki to główny temat śniadania prasowego „Medycyna oszczędnościowa – rachunek za zdrowie”, które 26 marca odbyło się w siedzibie Naczelnej Izby Lekarskiej. Przedstawiciele samorządu lekarskiego omówili skutki wprowadzanych przez rząd oszczędności w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej.

APEL NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ

NFZ zapowiedział, że nadwykonania, czyli wizyty i procedury przekraczające limit określony w umowie z podmiotem leczniczym, będą finansowane jedynie w 40 proc. Podobne rozwiązania mają objąć ambulatoryjną diagnostykę specjalistyczną (ASDK), w tym gastroscopię, kolonoskopię, tomografię komputerową i rezonans magnetyczny. Według Funduszu częściowe limity mają przynieść około 800 mln zł oszczędności w diagnostyce, a cięcia w AOS mogą pomóc zaoszczędzić jeszcze większe kwoty.

Naczelna Rada Lekarska ostrzega, że takie działania doprowadzą do dalszego wydłużenia kolejek szczególnie w obszarach, gdzie opóźnienie diagnostyki może być zagrożeniem życia – tak jak w onkologii czy kardiologii. W wielu pracowniach kontrakty już dziś są bardzo niskie, a z części ośrodków napływają sygnały, że pacjenci zapisani na kwiecień br. otrzymują propozycje terminów dopiero na 2027 r. W niektórych miejscach



foto: A. Szczytyczk

◀ **Klaudiusz Komor**, wiceprezes NRL, przekonywał, że w ochronie zdrowia nie ma nadwykonań – są tylko świadczenia potrzebne pacjentom

limity mogą wyczerpać się w ciągu najbliższych tygodni.

W OCHRONIE ZDROWIA NIE MA NADWYKONAŃ

Podczas spotkania przedstawiciele NRL omówili problem z perspektywy swoich specjalizacji. Wiceprezes NRL Klaudiusz Komor przypomniał, że pojęcie „nadwykonań” w medycynie jest mylące i nieadekwatne.

– Być może część z państwa pamięta jeszcze czasy, gdy

„nadwykonania” kojarzyły się z Wincentym Pstrowskim i przekraczaniem norm: 120 proc. było powodem do dumy, dowodem, że pracujemy więcej i lepiej. W ochronie zdrowia takie myślenie nie ma jednak żadnego zastosowania. Tu nie powinno istnieć pojęcie „nadwykonań”, bo wykonuje się wyłącznie te świadczenia, które są pacjentowi rzeczywiście potrzebne. Trudno sobie wyobrazić, by ktokolwiek zgłaszał się na kolonoskopię czy gastroscopię dla przyjemności

– to procedury wykonywane z konieczności, nie z wyboru.

W kardiologii, jak podkreślał wiceprezes NRL, konsekwencje opóźnień mogą być szczególnie dotkliwe.

– Choroby sercowo-naczyniowe wciąż są najczęstszą przyczyną zgonów. Diagnostyka musi opierać się na szybkim wykrywaniu zaburzeń i wdrażaniu właściwego postępowania. Jeśli wejdą w życie rozwiązania ograniczające finansowanie wizyt kontynuowanych do 40 proc., cofniemy się o kilka kroków.

Klaudiusz Komor przypomniał, że pierwsza wizyta w poradni kardiologicznej to dopiero początek procesu diagnostycznego. – Jak powtarzano nam na studiach: 70 proc. diagnozy to dobry wywiad i badanie fizykalne, a reszta to potwierdzenie hipotez za pomocą badań dodatkowych. Nawet najbardziej doświadczony kardiolog nie jest w stanie podczas jednej wizyty bez wyników badań postawić pełnej diagnozy i ustalić leczenia. Ograniczenie finansowania wizyt kontrolnych realnie wydłuży kolejki do drugiej, trzeciej i kolejnych wizyt.

Zdaniem wiceprezesa NRL proponowane zmiany oznaczają cofnięcie kardiologii o lata: dłuższe terminy, opóźnioną diagnostykę i gorsze rokowania. – 40 proc. wartości świadczenia w wielu przypadkach nie pokryje nawet kosztów jego wykonania. To stworzy presję na dyrektorów, by nadwykonań po prostu nie realizować. A to uderzy bezpośrednio w pacjentów i w bezpieczeństwo systemu.

SYSTEM UDAJE, ŻE NIE WIDZI

Rzecznik NIL i onkolog Jakub Kosikowski podkreślał, że w onkologii skutki cięć mogą być równie dramatyczne.

– Wiceprezes NFZ zapewnia, że planowane cięcia nie obejmą onkologii ani pakietu DiLO. Tymczasem pacjent rozpoczynający chemioterapię, radioterapię lub radiochemioterapię w obrębie głowy i szyi powinien mieć wcześniej w pełni wyleconą jamę ustną. Pełna sanacja jest konieczna, bo ryzyko powikłań jest ogromne, a jeśli dojdzie do infekcji, leczenie trzeba przerwać albo będzie ono niepełne.

Jakub Kosikowski zwrócił uwagę na absurd systemowy: stomatologia nie jest elementem ścieżki DiLO. – Ścieżka DiLO zakłada, że diagnostyka ma się zamknąć w siedmiu tygodniach, a leczenie rozpocząć w kolejnych. Problem



foto: A. Szczytyk

◀ System nie uwzględnia realnych potrzeb pacjentów onkologicznych, w ścieżce DiLO nie ma stomatologii – zwracał uwagę **Jakub Kosikowski**, rzecznik NIL

Coraz ostrzejsze limity finansowania świadczeń i diagnostyki zaczynają zmieniać sposób funkcjonowania ambulatoryjnej opieki specjalistycznej

polega na tym, że wizyta stomatologiczna nie jest częścią DiLO. Pacjent staje więc przed wyborem: albo leczy zęby prywatnie, albo ryzykuje, że „może się uda” i nie dojdzie do sepsy.

Onkolodzy powinni wymagać od pacjentów zaświadczenia o sanacji, ale system nie daje im narzędzi. – Jak mamy tego wymagać, skoro pacjent mówi, że go na to nie stać, a najbliższy termin w publicznej stomatologii dostaje za rok? A rok czekać nie może.

PLACÓWKI ALARMUJĄ

Jak informował rzecznik NIL, kilkanaście przychodni, poradni oraz pracowni endoskopowych i obrazowych zgłasza, że ich kontrakty z NFZ są na wyczerpaniu. Część placówek już straciła finansowanie, w innych stanie się to w najbliższych tygodniach. Od kwietnia wiele z nich zacznie ograniczać liczbę przyjmowanych pacjentów.

Dyrektorzy szpitali w całej Polsce potwierdzają te obawy:

• Proszowice – dyrektor Zbigniew Torbus szacuje, że kolejki mogą

wydłużyć się nawet o 70 proc., czas oczekiwania na gastroscopię wzrośnie z 99 do 152 dni;

• Tarnów – dyrektor Anna Czech zapowiada, że placówka będzie mogła zabezpieczyć głównie przypadki ostre; pacjenci planowi będą przesuwani na odległe, często nierealne terminy;

• Lublin (USK nr 4) – dyrektor Michał Szabelski wskazuje, że nowe regulacje zmuszają placówkę do wykonywania części badań poniżej kosztów;

• WSS im. Wyszyńskiego i COZL – podkreślają, że ograniczenia nie stabilizują systemu, lecz generują dodatkowe koszty i opóźniają diagnozy.

W Toruniu i Włocławku zapowiedziano wstrzymanie zapisów na endoskopię na 2026 r. Duże podmioty radiologiczne ostrzegają przed spadkiem liczby badań planowych i wzrostem liczby badań „cito”. W Myszkowie i Krasnymstawie ograniczono przyjęcia w okulistyce, w woj. lubelskim w neurologii. W Gryfinie, Opotowie, Zabrze i na warszawskim Bemowie kontrakty na endoskopię zostały już wyczerpane. W jednej z lubelskich pracowni rezonansu magnetycznego dotychczasowy tryb pracy (8.00–22.00 w dni powszednie, 8.00–20.00 w weekendy) od maja zostanie zredukowany do trzech godzin dziennie, bez pracy weekendowej. ●

TEMAT NUMERU

NFZ płaci mniej, oczekuje więcej. Mówię: dość

Rozumiem, że Fundusz nie ma pieniędzy, ale mnie również obowiązuje dyscyplina finansów publicznych – mówi **Krystyna Płukis**, dyrektor Samodzielnego Publicznego Specjalistycznego Szpitala Zachodniego im. św. Jana Pawła II w Grodzisku Mazowieckim w rozmowie z Lidią Sulikowską.

O d połowy ubiegłego roku mamy nowe zasady finansowania wizyt pierwszorazowych w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Co to oznacza dla pacjentów szpitala w Grodzisku Mazowieckim?

Na przykład w naszej przyszpitalnej poradni ortopedycznej przyjmujemy średnio w miesiącu 3 tys. pacjentów, więc żeby zmieścić się w medianie wizyt pierwszorazowych, która jest narzucana kwartalnie przez NFZ, muszę przyjąć dodatkowo 600 nowych pacjentów. Lekarze nie są w stanie przyjąć więcej chorych, wobec tego pozostaje mi zwolnić miejsce dla pierwszorazowych, ograniczając dostęp do wizyt kontrolnych. Jeżeli tego nie zrobię, szpital zostanie ukarany zmniejszeniem finansowania za świadczenia o 25 proc. wartości miesięcznego kontraktu. Czyli za poradę, która jest wyceniona na 81,84 zł otrzymam tylko 61,38 zł. Po roku działania opisanych zasad nie widać poprawy w dostępie do świadczeń, kolejki do specjalistów są nadal długie. Zaakceptowanie tych wymogów, czyli premiowanie przyjmowania pacjentów pierwszorazowych, odbywa się kosztem tych, którzy są w trakcie procesu leczenia. Nic się nie dzieje bez konsekwencji. Zastanawiam się, czy i jak analizowane są te pomysły przed wprowadzeniem ich w życie.

Od 1 kwietnia br. obowiązuje zarządzenie NFZ w sprawie zmian w finansowaniu kosztochłonnych badań obrazowych, wprowadzające stawkę degresywną za świadczenia wykonane ponad wartość ustaloną w kontrakcie. Jakie to powoduje skutki dla szpitala, którym Pani zarządza?



foto: archiwum prywatne

Jesteśmy szpitalem powiatowym, ale wielospecjalistycznym, jedynym na ścianie zachodniej Mazowsza. Wykonujemy mnóstwo zabiegów operacyjnych, w tym u pacjentów po wypadkach komunikacyjnych, oraz mamy prężnie działającą wielospecjalistyczną poradnię przyszpitalną, więc chociażby z tego tytułu generowane są bardzo duże potrzeby diagnostyczne.

Jestem zaskoczona treścią tego zarządzenia, bo powoduje, że będziemy musieli dokładać do każdego ponadlimitowego badania w ramach AOS objętego tym dokumentem. Jeżeli tomografia komputerowa głowy bez kontrastu jest wyceniona w ramach kontraktu na 240 zł, to za świadczenie ponad ustalony kontrakt NFZ proponuje zapłatę w wysokości 120 zł. Z kolei radiolog działający w trybie teleradiologii za sam opis tego badania

◀ *Problemem jest to, że każdy szpital jest traktowany tak samo – uważa Krystyna Płukis, dyrektor szpitala w Grodzisku Mazowieckim*

sporządzony w ciągu 24 godzin pobiera od nas opłatę 165 zł, a przecież do tego dochodzą koszty utrzymania pracowni. Tych wydatków nie da się spiąć. Dla mnie jako dyrektora szpitala to sytuacja nie do przyjęcia. Dlatego podjęłam decyzję, że nie będziemy wykonywać tych badań ponad przyznany kontrakt. Nie mogę dokładać pieniędzy, bo mnie na to nie stać. Tym bardziej że nie dość, że obcina się wycenę, to jeszcze NFZ za świadczenia ponadlimitowe będzie płacić dopiero po kwartale. Nie mogę nadal kredytować NFZ.

Co w takiej sytuacji powiedzieć pacjentom?

Mogę tylko powiedzieć im prawdę. Mam określony kontrakt z NFZ i nie mogę go przekroczyć, bo to spowoduje straty finansowe działalności pracowni diagnostycznej, a co za tym idzie, dla całego szpitala. Nie ma na to zgody. Pacjentów poinformuję, gdzie mogą uzyskać informację o dostępie do takiego świadczenia w innych placówkach (jeżeli będą), podając adres strony www.terminyleczenia.nfz.gov.pl.

Mam nieregulowane płatności z NFZ za nadwykonania wszystkich świadczeń wykonanych w 2025 r. na kwotę 17 mln zł, w tym 6,2 mln zł za świadczenia wykonywane w ramach ryczałtu. Nasz narodowy płatnik proponuje zapłacić za nie tylko 40 proc. tej kwoty na podstawie ugody.

Co zamierza Pani zrobić z tą propozycją?

Odrzucam ją. Dlaczego mam się zgodzić na 10 mln zł straty finansowej dla szpitala tylko dlatego, że ratowaliśmy ludzkie życie i zdrowie? Dlaczego mam kredytować NFZ? Moja sytuacja nie jest wyjątkiem. To samo dzieje się w innych szpitalach powiatowych, i nie tylko. Mam nadzieję, że nikt nie zgodzi się na takie ugody. Wiem, że to będzie się wiązało z rozstrzygnięciem tego konfliktu na drodze sądowej, co może potrwać kilka lat, ale trudno, przyjmuję to wyzwanie.

A jeśli przegra Pani w sądzie?

Jeszcze bardziej mnie to utwierdzi w przekonaniu, że powinnam ograniczać dostęp do diagnostyki i do innych świadczeń wykonywanych w naszym szpitalu. Rozumiem, że NFZ nie ma pieniędzy, że jest dziura w ich budżecie, ale mnie również obowiązuje dyscyplina finansów publicznych. Jeśli mam szpital w dobrej kondycji finansowej, to stać mnie na dobrej jakości sprzęt, jego serwisowanie, obsadę kadrową w ilości zapewniającej bezpieczne warunki pracy, ale jeżeli tej poduszki finansowej nie mam, to już przestaję to wszystko gwarantować.

Czy rok wcześniej, czyli gdy przyszło do wyegzekwowania zapłaty za nadwykonania za 2024 r., też był taki problem?

Tak. Propozycja ugody była identyczna, ale wówczas się na nią zgodziłam, bo byliśmy w dobrej kondycji finansowej. Okazuje się jednak, że robi się z tego stała praktyka, więc trzeba powiedzieć: dość. Dziś już mnie na to nie stać. NFZ i Ministerstwo Zdrowia powinny otwarcie poinformować społeczeństwo, że niestety nie ma pieniędzy na tak szeroki dostęp do świadczeń, ale tego nie robi skutecznie i to na pracowników medycznych szpitala spada obowiązek tłumaczenia, dlaczego są kolejki i nie można zrealizować pewnych świadczeń. To nie nasza wina, że NFZ nie ma funduszy, ale kreuje się rzeczywistość, żeby pacjent myślał, że to właśnie my jesteśmy wszystkiemu winni. To niesprawiedliwe.

Czy planuje Pani ograniczyć dostęp do świadczeń, które wykonywaliście ponad kontrakt?

Oczywiście, że tak, ale nie jest to takie proste. Obowiązują nas przepisy, które nie pozwalają na odmowę udzielenia pomocy w sytuacji zagrażającej życiu i zdrowiu pacjenta. Przyglądamy się natomiast nadlimitowym świadczeniom diagnostycznym i zabiegom planowym. Czekają nas trudne decyzje.

Dlaczego nie udaje się zwiększyć kontraktu na te świadczenia?

Z roku na rok staramy się o zwiększenie kontraktu, ale ciągle nam się odmawia z braku środków lub odpowiednich przepisów. Opowiem na przykładzie chirurgii naczyniowej. Mamy kontrakt wart 14,8 mln zł, a nadwykonania za 2025 r. na wartość 6,8 mln zł. To są pacjenci z tętniakiem aorty piersiowej lub brzusznej, ostrym niedokrwieniem kończyn, pacjenci z guzem wątroby itp., więc nie mogę im odmówić przyjęcia. Kto mi za to zapłaci? Kolejny przykład: w rejonie mamy największą poradnię ortopedyczną, oddział urazowo-ortopedyczny i szpitalny oddział ratunkowy, mimo to nie mogę wywalczyć większego kontraktu dla oddziału.

W mojej opinii problemem jest to, że każdy szpital jest traktowany tak samo, bez względu na potrzeby społeczeństwa w danym regionie i bez analizy jego potencjału. A gdzie mapa potrzeb zdrowotnych i wyniki jej analizy, czy odpowiednie świadczenia na danym obszarze są właściwe i zapewnione? Nie mamy wiedzy na ten temat. Uważam, że to jest systemowy błąd.

Trzeba odejść od centralnego planowania w NFZ, oddziały wojewódzkie powinny mieć większą decyzyjność, by mogły bardziej adekwatnie planować kontraktowanie. Obecnie są one ubezwłasnowolnione. Nie mają swobody działania, bo działają według ogólnokrajowych wytycznych. A przecież one najlepiej znają placówki działające na ich terenie.

Cięcia podobne do tych, które dotyczą badań kosztochłonnych, mogą podobno dotknąć też wizyty lekarskie do specjalistów w AOS.

Moim zdaniem te wszystkie pomysły dotyczące cięcia kosztów idą w kierunku większej prywatyzacji opieki zdrowotnej. Pacjent coraz częściej będzie płacił z własnej kieszeni, bo do tego zmusi go system i brak środków publicznych na leczenie w ramach NFZ.

Co Pani zdaniem należałoby zrobić, aby uzdrowić sytuację finansową w szpitalach?

W sytuacji, w jakiej teraz jesteśmy, mamy dwie możliwości. Albo

powinniśmy podnieść składkę zdrowotną, w tym urealnić jej wysokość w przypadku rolników, albo pacjent powinien dopłacać do każdej wizyty lekarskiej jakąś symboliczną kwotę, np. 10–20 zł. Profesor Zbigniew Religa mówił o tym, gdy był ministrem zdrowia. Był autorytetem i społeczeństwo wówczas chciało ten pomysł zaakceptować.

A może warto pójść w kierunku urealnienia wyceny świadczeń? Obniżyć stawki za procedury, które są zbyt wysoko wycenione, i dołożyć tam, gdzie są wycenione zbyt nisko?

To ja zadam przewrotne pytanie: kto te procedury wyceniał? Najpierw zrobiono wyceny, a potem przyszła refleksja, że źle je zrobiono? Mam wrażenie, że w dyskusji na ten temat nie bierze się kompletnie pod uwagę tego, że w międzyczasie koszty ich wykonywania wzrosły. Poza tym procedury wysokospecjalistyczne, które są lepiej płatne, zasilają te obszary kontraktu szpitalnego, które są słabo wycenione, np. funkcjonowanie oddziałów internistycznych. Ja do oddziału wewnętrznego każdego roku dokładam kilka milionów złotych, aby normalnie i bezpiecznie działał, bo wartość kontraktu nie pokrywa generowanych przez niego kosztów. Najpierw więc trzeba pochylić się nad urealnieniem wycen tych świadczeń, o których od dawna mówi się, że są zbyt nisko wycenione. Niestety, w mojej opinii decydenci nie potrafią zająć się profesjonalnie urealnieniem wyceny świadczeń. Gdyby to miało się odbyć na zasadzie racjonalnego dialogu ze szpitalami, to ja taką sytuację rozumiem. Siadamy razem do stołu i rozmawiamy, gdzie trzeba dołożyć, a gdzie da się obciążyć. Niestety, decyzje zapadają odgórnie, bez konsultacji ze środowiskiem, dyrektorem placówki. Resort zdrowia z nami nie rozmawia, nie pyta o zdanie, nie prosi o analizę, jakie będą konsekwencje dla szpitala i pacjenta, jeśli wprowadzimy daną zmianę. W efekcie wdrażane pomysły nie są dobrze przemyślane, bo nie są oparte na rzeczywistości, która funkcjonuje w szpitalach, a każdy szpital ma inne problemy. Powtarzam, szpitale różnią się między sobą. ●

TEMAT NUMERU

Lekarz też bankrutuje. I może się uratować

Wysokie koszty, kredyty i niestabilne przychody sprawiają, że coraz więcej lekarzy i lekarzy dentyistów staje przed widmem utraty płynności. Restrukturyzacja przestaje być ostatecznością, staje się świadomym wyborem i szansą na uratowanie działalności – mówi **Martyna Antosiewicz-Zajac**, adwokat i doradca restrukturyzacyjny, w rozmowie z Anną Wojdą.

W 2025 r. liczba postępowań restrukturyzacyjnych osiągnęła rekordowy poziom – ponad 5 tys. Czy wśród tych postępowań widać wyraźny wzrost spraw dotyczących lekarzy i podmiotów medycznych? Zdecydowanie tak, choć trzeba pamiętać, że statystyki nie oddają w pełni skali zjawiska. Wielu lekarzy prowadzi działalność pod własnym imieniem i nazwiskiem, co utrudnia ich identyfikację w Krajowym Rejestrze Zadłużonych – nie ma tam oznaczenia typu „gabinet lekarski”, a klasyfikacja na podstawie PKD nie jest możliwa do łatwego wyodrębnienia. Opieramy się więc głównie na nazwach działalności, co daje jedynie ogólny obraz.

Mimo to widać trend wzrostowy. W 2023 r. odnotowano rekord – ok. 134 postępowań w branży medycznej. W kolejnych latach było to odpowiednio 85 i 66 spraw. W 2026 r., w tym momencie, mamy ich 16, ale jednocześnie wyraźnie rośnie liczba zapytań kierowanych do doradców restrukturyzacyjnych przez gabinety, kliniki i inne podmioty medyczne.

Restrukturyzacja ochrony zdrowia przestała być tematem niszowym. Stała się przedmiotem prac rządowych – m.in. planowanego programu pożyczkowego

Banku Gospodarstwa Krajowego dla szpitali. Temat jest też analizowany przez Komisję Wspólną Rządu i Samorządu Terytorialnego.

Czy to ma związek z zamykaniem oddziałów, np. porodówek?

To jeden z czynników. W przypadku porodówek problemem jest niski wskaźnik urodzeń, przez co ich utrzymanie często

W praktyce wystarczy jeden słabszy miesiąc przy stałych wysokich ratach leasingowych, by w gabinecie czy klinice pojawiły się poważne problemy z płynnością

przestaje być opłacalne.

Kluczowe znaczenie miało jednak postanowienie Sądu Rejonowego Poznań–Stare Miasto z 19 lutego 2026 r., dotyczące szpitala w Kole. Sąd otworzył postępowanie sanacyjne, potwierdzając tym samym zdolność restrukturyzacyjną szpitali.

To przełomowe rozstrzygnięcie. Kończy wieloletni spór o to, czy podmioty medyczne

mogą korzystać z narzędzi restrukturyzacyjnych. Sąd jasno wskazał, że skoro szpital uczestniczy w obrocie gospodarczym, powinien mieć dostęp do mechanizmów naprawczych. Sanacja nie narusza interesów wierzycieli, a wręcz zwiększa szanse ich zaspokojenia.

Otwiera to drogę kolejnym szpitalom?

Tak. Dodatkowo sprawą ma się zająć jeszcze Sąd Najwyższy, co może jeszcze bardziej ugruntować tę linię orzeczniczą.

Jakie są główne źródła problemów płynnościowych w prywatnej służbie zdrowia?

Najczęściej są to rosnące koszty stałe: finansowanie inwestycji długim, brak bieżącej kontroli przepływów pieniężnych, opóźnienia w płatnościach – szczególnie w ramach kontraktów z NFZ. Kluczowe znaczenie ma też bardzo drogi sprzęt medyczny oraz zbyt optymistyczne plany rozwoju.

Dane Krajowego Rejestru Długów pokazują wysokie koszty najmu, energii, sprzętu i materiałów medycznych. Największym obciążeniem są jednak raty kredytowe i leasingowe.

A które koszty rosną najszybciej, np. w stomatologii?

Stomatologia to jeden z najbardziej wrażliwych segmentów. Wymaga bardzo wysokich nakładów inwestycyjnych na start – sprzęt, lokal, wyposażenie, często finansowane leasingiem. Jednocześnie są to usługi, które pacjenci odkładają w czasie, co powoduje duże wahania przychodów. W praktyce wystarczy jeden słabszy miesiąc przy stałych wysokich ratach leasingowych, by pojawiły się problemy z płynnością.

Jaką rolę odgrywają kontrakty z NFZ?

Mają podwójny charakter. Z jednej strony zapewniają przewidywalny strumień przychodów, z drugiej – ograniczają elastyczność. Placówka uzależniona od jednego płatnika nie ma możliwości swobodnego kształtowania cen ani zakresu świadczeń.

Nie ma też gwarancji rozliczenia nadwykonań – zależy to od budżetu oddziałów wojewódzkich NFZ. W efekcie nawet przy dużym systemowym finansowaniu pojedyncza placówka może odczuwać niestabilność. Co więcej, przy rosnących kosztach, np. energii czy wynagrodzeń, nie ma możliwości renegotjacji kontraktu. W praktyce zdarza się, że placówki dokładają do świadczeń realizowanych w ramach NFZ.

Z drugiej strony kontrakt przyciąga pacjentów i może generować dodatkowy ruch komercyjny, co jest jego istotną zaletą. Ktoś przychodzi na usługę w ramach kontraktu z NFZ, ale za chwilę pojawia się jakaś pilna potrzeba i jest dużo większa szansa, że skoro już był w klinice i jej zaufał, to wróci do niej w ramach usług komercyjnych.

Czy sytuacja geopolityczna może wpłynąć na sytuację i pogłębić problemy finansowe?

Zdecydowanie. Obecnie dużym problemem jest brak przewidywalności kosztów – energii, paliw, dostaw. Trudno planować działalność nawet w perspektywie kilku miesięcy, co zwiększa ryzyko prowadzenia biznesu.

Jakie narzędzia restrukturyzacyjne są dostępne dla lekarzy?



foto: archiwum prywatne

Lekarz, który prowadzi działalność gospodarczą albo działa w spółce, może korzystać ze wszystkich czterech instrumentów prawa restrukturyzacyjnego, a więc: postępowania o zatwierdzenie układu, przyspieszone postępowania układowego, postępowania układowego i postępowania sanacyjnego. Ich celem jest zawarcie porozumienia z wierzycielami i uniknięcie upadłości. Kluczowe jest to, by dobrze dobrać procedurę pod daną sytuację i przygotować strategię działania.

Jak wybrać właściwą procedurę?

Fundamentalne jest zadanie czterech pytań: jak głęboki jest kryzys płynności, czy wierzyciele są skłonni do rozmów, czy problem dotyczy tylko zadłużenia, czy też organizacji działalności oraz jak pilna jest potrzeba ochrony przed egzekucją. Szczerza odpowiedź pozwoli nam zdecydować, które z postępowań

◀ *Restrukturyzacja nie jest porażką, lecz świadomą decyzją biznesową. Prawdziwym błędem jest zbyt długie ignorowanie problemów – podkreśla doradca restrukturyzacyjny Martyna Antosiewicz-Zajac*

restrukturyzacyjnych będzie dla nas najlepsze.

Kompasem, którym należy się kierować, jest to, że jeżeli nasza firma działa operacyjnie i potrzebuje głównie oddechu oraz porozumienia z wierzycielami, najlepsze będzie postępowanie o zatwierdzeniu układu. Jest najszybsze i najmniej dotkliwe. Jeśli natomiast potrzebne są mocniejsze działania i mocniejsza ingerencja w relacje z wierzycielami, taka głębsza naprawa przedsiębiorstwa, rozważyłabym postępowanie układowe albo sanacyjne.

Czy można normalnie pracować w trakcie restrukturyzacji, wystawiać recepty, przyjmować pacjentów?

Tak. To fundamentalna zasada. Restrukturyzacja ma na celu zachowanie działalności, a nie zakończenie, czyli wszystkie wierzycielności powstałe po dniu otwarcia postępowania restrukturyzacyjnego muszą być regulowane na bieżąco, bo to świadczy o zdolności restrukturyzacyjnej podmiotu. Lekarz nadal przyjmuje pacjentów, wystawia recepty i prowadzi działalność. Restrukturyzacja dotyczy wyłącznie zobowiązań, nie prawa wykonywania zawodu.

Czyli restrukturyzacja nie ma wpływu na zatrudnione osoby, np. recepcjonistkę, pielęgniarki, innych lekarzy, z którymi współpracujemy. Te umowy są kontynuowane?

Tak, wszystkie umowy i kontrakty, czy to z podmiotami współpracującymi, czy z dostawcami, są kontynuowane. Ich kontynuacja bądź rozwiązanie zależy wyłącznie od naszych decyzji biznesowych. Na przykład dany kontrakt jest

dla nas zbyt obciążający, więc go rozwiązujemy.

Jak zazwyczaj przebiegają rozmowy z bankami i leasingodawcami w przypadku gabinetów i klinik? Czy instytucje finansowe są skłonne do ustępstw?

Banki są dziś przygotowane do restrukturyzacji – mają wyspecjalizowane działy. Oczekują jednak konkretnych planów naprawczych i realistycznych danych finansowych.

Czyli jeśli ktoś wpada w tarapaty, to nie ma sensu tego ciągnąć i czekać, aż się sytuacja sama naprawi?

Zdecydowanie. Często właśnie ktoś przychodzi już na takim końcowym etapie, czyli gdy już są jakieś postępowania egzekucyjne, zajęcia na rachunkach, komornicy. Wtedy banki mówią: „Dobrze, ale dlaczego czekałeś do ostatniej chwili? Jeśli to robiłeś, to znaczy, że chcesz teraz pokrzywdzić jednego z wierzycieli, czyli nie zależy ci na tym, by ułożyć relację, tylko na ucieczce przed egzekucją”. Wtedy negocjacje są trudniejsze. Niemniej układy są zawierane niezależnie od etapu.

A jak jest z leasingiem, to podobno najtrudniejsze umowy?

Myślę, że tak. Wierzyciele, którzy posiadają umowy leasingu, oraz wierzyciele zabezpieczeni, na przykład na nieruchomościach hipotecznie, to najtrudniejsze podmioty do negocjacji, dlatego że wiedzą, że odzyskają swoją należność czy to z nieruchomości, czy ze sprzętu. W końcu to sprzęt medyczny, bardzo drogi i kluczowy dla działalności, stanowi często podstawę generowania przychodów. Dla placówki brak sprzętu to często brak przychodu. Bez porozumienia z leasingodawcą nie ma szans na odzyskanie płynności, a to sprawia, że negocjacje w tym obszarze są najbardziej wymagające. Trzeba pokazać na liczbach, dlaczego leasingodawcy opłaca się poczekać na odzyskanie pieniędzy w ramach restrukturyzacji, którą proponujemy, a nie z zabezpieczenia, czyli ze sprzętu albo właśnie z nieruchomości.

fot.: freepik.com



Jak wygląda restrukturyzacja zobowiązań wobec ZUS i urzędu skarbowego? Czy te instytucje dają lekarzom realne możliwości rozłożenia zaległości?

Możliwości istnieją, ale trzeba dobrze przygotować wniosek. ZUS nie podlega redukcji – musi zostać spłacony w 100 proc., możliwe jest jedynie rozłożenie na raty. Urząd skarbowy dopuszcza większą elastyczność – możliwe jest rozłożenie na raty, w pewnych sytuacjach odroczenie płatności, a nawet np. umorzenie odsetek.

Nie ma możliwości renegocjacji kontraktu z NFZ, nawet gdy rosną koszty; dlatego zdarza się, że placówki dokładają do świadczeń realizowanych na Fundusz

ZUS czy urząd skarbowy są otwarci na rozmowy. Czytają plany restrukturyzacyjne, oni również mają jako urzędnicy dyscyplinę finansów publicznych, więc podejmując decyzję, że są przykładowo przeciwko układowi, muszą ją uzasadnić. Coraz częściej rzeczywiście wiedzą, co się dzieje u danego

◀ W czasie restrukturyzacji lekarz pracuje i przyjmuje pacjentów

przedsiębiorcy, a nie po prostu dostają kartę do głosowania i decydują w ostatniej chwili bez oparcia o dane finansowe.

Jakie najczęstsze błędy biznesowe popełniają lekarze jako przedsiębiorcy?

Najczęstsze błędy lekarzy to: utożsamianie wysokiego przychodu z rentownością, brak kontroli przepływów pieniężnych, zbyt późna reakcja na problemy, nadmierny optymizm finansowy, przekonanie, że dobra jakość usług „obroni” biznes.

Jeżeli widzimy, że się nam co miesiąc coś nie spina, to znaczy, że już jest moment na podejmowanie pierwszych czynności. Często wystarcza samo zredukowanie zobowiązań, nawet jeszcze nie w ramach oficjalnej restrukturyzacji, na przykład rozłożenie na raty wobec jednego wierzyciela albo przedłużenie dostaw, i to już w zasadzie ratuje biznes.

Czy restrukturyzacja – dobrze poprowadzona – może realnie uratować praktykę lub klinikę? Co powiedziałby Pani lekarzom, którzy boją się podjąć takie kroki?

Tak. To skuteczne narzędzie ratowania działalności. Nie jest porażką, lecz świadomą decyzją biznesową. Prawdziwym błędem jest zbyt długie ignorowanie problemów.

Kiedy zgłosić się po pomoc?

Trzy kluczowe sygnały: opóźnienia w płatnościach (ZUS, urząd skarbowy, leasing, wynagrodzenia), finansowanie bieżącej działalności kredytem obrotowym, spadek liczby pacjentów lub marży przy rosnących kosztach.

Do kogo się zgłosić?

Najbezpieczniej do doradcy restrukturyzacyjnego – osoby łączącej wiedzę prawną z biznesową. Wczesna konsultacja pozwala ocenić sytuację i dobrać właściwe narzędzia, zanim problemy staną się krytyczne. ●

AKTUALNOŚCI

Żyjemy dłużej, ale nie zdrowiej

LIDIA SULIKOWSKA
DZIENNIKARKA

W ciągu ostatnich trzech dekad zdrowie Polek i Polaków przeszło głęboką zmianę. Żyjemy dłużej, rzadziej umieramy z powodów kardiologicznych i udarów, ale już gorzej nam idzie redukcja zgonów na raka. Rosnące problemy to alkohol, zaburzenia psychiczne i cukrzyca.

Transformacja ustrojowa i gospodarcza Polski dała impuls do rozwoju, dając w dłuższej perspektywie szansę na realny pościg za krajami Europy Zachodniej, również w wymiarze zdrowia. Analiza, która ukazała się w ubiegłym roku na łamach „The Lancet Regional Health – Europe” („Obciążenie chorobami, urazami i czynnikami ryzyka według województw w Polsce, 1990–2023: analiza systematyczna w ramach Global Burden of Disease Study 2023”) pokazuje wyraźny trend: żyjemy dłużej i tracimy mniej lat życia w zdrowiu.

CO STOI ZA ZMIANAMI

Opracowanie zawiera szacunki dotyczące umieralności, chorobowości, rozpowszechnienia czynników ryzyka dla zdrowia, a także oczekiwanej długości życia w latach 1990–2023. – Zastosowana w tej publikacji metodologia GBD wykorzystuje szerokie spektrum danych oraz zaawansowane modelowanie statystyczne, w tym machine learning, aby zapewnić jak najbardziej wiarygodne, spójne i porównywalne oszacowania, także tam, gdzie dane są niepełne. Ma to szczególne znaczenie przy analizach zdrowia w Polsce ze względu na ograniczenia w zakresie kompletności informacji – wyjaśnia dr Roman Topór-Mądry, główny autor pracy, dyrektor Interdyscyplinarnego Centrum Danych o Zdrowiu Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Life expectancy w analizowanym okresie wzrosła dla ludności Polski z nieco ponad 71 lat do niemal 79 lat (u mężczyzn z niecałych 67 do prawie 75 lat, a u kobiet z około 76 do ponad 82 lat). Druga optymistyczna

informacja: jako populacja tracimy mniej lat zdrowego życia z powodu przedwczesnych śmierci i lat przeżytych w niesprawności spowodowanej chorobami. Obrazujący skalę tego zjawiska standaryzowany wiekiem wskaźnik DALY na 100 tys. osób w populacji obniżyliśmy o niemal 34 proc. Co się na to złożyło?

W statystykach zdrowia wygrywamy jedne bitwy, ale przegrywamy kolejne – i nie zawsze te same regiony kraju stoją po właściwej stronie tej zmiany

– Główny powód wydłużenia życia w Polsce to poprawa profilaktyki i leczenia, która przełożyła się na spadek zgonów z powodu choroby niedokrwiennej serca i udaru. Jest to powiązane z transformacją ustrojową i gospodarczą po 1990 r., reformami systemu ochrony zdrowia, wzrostem wydatków zdrowotnych, modernizacją infrastruktury i wprowadzaniem nowych terapii. Ważną rolę odegrały też działania antynikotynowe oraz spadek części zgonów z powodu urazów i zgonów noworodków – tłumaczy dr Roman Topór-Mądry.

CO NAS ZABIJA

Jak wynika z analizy, mimo dużej poprawy umieralności z powodów kardiologicznych nadal są to główne przyczyny zgonów w Polsce. Jak wyjaśnia Roman Topór-Mądry, w 2023 r. największe zagrożenia zdrowotne w Polsce to głównie choroby

niezakaźne, a na czele przyczyn zgonów znajdują się choroba niedokrwienności serca, udar i rak płuca. Dodaje, że wzrastają obciążenia związane z cukrzycą, rakiem jelita grubego, przewlekłą chorobą nerek, upadkami, zdrowiem psychicznym oraz zaburzeniami używania alkoholu, szczególnie po pandemii COVID-19, która przejściowo obniżyła oczekiwaną długość życia o około dwa lata.

W analizie wzięto także pod lupę czynniki ryzyka napędzające obciążenie chorobami, a co za tym idzie utratę lat życia w zdrowiu. Okazuje się, że dla ludności Polski główne z nich to nadal palenie tytoniu i wysokie ciśnienie tętnicze, mimo że wskaźnik DALY im przypisywany znacząco się zmniejszył od 1990 r. (odpowiednio o ponad 58 proc. i 64 proc.). Powszechnie występującym czynnikiem ryzyka jest również wysokie BMI (w tym zakresie nie ma dużej poprawy wskaźnika DALY do wyniku sprzed trzech dekad). Co gorsza, tracimy więcej lat życia w zdrowiu z powodu spożywania alkoholu (DALY dla tego czynnika ryzyka wzrósł o 35,2 proc.).

REGIONALNE ROZBIĘŻNOŚCI

Dane dotyczące długości życia oraz obciążenia chorobami i czynnikami ryzyka nie rozkładają się równomiernie na mapie Polski. Autorzy w analizie wskazali na różnice pomiędzy województwami. Na przykład w 1990 r. oczekiwana długość życia mężczyzn była najniższa w woj. warmińsko-mazurskim (65,7 lat), a najwyższa w woj. świętokrzyskim (69,2). Z kolei w 2023 r.

najwyższe szacunki life expectancy są dla mężczyzn z woj. małopolskiego (76,5), a najgorsze dla woj. łódzkiego (niecałe 74 lata). Najbardziej spektakularny sukces w wydłużeniu life expectancy zanotowali mężczyźni z woj. pomorskiego (wzrost o ponad 9, lat z 66,2 w 1990 r. do 75,5 w 2023 r.). Najmniejszy progres dotyczy kobiet z woj. świętokrzyskiego (z 78,2 do 82,6).

Innym przykładem obrazującym tę sytuację jest porównanie wskaźnika DALY dla poszczególnych województw. W 2023 r. najniższy DALY był dla woj. małopolskiego, a najwyższy dla woj. łódzkiego. Największy spadek jego wartości w ciągu ostatnich 30 lat nastąpił w woj. mazowieckim (o 37,6 proc.), a najniższy w woj. świętokrzyskim (o 24,9 proc.). – Są też wyraźne rozbieżności w strukturze problemów zdrowotnych, np. w woj. łódzkim odnotowano duży wzrost DALY związanych z cukrzycą. Umieralność z powodu nowotworów jest wyższa w zachodniej Polsce, a niższa w południowo-wschodniej. Różnice regionalne występują również w czynnikach ryzyka. Podkarpackie miało najniższe DALY przypisane paleniu, natomiast lubuskie najwyższe obciążenie związane z nadciśnieniem, LDL i wysoką glikemią. Szczególnie alarmujący jest wzrost obciążenia związanego z alkoholem, największy w woj. świętokrzyskim. To pokazuje, że sama poprawa krajowej średniej nie oznacza wyrównywania zdrowia między województwami – mówi Roman Topór-Mądry.

Zróżnicowania regionalne wskazują, że interwencje zdrowotne powinny być krojone na miarę, inaczej mówiąc dostosowywane pod konkretne populacje. – To ważne, bo jeśli chodzi o wydatki w ochronie zdrowia, to kołdra zawsze jest zbyt krótka. Dlatego trzeba trafnie i precyzyjnie definiować priorytety. Podejmowanie decyzji ułatwia wiedza na temat umieralności, zachorowań i czynników ryzyka w danym regionie. Niestety w Polsce często robi się programy zdrowotne, byle je zrobić. Bez rozeznania, co na danym terenie jest największym problemem, i bez określenia, jaki cel chcemy osiągnąć – ocenia prof. Bogdan Wojtyniak z Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego PZH – Państwowego Instytutu Badawczego, starszy autor pracy. Dodaje, że także jakość programów zdrowotnych często pozostawia wiele do życzenia.

CIĄGŁE GONIMY ZACHÓD

To, w którym miejscu faktycznie się znajdujemy, najlepiej widać, gdy porównamy się z innymi. Z analizy dowiadujemy się, że mamy podobne wskaźniki zdrowotne

Do poprawy wyników umieralności z powodu choroby niedokrwiennej serca w Polsce przyczyniła się lepsza dostępność do nowoczesnej diagnostyki, stworzenie skutecznego systemu ośrodków kardiologii inwazyjnej, a także wzrost liczby wykonywanych procedur rewaskularyzacyjnych. Mam jednak wątpliwości co do zawartych w analizie na temat stanu zdrowia ludności Polski w latach 1990-2023, opublikowanej w 2025 r. w „The Lancet Regional Health – Europe”, szczegółowych danych liczbowych na temat IHD i udarów, zwłaszcza tych historycznych. Problemem jest znana nam ułomność dostępnych danych krajowych,

populacji jak inne kraje Europy Środkowej, wyprzedzamy kraje Europy Wschodniej, ale jesteśmy w tyle za krajami Europy Zachodniej. Podobnie sytuacja wyglądała w przeszłości. Na przykład oczekiwana długość życia dla mężczyzn w Polsce przez dekady temu była średnio nieco ponad dwa lata dłuższa niż dla ich odpowiedników z państw Europy Wschodniej, ale już niemal sześć lat krótsza od tych z Europy Zachodniej (dane uśrednione dla krajów zaliczanych do tych regionów). W 2023 r. różnica powiększyła się do niemal siedmiu lat na korzyść Polaków w stosunku do oczekiwanej długości życia panów z Europy Wschodniej, za to nadal ucieka nam Zachód (o około pięć lat). Skuteczniej gonimy państwa położone za naszą zachodnią granicą w zakresie zmniejszania różnicy wskaźnika DALY. O ile w 1990 r. był on aż średnio o 36 proc. wyższy, to w 2023 r. mamy już 17-proc. różnicę. Co ciekawe, wartość DALY powiązana z czynnikiem ryzyka w postaci alkoholu w Polsce znacząco wzrosła przez ostatnie trzy dekady, podczas gdy w Europie Zachodniej sporo spadła.

PROF. ROBERT GIL
KIEROWNIK KLINIKI KARDIOLOGII
W PAŃSTWOWYM INSTYTUCIE
MEDYCZNYM MSWiA
W WARSZAWIE

dlatego w mojej opinii te obydwa okresy trudno jest ze sobą porównywać bezpośrednio do siebie. Tak dla przykładu kiedys w pogotowiu ratunkowym były właściwie dwa rozpoznania przyczyn zgonów: zawał albo udar. Nadrozpoznawalność tych stanów była bardzo wysoka. Teraz zdecydowanie lepiej określamy przyczyny zgonu, co też może wpływać na takie porównania. Nie ma wątpliwości, że dzięki w/w czynnikom istotnie zredukowaliśmy śmiertelność w pierwszej fazie leczenia ostrego zespołu wieńcowego, natomiast w okresie odległym taka rolę pełni program KOS-zawał, który niestety dotyczy poniżej 50 proc. chorych z OZW. ●

W omawianej analizie zaznaczono, że opisane w niej oszacowania mają pewne istotne ograniczenia, ponieważ są oparte na niedoskonałych danych dotyczących przyczyn zgonu – wysoki odsetek „kodów śmieciowych” w aktach zgonu. Zaznaczono też, że potrzebne są bardziej rozbudowane rejestry zdrowia i regularne badania epidemiologiczne. – Oficjalne krajowe statystyki, zwłaszcza w przypadku umieralności według przyczyn, są niedoskonałe, szczególnie jeśli chodzi o choroby układu krążenia. Dlatego też nasze wyliczenia mogą prowadzić do pewnych uproszczeń, ale niestety nie mamy lepszych danych bazowych – przyznaje prof. Bogdan Wojtyniak z NIZP PZH – PIB. Dodaje, że taka sytuacja powoduje szczególne trudnienia dla wykonania szacunków na poziomie wojewódzkim, jednak dzięki wsparciu badaczy z USA i zastosowaniu przez nich złożonych modeli statystycznych i wykorzystaniu danych z różnych badań udało się wygenerować kompleksowe dane na temat wskaźników zdrowotnych Polski, zapewniających szacunki dla poszczególnych regionów kraju. ●

AKTUALNOŚCI

Postęp boli

Stres, presja sukcesu, indywidualizacja i konsumpcjonizm przekładają się na wzrost zaburzeń psychicznych, uzależnień i chorób metabolicznych – opowiada **dr hab. n. społ. Małgorzata Synowiec-Piłat**, przewodnicząca zarządu Sekcji Socjologii Zdrowia i Medycyny Polskiego Towarzystwa socjologicznego w rozmowie z Lidią Sulikowską.

Jakie czynniki społeczne wpływają na zdrowie populacyjne i obciążenie chorobami?

Pierwsza grupa determinantów to zmienne systemowe i polityczne, takie jak polityka społeczna i zdrowotna, dostępność i jakość opieki zdrowotnej czy system zabezpieczenia społecznego. Kolejna to zmienne strukturalne, w tym czynnik ekonomiczny oraz poziom wykształcenia. Na zdrowie mają także wpływ warunki życia i środowisko zamieszkania. Ponadto szczególną uwagę należy zwrócić na czynniki kulturowe, takie jak reprezentowane w określonych grupach wartości i normy społeczne, postawy czy przekonania zdrowotne.

Jak wpływ tych wszystkich czynników kształtował zdrowie ludności Polski od 1990 r. do czasów obecnych?

Lata 90. to czasy tzw. szoku transformacyjnego, charakteryzującego się gwałtownym wzrostem bezrobocia i nierówności społecznych, w tym zdrowotnych. Do negatywnych konsekwencji przemian systemowych tego okresu zaliczamy silny stres społeczny, niepewność jutra, utratę poczucia bezpieczeństwa, co zaowocowało pogorszeniem zdrowia mężczyzn, m.in. wzrostem wskaźników chorób sercowo-naczyniowych i zgonów spowodowanych nadmiernym spożyciem alkoholu. Lata 2000-2010 to stopniowa poprawa zdrowia populacji polskiej, co jest związane ze wzrostem gospodarczym, poprawą warunków życia czy korzyściami z integracji z UE. Przełożyło się to na poprawę warunków i stylu życia, jakości leczenia i profilaktyki, co skutkowało spadkiem umieralności, zwłaszcza na choroby układu sercowo-naczyniowego, oraz wzrostem długości życia.

Po 2010 r. mamy do czynienia z występującymi wcześniej i nadal obecnymi problemami zdrowotnymi, czyli wysokimi wskaźnikami zachorowalności

fot.: archiwium prywatne



i śmiertelności na choroby niezakaźne, ale i nowymi wyzwaniami epidemiologicznymi, w tym otyłością i wzrostem zaburzeń psychicznych. Szukając społecznych determinant tych zjawisk, warto zwrócić uwagę na nierówności w zdrowiu, w tym kwestię niskich kompetencji zdrowotnych poszczególnych grup społecznych, oraz nierówności regionalne, siedzący tryb życia czy starzenie się społeczeństwa. Istniejące w Polsce nierówności w zdrowiu dotkliwie uwidoczniła pandemia COVID-19. Co więcej, spowodowała ich silny wzrost.

Z analizy „The Lancet Regional Health – Europe” (1990–2023) wynika, że Polacy żyją dłużej, ale rosną wyzwania – m.in. nowotwory, cukrzyca, alkohol i zdrowie psychiczne. Jak te trendy interpretuje socjologia medycyny?

Przedstawione w artykule wyniki badań pokazują „mieszany obraz postępu” w obszarze zdrowia populacji Polski. Mamy spadek śmiertelności z przyczyn nagłych,

◀ Najtrudniejsze wyzwania zdrowotne nie znikają, one się przekształcają – uważa dr hab. n. społ. Małgorzata Synowiec-Piłat

podczas gdy głównym wyzwaniem staje się starzenie się społeczeństwa, w związku z czym wzrastają wskaźniki zachorowań na nowotwory, cukrzyce, choroby neurodegeneracyjne. Kolejna kwestia to wzrost problemów psychosocjalnych: zaburzeń depresyjnych, lękowych, stresu, wypalenia zawodowego, a także siedzący styl życia i nadmierny konsumpcjonizm przyczyniające się do epidemii otyłości czy nadmiernego stresu i problemów psychicznych.

Jaki wniosek wylania się z tego obrazu?

W obszarze zdrowia szybciej modernizowana jest medycyna niż społeczeństwo. Polska skutecznie dogania kraje Europy Zachodniej w zakresie medycyny naprawczej i technologii, ale wciąż goni w zakresie skutecznych strategii wyrównywania nierówności w zdrowiu i promowania prozdrowotnego stylu życia. I tu wracamy do ogromnego wpływu społecznych determinant na stan zdrowia populacji. Słabsze wyniki w obszarze zdrowia populacji osiągane są tam, gdzie potrzebna jest zmiana stylu życia na prozdrowotny. Kolejna kwestia to tzw. paradoks modernizacji. Modernizacja powoduje wzrost dobrobytu, ale też generuje nowe problemy: stres, nadmierną indywidualizację, presję sukcesu czy konsumpcjonizm. To z kolei implikuje problemy zdrowotne – wzrost zaburzeń psychicznych, uzależnień czy chorób metabolicznych. ●

PRZED KRAJOWYM ZJAZDEM LEKARZY

To były pracowite cztery lata

LIDIA SULIKOWSKA
DZIENNIKARKA

IX kadencja Naczelnej Rady Lekarskiej dobiega końca. Uplynęła pod znakiem walki o bezpieczeństwo leczenia, przeciwdziałania narastającej agresji wobec lekarzy oraz troski o jakość i prestiż zawodu.

Władze centralne kończącej się kadencji samorządu lekarzy i lekarzy dentyków z Nacelną Radą Lekarską i jej Prezydium pod przewodnictwem prezesa NRL Łukasza Jankowskiego weszły do gry w połowie 2022 r., w trudnym momencie dla systemu ochrony zdrowia – niedofinansowanego i poobijanego przez pandemię COVID-19. Dodatkowo czasy rysowały się niepewnie w obliczu wojny, która wybuchła za naszą wschodnią granicą.

TŁUMACZYMY, JAK JEST

Niejednokrotnie politycy obwiniali lekarzy za niepowodzenia w zarządzaniu systemem opieki zdrowotnej. Szybka reakcja na takie oskarżenia jest kluczowa, by odwrócić narzucaną narrację.

– Potrafimy temu przeciwdziałać, tłumacząc, jak jest naprawdę, i skutecznie przebić się z przekazem do opinii publicznej. Pełnimy rolę opiniotwórczą i kształtującą świadomość społeczną zarówno w sprawach medycznych, jak i systemowych. Nasz głos jest także słyszalny wśród decydentów – mówi wiceprezes NRL Klaudiusz Komor. – Przypomnę chociażby sytuację, w której minister zdrowia Adam Niedzielski publicznie poinformował, jakie leki przepisał sobie jeden z krytykujących go lekarzy, ujawniając tym samym dane wrażliwe. Staaliśmy murem za lekarzem, a minister wkrótce podał się do dymisji – wspomina wiceprezes NRL.

Inny przykład to skuteczna reakcja na narrację, według której zapaść finansowa NFZ wynika z rekordowych wynagrodzeń lekarzy. W odpowiedzi na te tezy prezes NRL zwrócił się do Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji z prośbą o przygotowanie danych. Raport AOTMiT

Tylko jednolity i zwarty na zewnątrz samorząd może być skutecznym partnerem i inicjatorem zmian dobrych dla lekarzy i pacjentów

jednoznacznie wskazał, że przypadki zarobków na poziomie 100–300 tys. zł miesięcznie miały charakter marginalny.

Naczelna Izba Lekarska pokazywała też społeczeństwu, jak wymagająca jest praca lekarzy. W kampanii „Jestem lekarzem, jestem człowiekiem” prezesi okręgowych rad lekarskich opowiedzieli o swojej codzienności w systemie ochrony zdrowia. – Po raz pierwszy w historii kampania edukacyjna organizowana przez samorząd i film, który ją promował, był wyświetlany w ogólnopolskiej telewizji w szczycie oglądalności. Szacuje

się, że mógł dotrzeć do kilkunastu milionów odbiorców. Ambasadorami tej kampanii zostali praktycznie wszyscy prezesi okręgowych izb lekarskich, co pokazuje, że mimo różnic potrafimy jednoczyć się w sprawach ważnych i fundamentalnych. Biorę to za dobry znak na przyszłość – mówi wiceprezes NRL Mateusz Kowalczyk.

RATOWANIE ŻYCIA TO NIE PRZESTĘPSTWO

Sztandarowym projektem były działania na rzecz poprawy bezpieczeństwa leczenia. Od początku kadencji podnoszono konieczność wprowadzenia systemu opartego na idei no fault (klauzula wyższego dobra). NIL przedstawiła własny projekt legislacyjny. Jednocześnie nagłaśniano temat w mediach, m.in. poprzez kampanię „Ratowanie życia to nie przestępstwo”, promowaną krótkometrażowym filmem w reż. Łukasza Palkowskiego z udziałem Tomasza Kota i Katarzyny Dąbrowskiej. Prowadzono też dialog z resortem zdrowia, a od ubiegłego roku działa Zespół do spraw Rozwiązań Prawnych w zakresie Odpowiedzialności Karnej i Cywilnej Lekarzy i Lekarzy Dentyków.

– Dzięki naszym działaniom opinia publiczna zrozumiała, na czym polega problem. Myślę, że w dużym stopniu udało się

przekonać społeczeństwo, że zabezpieczenie medyków przed prawnym ryzykiem jest z korzyścią dla pacjentów. Walka o no fault toczy się przez całą kadencję. Wydaje mi się, że jesteśmy naprawdę blisko osiągnięcia sukcesu – uważa Klaudiusz Komor.

BRAK ZGODY NA AGRESJĘ

Po tragicznej śmierci lekarza Tomasza Soleckiego skutek napaści pacjenta Prezydium NRL zaapelowało do premiera i ministra sprawiedliwości o podjęcie działań, które realnie poprawią bezpieczeństwo medyków. Prezes NRL przedstawił ówczesnej minister zdrowia Izabeli Leszczyńskiej listę konkretnych rozwiązań i odbył szereg spotkań m.in. z naczelnikiem Wydziału do Walki z Przestępczością Skierowaną przeciwko Życiu i Zdrowiu Biura Kryminalnego KGP, a także pełnomocnikiem komendanta głównego Policji ds. ochrony praw człowieka. W efekcie wielu działań powstał Parlamentarny Zespół ds. Bezpieczeństwa Medyków, w skład którego weszli prezes NRL Łukasz Jankowski oraz wiceprezes NRL Klaudiusz Komor, a prokurator generalny wydał wytyczne, które mają usprawnić i zaostrzyć reakcję organów ścigania w przypadku przestępstw popełnianych na szkodę osób udzielających świadczeń zdrowotnych.

– Zalecenia mówią o tym, by prokuratorzy traktowali sprawy agresji przeciwko medykom ze szczególną starannością i działali bezzwłocznie. Samorząd aktywnie działa też na rzecz rozszerzenia ochrony przynależnej funkcjonariuszowi publicznemu każdemu lekarzowi, niezależnie od tego, czy udziela świadczeń w ramach środków publicznych – tłumaczy Klaudiusz Komor.

NA STRAŻY JAKOŚCI ZAWODU

Z tematem bezpieczeństwa wiąże się także dbałość o jakość leczenia oraz odpowiednio kompetencje specjalistów. NRL i Prezydium wielokrotnie interweniowały u decydentów, aby zlikwidowano tzw. uproszczone tryby nabywania uprawnień do wykonywania zawodu lekarza i lekarza dentystry w Polsce dla osób spoza UE, ponieważ nie zapewniają rzetelnej weryfikacji kwalifikacji zawodowych. Pewne pozytywne zmiany zaszły, ponieważ lekarze i lekarze dentyści, którzy uzyskali zgodę ministra zdrowia na wykonywanie zawodu na określony zakres czynności

zawodowych, okres i miejsce zatrudnienia, muszą przedstawić dokument poświadczający znajomość języka polskiego minimum na poziomie B1 albo wydawane przez NIL zaświadczenie o zdaniu egzaminu ze znajomości języka polskiego.

– Mamy mnóstwo pracy, ale to bardzo dobrze, bo dzięki temu zwiększy się bezpieczeństwo leczenia – mówi przewodnicząca Komisji ds. Egzaminów z Języka Polskiego dla Lekarzy Cudzoziemców NRL Mery Topolska-Kotulecka. I dodaje: – Zgłasza się do nas na egzamin spora część lekarzy z Ukrainy, którzy pracują w Polsce

NRL i Prezydium wielokrotnie interweniowali u decydentów, aby zlikwidowano tzw.

uproszczone tryby nabywania uprawnień do wykonywania zawodu

od 2022 r., a mówią bardzo słabo po polsku. To pokazuje, że dopuszczenie medyków do zawodu bez faktycznej weryfikacji znajomości języka było groźnym zjawiskiem.

RECEPTMATY PRZED SĄDEM

Jednym z zadań samorządu lekarskiego jest piecza nad należyтым i sumiennym wykonywaniem zawodu sprawowana przez organy odpowiedzialności zawodowej. Na szczeblu centralnym są to Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej i Naczelny Sąd Lekarski. – W 2025 r. padł rekord około 4,5 tys. skarg złożonych do rzeczników odpowiedzialności zawodowej we wszystkich izbach lekarskich. Zdecydowana większość z nich pochodzi od pacjentów, którzy czują się poszkodowani, ale tak naprawdę 10-15 proc. to sprawy, w których rzecznicy okręgowi widzą zasadność kierowania wniosków do okręgowego sądu lekarskiego o ukaranie. Z kolei NROZ albo jego zastępcy występują jako oskarżyciele przed NSL w ramach postępowania II instancji oraz przed Sądem Najwyższym – tłumaczy Zbigniew Kuzyszyn, Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej.

W latach 2022–2025 NSL rozpatrzył ponad 800 spraw w ramach postępowania odwoławczego od orzeczeń i postanowień okręgowych sądów lekarskich. – Z każdym rokiem tych spraw przybywa. Zmienia się również problematyka prowadzonych postępowań. Pojawiały się nowe zagadnienia, np. działalność w ramach tzw. receptomatów, która niszczy autorytet lekarza i krzywdzi pacjentów. Karzemy i będziemy karać lekarzy, którzy sprowadzają swoją pracę do mechanicznego wypisywania ogromnej ilości recept na żądanie, bez należytego zbadania pacjenta. Kontynuujemy też sprawy lekarzy promujących postawy antyszczepienne i prowadzących terapie niezgodne z evidence-based medicine – mówi Jacek Miarka, przewodniczący NSL.

KEL I REGULAMINY WYBORCZE

Mocnym akcentem mijającej kadencji była też nowelizacja Kodeksu Etyki Lekarskiej i przyjęcie nowych regulaminów wyborczych. Wydarzyło się to podczas XVI Nadzwyczajnego Krajowego Zjazdu Lekarzy w maju 2024 r. Delegaci obradowali nad projektem KEL przygotowanym przez Komisję Etyki Lekarskiej NRL. Dokument przyjęto pierwszego dnia zjazdu zdecydowaną większością głosów po uwzględnieniu części poprawek. – Nowy kodeks jest bardziej jednoznaczny i lepiej dostosowany do obecnych realiów, aktualnych wyzwań i oczekiwań w obszarze medycyny – komentował Artur de Rosier, przewodniczący Komisji Etyki Lekarskiej NRL na łamach „Gazety Lekarskiej”. Uwzględniono w nim m.in. zasady korzystania ze sztucznej inteligencji w procesie diagnostycznym i wprowadzono nowe pojęcia (np. terapia daremna).

Kolejnego dnia zjazdu przyjęto nowe regulaminy wyborcze, które m.in. wprowadziły głosowanie elektroniczne, co ma ułatwić wzięcie udziału w wyborach na delegatów na okręgowe zjazdy lekarzy, a dalej na krajowy zjazd lekarzy. W pierwszej połowie ubiegłego roku NIL uruchomiła program do e-wyborów. – Projekt okazał się sukcesem i z rozmów z lekarzami wynika, że nawet ci, którzy byli do niego

sceptycznie nastawieni, ostatecznie sami skorzystali z jego możliwości i zgłosili się elektronicznie do wyborów. To najlepsza recenzja – ocenia wiceprezes NRL Mateusz Kowalczyk.

WALKA Z SZARLATANAMI

– Jesteśmy, mam nadzieję, na finiszu procesu legislacyjnego w związku z projektem „lex szarlatan”. Trzymam kciuki, aby w końcu ta ustawa weszła w życie. Nie zapominajmy też o funduszu kompensacyjnym, który stanowi jeden z fundamentów budowy systemu no fault – wymienia Mateusz Kowalczyk.

Samorząd lekarski zabiegał też o zmiany, które poprawią dostępność znieczuleń podczas porodów naturalnych. W efekcie w ramach rozporządzenia NFZ wprowadzono premie finansowe dla placówek, które podniosą odsetek zastosowań znieczuleń zewnątrzoponowych lub podpajęczynówkowych w ogólnej liczbie porodów naturalnych. – To zaowocowało zwiększeniem ich liczby – wskazuje Damian Patecki, anestezjolog, członek Prezydium NRL.

Udało się też doprowadzić do zmiany przepisów, dzięki którym lekarze niezależnie od specjalizacji, miejsca pracy i posiadania kontraktu z NFZ mogą wystawiać recepty na bezpłatne leki dla pacjentów w wieku 65 lat i starszych oraz dla dzieci do 18. roku życia. Spełnił się również postulat samorządu o wprowadzeniu dokumentu PWZ do aplikacji mObywatel.

Warto też przypomnieć, że w obecnej kadencji NRL powołała Radę Ekspertów, którą tworzy kilkadziesiąt osobowości świata medycznego. Gremium m.in. uchwaliło stanowisko, w którym sprzeciwia się stosowaniu metody ILADS w leczeniu boreliozy.

NIL i izby okręgowe zostały również dopisane do listy podmiotów, które mogą prowadzić certyfikację umiejętności zawodowych. – To zwiększa rolę samorządu w kształceniu podyplomowym lekarzy i lekarzy dentyistów. Dzięki zmianom uzyskaliśmy też wpływ na to, kto zostaje dyrektorem CMKP – wymienia Klaudiusz Komor.

Z kolei Centralny Ośrodek Badań, Innowacji i Kształcenia NIL pomaga lekarzom w realizacji obowiązków ustawicznego kształcenia, oferując szeroką ofertę szkoleń, warsztatów i kursów, a powołana do życia NIL IN – Sieć Lekarzy Innowatorów Naczelnej Izby Lekarskiej wspiera wykorzystanie i rozwój

nowych technologii w medycynie oraz propaguje wiedzę na temat innowacji i telemedycyny wśród medyków.

WIĘCEJ NIŻ BIAŁY UŚMIECH

Dla stomatologii początek IX kadencji rozpoczął się mocnym akcentem. Spełnił się postulat samorządu o utworzeniu Rady ds. Rozwoju Stomatologii jako organu pomocniczo-doradczego ministra zdrowia. Wiceprezes NRL i szef Komisji Stomatologicznej NRL Paweł Barucha został jej pierwszym przewodniczącym. – Ta inicjatywa zjednoczyła środowiska lekarzy dentyistów i zapewniła ciągłość dialogu mimo zmian na stanowisku ministra zdrowia – mówi Paweł Barucha.

– Doprowadziliśmy do końca rozpoczęte jeszcze w poprzedniej kadencji starania dotyczące wprowadzenia nowej wyceny w chirurgii stomatologicznej i periodontologii.

Spełnił się postulat o utworzeniu Rady ds. Rozwoju Stomatologii

W przypadku ustawy Kamilka udało nam się przekonać decydentów, że gabinety stomatologiczne już są elementem wykrywania patologii, więc nie muszą być objęte tymi przepisami. Skutecznie interweniowaliśmy też, aby lekarze i lekarze dentyści nie musieli korzystać z usług doradcy ADR. W 2023 r. wynegocjowaliśmy 140 mln zł za nadwykonania w stomatologii. Była też walka z narracją medialną o tzw. paragony grozy. Skutecznie wytłumaczyliśmy, z jakiego powodu wynikają podwyżki – wymienia Paweł Barucha. I dodaje, że obecnie trwają intensywne działania wraz z Ministerstwem Edukacji Narodowej na rzecz wdrożenia obowiązkowej edukacji z zakresu profilaktyki stomatologicznej w klasach 1–3. Podkreśla też, jak ważny jest powrót do traktowania stomatologii jako pełnoprawnej dziedziny medycyny, a nie sprowadzania jej do białego uśmiechu: – Kondycja jamy ustnej ma wpływ na cały organizm, a leczenie stomatologiczne jest często

konieczne jako pierwszy etap leczenia chorób ogólnoustrojowych.

RAZEM SILNIEJSI

– Zdecydowanie łatwiej było nam się przebić z postulatami w pierwszym okresie kadencji, zanim zaczęły się wewnętrzne zawirowania w samorządzie. To osłabiło nasz głos w dyskusji z resortem zdrowia, co miało np. skutek w postaci rozszerzenia kompetencji higienistek stomatologicznych – ocenia przewodniczący Komisji Stomatologicznej NRL.

– Mimo pewnych perturbacji wewnętrznych i nieustannie zmieniającej się i pogarszającej sytuacji w systemie ochrony zdrowia, jako samorząd daliśmy radę i w ramach tych możliwości, które mieliśmy, działając z naszymi najlepszymi intencjami i umiejętnościami, robiliśmy wszystko, aby godnie reprezentować wszystkich lekarzy. Broniliśmy dobrego imienia lekarza i prawa do prywatności po bezprecedensowym ataku ministra zdrowia, udzielaliśmy skutecznej pomocy lekarzom wypisującym preparaty mlekozastępcze w zgodzie z wiedzą i dobrem pacjenta, a zmagającym się z zarzutami ze strony NFZ, inicjowaliśmy szczyty medyczne, w trakcie których najważniejsi politycy w państwie dowiedzieli się o problemach i wyzwaniach systemu ochrony zdrowia, broniliśmy przed zakusami na limitowanie naszych pensji – podkreśla Mateusz Kowalczyk. – Mam jednak poczucie, że gdybyśmy nie musieli dzielić uwagi, czasu i zasobów na reagowanie na trudności prokurowane wewnętrznie, moglibyśmy być bardziej skuteczni w innych tematach. Mam nadzieję, że mijająca kadencja będzie dla nas wszystkich nauką, z której wyciągniemy wnioski, bo tylko jednolity i zwarty na zewnątrz samorząd może być skutecznym partnerem i inicjatorem zmian dobrych dla lekarzy i pacjentów – podsumowuje Kowalczyk.

Na koniec warto przypomnieć działania integrujące środowisko lekarzy sportowców. W 2024 r. NIL podjęła się organizacji Igrzysk Lekarskich. Zawody zorganizowano w nadmorskim Cetniewie, a rywalizowało w nich niemal 800 osób. W ubiegłym roku Igrzyska wróciły do Zakopanego, a w tym impreza ponownie odbędzie się nad morzem. ●

PRZED KRAJOWYM ZJAZDEM LEKARZY

Zdrowie na sztandarach, polityka w kuluarach

MARIUSZ TOMCZAK
DZIENNIKARZ

Nowa kadencja samorządu lekarskiego upłynie pod znakiem walki z bolączkami, które bezpośrednio rzutują na codzienną pracę lekarzy i lekarzy dentyków – kluczowego ogniwa systemu ochrony zdrowia.

Brak stabilnych warunków do planowania polityki zdrowotnej w długim terminie to efekt wadliwego modelu finansowania – problemem jest zarówno sposób pozyskiwania środków, jak i ich późniejszy rozdział. To jeden z głównych wniosków zawartych w raporcie Think Tanku SGH dla ochrony zdrowia pt. „Nowa architektura finansowania ochrony zdrowia w Polsce. Systemowa diagnoza i rekomendacje eksperckie”, który ujrzał światło dzienne kilka tygodni temu.

Międzyuczelniany zespół ekspertów wskazuje, że system ochrony zdrowia w Polsce „zamiast wspierać zachowania sprzyjające zdrowiu, wzmacniać efektywność świadczeń i budować odporność finansową w zmieniającym się otoczeniu gospodarczym, utrwala nierówności i generuje narastające ryzyka fiskalne”. Autorzy raportu dodają, że sposób finansowania wymaga przeformatowania, ponieważ obecnie jest zorientowany na leczenie chorób, a nie zapobieganie im. Stawką jest zdolność do zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego obywatelom naszego państwa.

Pod koniec maja 2026 r. ciężar mierzona się z niedomaganiem systemu spocznie na nowo wybranych władzach Naczelnej Izby Lekarskiej, które przejmą odpowiedzialność za kształtowanie przyszłości samorządu. W X kadencji (lata 2026-2030), podobnie jak wcześniej, z całą pewnością nie będą biernym obserwatorem wydarzeń. Zadaniem nowej Naczelnej Rady Lekarskiej i wyłonionych z jej grona członków Prezydium NRL będzie nie tylko wskazywanie



fot. Shutterstock.com

Ochrona zdrowia stała się polem politycznej gry, w której realne problemy lekarzy i pacjentów schodzą na drugi plan

◀ Politycy nie zawsze wsłuchują się w głosy praktyków – ich opinie często giną w korytarzach resortu zdrowia

błędów, ale też wywieranie skutecznej presji na decydentów, by rozwiązania wypracowywane przez przedstawicieli izb okręgowych brały pod uwagę i wcielano w życie.

SPEKTAKL ZAMIAST REFORM

– Mamy do czynienia z udawaniem, że zajmujemy się ochroną zdrowia, udawaniem, że robimy reformę, udawaniem, że teraz minister dostał pełne plenipotencje, żeby naprawić system. Tymczasem politycy odpychają od siebie ochronę zdrowia jak gorący kartofel – powiedział Łukasz Jankowski, prezes NRL, w niedawnym wywiadzie dla „Super Expressu”.

Szef samorządu lekarskiego dodał, że premier Donald Tusk nie jest wystarczająco dobrze poinformowany o tym, co się dzieje w ochronie zdrowia, bo być może jego najbliższe otoczenie nie przekazuje mu pełnej wiedzy o kondycji Narodowego Funduszu Zdrowia. Ubolewał, że niektórzy politycy, zamiast rozwiązywać realne problemy, ukrywają je, a w ostatnich miesiącach w celu odwrócenia od tego uwagi epatowali wysokimi zarobkami nielicznych lekarzy.

W kolejnych miesiącach samorząd musi być wciąż przygotowany na dyskusję na temat wysokości

wynagrodzeń, podobnie jak na kontynuację debaty o dopuszczalnej formie zatrudnienia w placówkach medycznych. Tym bardziej że największa partia opozycyjna zapowiada wprowadzenie ścisłego rozdziału publicznej ochrony zdrowia od prywatnej. Zdaniem jej lidera doprowadzi to do uporządkowania struktury plac. Pomysł, by lekarze mogli pracować wyłącznie w jednym sektorze, akceptują zresztą niektórzy politycy z innych ugrupowań.

PIENIĄDZE TO NIE WSZYSTKO

W wartościach nominalnych wydatki na zdrowie rosną – według Głównego Urzędu Statystycznego w 2014 r. było to 107,6 mld zł (środki publiczne odpowiadały za 71 proc. tej kwoty), a w 2024 r. – 293,6 mld zł (z czego 78 proc. pochodziło z wydatków publicznych). To jednak nie przekłada się na realną poprawę funkcjonowania systemu. Co więcej, liczne i zdiagnozowane dawno temu bolączki – takie jak nieadekwatne powiązanie finansowania z efektami zdrowotnymi, niedostosowane do zmian demograficznych, czy traktowanie profilaktyki po macoszemu – pozostają nierozwiązane.

Obecnie składka zdrowotna pokrywa tylko 85 proc. potrzeb NFZ – reszta musi zostać uzupełniona dotacjami z budżetu państwa. Składek nie płaci ponad 20 grup zawodowych. Decyzja o ograniczeniu grup uprzywilejowanych należy do rządu, ale władza unika naruszania status quo, obawiając się społecznego sprzeciwu, jaki mogłoby to wywołać.

BRAK WIZJI CZY BRAK ODWAGI?

Samorząd lekarski od dawna oferuje – i w najbliższej przyszłości zapewne to się nie zmieni – wsparcie we wdrażaniu zmian i jest otwarty na nowe pomysły dla dobra pacjentów. Ale politycy nie zawsze wsłuchują się w głosy praktyków – ich opinie często giną w korytarzach kancelarii premiera i Ministerstwa Zdrowia czy w sejmowych kuluarach. Nierozstrzygnięte pozostaje pytanie: czy decydentów paraliżuje brak wizji, czy może obawa przed podjęciem radykalnej reformy systemu?

W efekcie potrzeby pacjentów przegrywają z wąsko rozumianym interesem partyjnym, a ochrona zdrowia jest jednym z najgorzej ocenianych obszarów funkcjonowania państwa. Z opublikowanego w kwietniu br. sondażu United Surveys dla Wirtualnej Polski wynika, że ponad 82 proc. Polek i Polaków negatywnie ocenia wpływ koalicji rządzącej na sytuację w tym obszarze. Tylko co

dziesiąty uważa, że w ochronie zdrowia dzieje się lepiej, odkąd Donald Tusk powrócił do władzy. Co ważne, krytyczna ocena łączy ankietowanych niezależnie od poglądów politycznych – głębokiego niezadowolenia nie kryją nawet wyborcy ugrupowań tworzących obecną koalicję.

BEZPIECZEŃSTWO NIEJEDNO MA IMIĘ

W nadchodzącej kadencji samorząd będzie konsekwentnie zabiegał o poprawę warunków pracy w publicznej ochronie zdrowia, mimo że wielu lekarzy i lekarzy dentyistów zdecydowało się już na przejście do sektora prywatnego. Problemem jest nie tylko różnica w wysokości zarobków. Równie ważne jest

Bez stabilnego finansowania
i odwagi decyzyjnej nawet najlepsze
pomysły na reformy pozostaną tylko
na papierze

obciążenie pracą i nadmierna biurokracja, które napędzają zjawisko wypalenia zawodowego.

Konieczne są też dalsze działania na rzecz poprawy bezpieczeństwa. Z jednej strony chodzi o ograniczenie agresji, w tym zapobieganie sytuacjom, w których pacjenci przekierowują na lekarzy swoją frustrację spowodowaną m.in. niedostatkami systemu, a z drugiej – przekonanie polityków, że klauzula wyższego dobra leży w głęboko pojętym interesie pacjentów, ponieważ tworzy realia oparte na zaufaniu i przejrzystości, a nie strachu przed niezawinionymi błędami.

To, że w ostatnich latach ten postulat przebił się do debaty publicznej, jest sukcesem wielu działaczy samorządu lekarskiego, którzy cierpliwie tłumaczyli jego istotę oraz rozwiewali narosłe wokół niego wątpliwości. – Wprowadzenie systemu *no fault* przyczyni się do poprawy bezpieczeństwa pacjentów i medyków. To byłby też przełom w zapobieganiu niedoborom lekarzy, zwłaszcza wśród specjalności zabiegowych, które

często są uważane za „pozworodne” – przekonuje Klaudiusz Komor, wiceprezes NRL.

KONTROWERSJE WOKÓŁ KSZTAŁCENIA

W ostatnich latach umożliwiono otwieranie kierunków lekarskich licznym uczelniom publicznym i prywatnym, w tym również placówkom o niezwykle skromnym doświadczeniu w kształceniu w zakresie nauk medycznych. W efekcie liczba studentów dość szybko wzrosła. Przedstawiciele izb lekarskich wielokrotnie wyrażali obawy o jakość kształcenia przeddyplomowego i w kolejnej kadencji zapewne nadal będą bacznie przyglądać się tej sprawie. Nie ma jednak pewności, czy ich argumentacja okaże się wystarczająco przekonująca dla decydentów.

Pojawiają się obawy wynikające z szybkiego wzrostu liczby miejsc na kierunku lekarskim – skokowy przyrost absolwentów może doprowadzić do sytuacji, w której coraz częściej będą „łatać” braki kadrowe pojawiające się w innych zawodach medycznych. Zdaniem Damiana Pateckiego, członka Prezydium NRL, już teraz w naszym kraju kształci się praktycznie dwa razy więcej przyszłych lekarzy niż w nieodległej przeszłości, podczas gdy brak pielęgniarek pozostaje wciąż nierozwiązaną kwestią.

W najbliższych miesiącach środowisko czeka batalia o utrzymanie stażu podyplomowego. Pod koniec marca do wykazu prac legislacyjnych Rady Ministrów trafił projekt ustawy o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentyisty oraz niektórych innych ustaw, zakładająca ograniczenie go do zaledwie sześciu miesięcy. Minister zdrowia Jolanta Sobierańska-Grenda przekonuje, że docelowo należy go zlikwidować. Powodem, jak się nie trudno domyślić, są oszczędności. Kilkanaście lat temu identycznego argumentu używała ówczesna szefowa tego resortu Ewa Kopacz, w czasie gdy premierem tak jak teraz był Donald Tusk. Kontrowersyjną decyzję cofnął jeden z jej następców. Czy tym razem będzie podobnie?

WTÓRNA PRYWATYZACJA

W sposób szczególny samorząd lekarski krytykuje podejście rządzących do publicznej stomatologii,

► **Jolanta Sobierańska-Grenda**
(druga od lewej) pełni urząd ministra
zdrowia od 24 lipca 2025 r.

które nie zmienia się od wielu lat. Dysproporcja między nakładami publicznymi na nią a finansowaniem medycyny ogólnej woła o pomstę do nieba. Władze NIL ostrzegają, że uderza to w pacjentów i finalnie prowadzi do wzrostu wydatków w systemie. Zdrowie jamy ustnej ma bowiem wpływ na funkcjonowanie całego organizmu, a próchnica czy choroby dziąseł mogą skutkować poważnymi schorzeniami ogólnoustrojowymi.

Chroniczne niedofinansowanie świadczeń w ramach NFZ sprawia, że coraz mniej gabinetów stomatologicznych decyduje się na podpisywanie kontraktów z płatnikiem. W tym obszarze obserwowane jest zjawisko „wtórnej prywatyzacji”, a dominacja dużych sieci – przed czym przestrzegają działacze izb m.in. z uwagi na ryzyko monopolizacji rynku – staje się coraz bardziej odczuwalna.

W felietonie opublikowanym pół roku temu w „Gazecie Lekarskiej” wiceprezes NRL Paweł Barucha napisał: „Lekarze dentyści, uczelnie medyczne i samorząd zawodowy wielokrotnie przedstawiali gotowe rozwiązania, które mogłyby usprawnić system, jednak nasz głos często pozostaje niezauważony. Decyzje o kluczowym znaczeniu dla praktyki stomatologicznej zapadają bez konsultacji z osobami, które na co dzień mierzą się z problemami pacjentów i organizacji pracy gabinetów”.

OD POLITYKI NIE MA UCIECZKI

Czy X kadencja samorządu przyniesie przełom w kwestiach kluczowych dla środowiska? Trudno o jednoznaczną odpowiedź, gdyż w tej grze najważniejsze karty rozdają politycy – to właśnie oni, a nie lekarze czy lekarze dentyści, wpływają na kształt najważniejszych przepisów. O ile nie dojdzie do przedterminowych wyborów, nowy parlament wybierzemy prawdopodobnie w listopadzie 2027 r. Decyzję podjęte wówczas przez miliony Polek i Polaków zdecydują o składzie większości sejmowej, która wyłoni m.in. szefa rządu, a ten wskaże nazwisko osoby mającej pokierować Ministerstwem Zdrowia.

Obserwując dynamikę debaty publicznej w ostatnich tygodniach, można przypuszczać, że zanim do tego dojdzie, ochrona zdrowia będzie jednym z ważniejszych tematów przyszłorocznej



foto. KPRM

kampanii wyborczej. Stanie się tak nie tylko z uwagi na zamykanie porodówek, ograniczanie finansowania świadczeń przez NFZ czy obawy o restrukturyzację szpitali, ale również ostatnie „skandale zdrowotne” z udziałem znanych polityków rządzącej koalicji.

„Porwaniem karetki w Knurowie” (według portalu zero.pl, dyrektor lecznicy wykorzystał ją do przewozu krewnej jednej z posłanek) i „aferą w szpitalu w Aleksandrowie Kujawskim” (z ustaleń portalu wp.pl wynika, że z pominięciem obowiązujących procedur oraz poza kolejnością wykonano zabieg u członka rodziny jednego z senatorów) żyło wiele mediów. A w internecie, będącym dziś kluczową areną politycznego sporu, wywołało to lawinę negatywnych emocji. – Każda tego typu sprawa zawsze kładzie się cieniem na wizerunek zawodu lekarza – podkreśla Iwona Kania, zastępcza rzeczniczka prasowego NIL.

MIĘDZY RZECZYWISTOŚCIĄ A PROPAGANDĄ

Czy to oznacza, że za rok będziemy świadkami spektaklu, w którym wytykanie omijania kolejek stanie się głównym narzędziem walki o głosy, a spór na linii rząd–opozycja sprowadzi się do powtarzania, iż obóz władzy nie interesują realne reformy, bo

problem kolejek ich nie dotyczy z uwagi na VIP-owski status? Samorząd lekarski z pewnością będzie próbował przekierować debatę na rozmowę o faktach i twardych danych oraz potrzebach zdrowotnych społeczeństwa. Będzie też chciał, by pretendenci do funkcji premiera czy ministra zdrowia przedstawili koncepcję planowanych reform, takich, które nie staną się obietnicami bez pokrycia.

Nie ulega wątpliwości, że zmiany – wprowadzane w sposób stanowczy i konsekwentny – są konieczne, o czym dobitnie świadczą dane NFZ za czwarty kwartał 2025 r. Ze statystyk, do których niedawno dotarł portal rynekzdrowia.pl, wynika, że część pacjentów czeka w horrendalnych kolejkach. Dotyczy to w szczególności poradni wąkospecjalistycznych, jak np. chorób metabolicznych dla dzieci (321 dni) czy neurochirurgicznych (274 dni). Mediana czasu oczekiwania na endoprotezoplastykę stawu kolanowego wyniosła 202 dni, a fizjoterapię ambulatoryjną – 178 dni.

Tasiemcowe kolejki są też m.in. na rezonans magnetyczny czy kolonoskopię. Tymczasem NFZ właśnie w tych obszarach ostatnio szukał oszczędności i 1 kwietnia wprowadził w życie dość bolesne cięcia. Mrozek by tego nie wymyślił.

PRZED KRAJOWYM ZJAZDEM LEKARZY

Siedem (nie)oczywistych faktów o samorządzie lekarskim

MARIUSZ TOMCZAK

Izby lekarskie zrzeszają obecnie ok. 222 tys. członków, a zawód lekarza i lekarza dentystry wykonuje ok. 208 tys. osób, w tym kilkaset z podwójnym prawem wykonywania zawodu – wynika z Centralnego Rejestru Lekarzy.

Zgodnie z ustawą o izbach lekarskich samorząd zawodowy lekarzy i lekarzy dentyistów tworzą członkowie izb. Samorząd reprezentuje ich, a także sprawuje pieczę nad należyтым wykonywaniem zawodu. W realizacji swoich zadań jest niezależny i podlega wyłącznie przepisom prawa. Naczelną Izbę Lekarską tworzą członkowie jej organów, a izby okręgowe i Wojskową Izbę

Lekarską – lekarze i lekarze dentyści wpisani na listę członków. Obecnie funkcjonują 23 „okręgówki” oraz izba wojskowa, która – choć działa w całym kraju – ma status izby okręgowej. Na mocy ustawy członkowie są zobowiązani przestrzegać zasad etyki lekarskiej i przepisów związanych z wykonywaniem zawodu oraz stosować się do uchwał organów izb.

36,5 roku

mija od I Krajowego Zjazdu Lekarzy. Obradowano w dniach 10-12 grudnia 1989 r. w Filharmonii Narodowej w Warszawie. Obrady poprzedziły je intensywne przygotowania rozpoczęte m.in. dzięki uchwaleniu ustawy o izbach – doszło do tego 17 maja 1989 r. w schyłkowej fazie PRL. Miesiąc później powstał 177-osobowy Komitet Organizacyjny Izb Lekarskich, w którego skład weszli m.in. działacze NSZZ „Solidarność”. Pracami 29-osobowego prezydium kierował prof. Jacek Zochowski. „W dniu 10 listopada 1989 roku spieszyłem z ochotą i wielkim wzruszeniem na pierwsze zebranie reaktywowanych izb lekarskich. Przeżywałem ogromną radość, myśląc, że oto wraca Polska. Ta Polska, która skończyła się dla mnie 1 września 1939 roku” – wspominał prof. Jan Nielubowicz, późniejszy honorowy prezes NRL, na łamach pierwszego numeru „Gazety Lekarskiej”.

495 delegatów

– w tym 388 lekarzy i 107 lekarzy dentyistów – weźmie udział w Krajowym Zjeździe Lekarzy (KZL) X kadencji (lata 2026-2030). Podział mandatów wynika z uchwały Naczelnej Rady Lekarskiej z 20 lutego br. Najwięcej delegatów ma OIL w Warszawie (83). Druga w kolejności jest OIL w Krakowie (45), trzecia Śląska IL (44), czwarta – Dolnośląska IL (41), a piąta – Wielkopolska IL (39). Najmniejszą liczbę delegatów mają izby z siedzibą w Gorzowie Wielkopolskim i Płocku (po trzech), w Koszalinie i Tarnowie (po czterech), a także w Częstochowie i Zielonej Górze (po pięciu). W dalszej kolejności jest Kujawsko-Pomorska OIL (ośmiu) oraz OIL w Opolu i Beskidzka IL (po dziewięciu). Warmińsko-Mazurska IL dysponuje 10 mandatami, tak jak wojskowa.

16 zjazdów

krajowych odbyło się od reaktywacji samorządu lekarskiego na przełomie lat 80. i 90. XX wieku. Jeden nie doszedł do skutku z powodu pandemii COVID-19. Krajowy Zjazd Lekarzy jest najliczniejszym organem Naczelnej Izby Lekarskiej. To forum poświęcone debacie nad kluczowymi kwestiami dla środowiska, podczas którego delegaci podsumowują aktywność władz NIL oraz wytyczają kierunki działań na kolejne lata.

Zgodnie z ustawą o izbach KZL m.in. ustanawia zasady etyki lekarskiej, uchwała program działalności samorządu oraz rozpatruje i zatwierdza sprawozdania: Naczelnej Rady Lekarskiej, Naczelnej Komisji Rewizyjnej, Naczelnego Sądu Lekarskiego, Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej i Krajowej Komisji Wyborczej. Ustala też zasady podziału składki członkowskiej.

Co 4 lata

Krajowy Zjazd Lekarzy zwołuje Naczelna Rada Lekarska. W ustawie jest też wskazane, że jego uczestnikami są delegaci wybrani przez zjazdy okręgowe oraz, choć tylko z głosem doradczym, niebędący delegatami członkowie zastępczych organów Naczelnej Izby Lekarskiej.

Kadencja organów izb trwa cztery lata. Działają one do pierwszego posiedzenia nowo wybranych gremiów.

Z kolei zjazd nadzwyczajny zwołuje NRL z własnej inicjatywy, na wniosek Naczelnej Komisji Rewizyjnej lub na wniosek co najmniej 1/3 rad okręgowych. Obraduje wyłącznie nad sprawami, dla których został zwołany. Ostatni zjazd nadzwyczajny odbył się w maju 2024 r. w Łodzi – uchwalono wówczas nowy Kodeks Etyki Lekarskiej.

6 prezesów

kierowało Naczelną Radą Lekarską od chwili odrodzenia samorządu w 1989 r. Pierwszym szefem był prof. Tadeusz Chruściel (I kadencja, lata 1989-1993), którego 16. rocznica śmierci przypadła 11 lutego br. W jego opinii reaktywowane izby miały „połączyć w działaniu” lekarzy, którzy dotychczas byli niczym „samotne wyspy”. Później funkcję prezesa NRL sprawowali kolejno: Krzysztof Madej (II-III kadencja, lata 1993-2001), Konstanty Radziwiłł (IV-V kadencja, lata 2001-2010), Maciej Hamankiewicz (VI-VII kadencja, lata 2010-2018), prof. Andrzej Matyja (VIII kadencja, lata 2018-2022), Łukasz Jankowski (IX kadencja, 2022-nadal).

W czasie wyborów cztery lata temu Łukasz Jankowski otrzymał 252 głosy, a jego kontrkandydat Andrzej Matyja – 192.

75 osób

weszło w skład Naczelnej Rady Lekarskiej cztery lata temu, z czego 51 osób wyłoniono na Krajowym Zjeździe Lekarzy. Zgodnie z ustawą NRL kieruje działalnością Naczelnej Izby Lekarskiej w okresie między zjazdami, w tym m.in. reprezentuje i chroni interesy zawodowe członków samorządu oraz wykonuje uchwały KZL. Co najmniej jeden z wiceprezesów NRL musi być lekarzem dentystą, a do prezydium mogą zostać wybrani wyłącznie członkowie Rady niebędący szefami ORL. Prawo udziału w posiedzeniach NRL i jej prezydium z głosem doradczym mają: przewodniczący Naczelnej Komisji Rewizyjnej, przewodniczący Naczelnego Sądu Lekarskiego i Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej.

10 lat

wynosi minimalny okres wykonywania zawodu, aby kandydować na funkcję rzecznika odpowiedzialności zawodowej, jego zastępcy czy członka sądu lekarskiego. Funkcje rzecznika odpowiedzialności zawodowej i przewodniczącego sądu lekarskiego – podobnie jak prezesa, wiceprezesa, sekretarza, skarbnika rady i przewodniczącego komisji rewizyjnej

– można nieprzerwanie pełnić nie dłużej niż przez dwie następujące po sobie kadencje. Z ustawy wynika też, że rzecznik odpowiedzialności zawodowej i jego zastępcy oraz członkowie sądu lekarskiego i komisji rewizyjnej nie mogą należeć do innego organu izby lekarskiej – wyjątkiem jest Krajowy Zjazd Lekarzy i zjazd okręgowy.

PRZED KRAJOWYM ZJAZDEM LEKARZY

Ciągle mam motywację do działania

O mijającej kadencji samorządu lekarskiego, sporach i wyzwaniach na najbliższe lata mówi Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej **dr n. med. Łukasz Jankowski** w rozmowie z Anną Wojdą, Mariuszem Tomczakiem i Piotrem Kościelniakiem.

Zacznijmy od gorącej sprawy dotyczącej bezpośrednio lekarzy i lekarzy dentyków. Jak samorząd reaguje na działania Ministerstwa Zdrowia w sprawie płacenia – czy raczej niepłacenia – za nadwykonania i niektóre badania? Zwracamy uwagę, że przede wszystkim dzisiaj w systemie ochrony zdrowia dzieje się niesprawiedliwość. Pamiętamy poprzedni rok, kiedy Naczelna Rada Lekarska apelowała o zwiększenie finansowania i przewidywała, że bankructwo NFZ jest tylko kwestią czasu. NFZ uspokajał, mówiąc, że co prawda na ten rok kontrakty zostaną zmniejszone, ale w nadwykonaniach dokona się wyrównanie. Przychodzi rok 2026, kontrakty rzeczywiście są obniżone, natomiast Fundusz wprowadza w naszej ocenie niedozwolone jednostronne klauzule do umów, mówiące o tym, że za nadwykonania będzie płacił dużo mniej. Myślę, że nie tylko lekarze, ale przede wszystkim dyrektorzy szpitali mogą się poczuć potraktowani po prostu niesprawiedliwie.

To jest ocena sytuacji. A działania?

Współpraca z Ministerstwem Zdrowia układa się obecnie najgorzej od lat. Dialog jest skrajnie trudny i nie pozostało nam nic innego, jak próbować uchylić te błędne zarządzenia, korzystając ze ścieżki prawnej. Stoimy na stanowisku, że NFZ nadużywa swojej pozycji monopolistycznej. Poinformowaliśmy UOKiK, szukamy też możliwości interwencji przez inne podmioty, jak Rzecznik Praw Pacjenta i Rzecznik Praw Obywatelskich. Będziemy też próbować zainteresować sprawą kancelarię premiera, bo w naszej ocenie przepisy, które stara się wprowadzić Fundusz, są

dyskryminacyjne. Zarządzeniem NFZ premiovani są pacjenci pierwszorazowi, co nie ma żadnego uzasadnienia medycznego.

W mojej opinii to próba stworzenia wrażenia, że kolejki maleją przy użyciu kreatywnej księgowości i fałszywej narracji co do stanu systemu ochrony zdrowia.

Doszliśmy do ściany – bez nowych pieniędzy żadna reforma ochrony zdrowia po prostu się nie wydarzy

Co Pan sądzi o pomysle, by zbierać dane o wynagrodzeniach lekarzy i powiązać je z numerami PESEL?

Dzisiaj zaufanie do Ministerstwa Zdrowia i do organów państwa jest nadwątlone. Pamiętamy przypadek naszego kolegi Piotra Pisuli, którego dane medyczne zostały ujawnione przez ministra Adama Niedzielskiego. W przestrzeni medialnej ujawniane były dane medyczne również innych osób dla doraźnych celów politycznych. Dlatego obawiamy się, że powiązanie naszych wynagrodzeń z numerami PESEL mogłoby doprowadzić do kolejnych – celowych lub przypadkowych – wycieków.

Należy też zadać pytanie, po co ministerstwu te dane, skoro AOTMiT oszacował wynagrodzenia i takie dane zbiera. Wyszło czarno na białym, że lekarzy zarabiających powyżej 100 tys. zł miesięcznie jest garstka, a ministerstwo nadal brnie w narrację

o lekarzach, którzy zjedli pieniądze przeznaczone dla pacjentów.

Jak w takim razie walczyć z narracją „chciwego lekarza”, która dominuje w wypowiedziach polityków?

To, że zarabiamy lepiej, że efektem protestów i wielu lat starań jest to, że dzisiaj polski lekarz może zarabiać godnie, to woda na młyn dla takiej narracji. Mam poczucie, że nasze środowisko stało się w pewnym sensie ofiarą własnego sukcesu.

Jedynym sposobem walki jest spokojne pokazywanie nie tylko danych, z których wynika, że ta narracja jest po prostu nieprawdziwa, ale również tłumaczenie opinii publicznej, że jest to tylko medialny konstrukt, który ma służyć odwróceniu uwagi od odpowiedzialności decydentów.

Rzeczywiście sprawa zarobków to stały motyw, ale jeśli chodzi o organizację systemu ochrony zdrowia, nie tylko nie posuwamy się do przodu, lecz wręcz cofnęliśmy się o kilka lat.

Już pięć miesięcy temu, kiedy odbywały się szczyty zdrowotne, rządowy i prezydencki, miałem poczucie, że coś się musi zdarzyć, ponieważ doszliśmy do ściany. Mieliliśmy wtedy nadzieję, że rządzący zaczną wprowadzać dobre zmiany do systemu ochrony zdrowia. Minęło kilka miesięcy i jesteśmy ciągle w tym samym punkcie. Uważam nawet, że sytuacja się jeszcze pogorszyła, bo jedyną strategią jest zaciskanie pasa, gra



fot.: Monika Szalek/NIL

na przeczekanie i obarczanie środowiska lekarskiego odpowiedzialnością za własne błędy i niedociągnięcia.

Wielokrotnie podkreślał Pan, że samorząd lekarski nie jest od znajdowania pieniędzy na zdrowie, że to zadanie polityków. Uważa Pan, że rząd ma plan?
Z satysfakcją odnotowaliśmy, że politycy zaczęli przychodzić na posiedzenia Naczelnej Rady Lekarskiej, żeby konsultować swoje pomysły. Rozmawialiśmy m.in. z ministrem Wojciechem Koniecznym o podatku zdrowotnym, wpłynęły do nas również propozycje PSL odnośnie do zmian finansowania systemu ochrony zdrowia.

Nie ma dzisiaj zgody politycznej na to, żeby zwiększyć daniny publiczne,

w tym daniny na zdrowie, a system składki zdrowotnej na obecnym poziomie po prostu się wyczerpał. Istnieją tylko dwie drogi, którymi możemy podążać. Albo będziemy dalej limitować system i on po prostu przestanie służyć obywatelom, albo znajdziemy pieniądze na to, żeby go zreformować. To, że jakkolwiek reforma może nastąpić bez pieniędzy, jest mrzonką. Sama konsolidacja szpitali, która jest przedstawiana jako remedium na wszelkie bolączki, nie dokona się bez funduszu restrukturyzacji i oddłużenia placówek.

Wspomniał Pan o propozycjach koalicyjnego PSL. Jest też propozycja

◀ *Mam w sobie siłę i motywację, żeby nadal stać na czele samorządu lekarskiego – mówi dr n. med. Łukasz Jankowski, prezes NRL*

opozycyjnego PiS, według której m.in. konieczne jest rozdzielenie zatrudnienia w sektorze prywatnym i publicznym. Jak na to patrzą lekarze?

Te tematy pokazują, jak trudno rozmawia się z politykami, którzy rzucają chwytliwe społecznie hasła, a nie zagłębiają się w istotę problemu. Rozdzielenie państwowej i prywatnej ochrony zdrowia funkcjonuje w niektórych krajach, ale konia z rzędem temu, kto powie – i pokaże wiarygodne dane – do czego ten pomysł miałby doprowadzić. Prosiłiśmy resort i autorów tego pomysłu z partii opozycyjnych o przedstawienie, czy na pewno w Polsce nie będzie wtedy białych plam pozbawionych publicznej ochrony zdrowia, czy na pewno lekarze w niektórych miejscach nie przejdą tylko do prywatnego systemu. Ale takich danych nie dostaliśmy. W związku z tym zwróciliśmy się do samych lekarzy z ankietą zawierającą takie właśnie pytanie: gdyby taki system został wprowadzony, to czy wybraliby system prywatny, czy publiczny. Będziemy się starać analizować tę sytuację również geograficznie po to, żeby móc z pełną odpowiedzialnością powiedzieć, jakie zagrożenia płyną z tego pomysłu. Na dziś jest chyba zdecydowanie za wcześnie na to, żebyśmy mogli sobie pozwolić jako kraj na rozdzielenie prywatnego i publicznego sektora.

RELACJE Z RESORTEM ZDROWIA

Jak się układa współpraca z Ministerstwem Zdrowia? Można odnieść wrażenie, że oczekiwania dotyczące dialogu po zmianie rządu były jednak większe.

Chodziło nam nie tylko o to, żebyśmy byli wysłuchani, ale też o to, żeby nasze projekty czy pomysły były brane pod uwagę. Ten dialog dziś odbywa się przez media, nie ma nawet tego pierwszego etapu, czyli spotkań. Ministerstwo nie korzysta z wiedzy eksperckiej środowiska lekarskiego. Jednocześnie mam

poczucie, że do głosu doszła narracja „dziel i rządź” i resort stara się skłócić nas, pielęgniarki i fizjoterapeutów, żeby osiągnąć swoje cele. A celem jest osłabienie pozycji najważniejszego recenzenta ich działań.

Załużę, że samorząd lekarski nie jest traktowany jako merytoryczny partner i nie jest wykorzystywany przez Ministerstwo Zdrowia do wspólnych działań i planowania, tylko jest stawiany w charakterze oponenta. Tym bardziej że były dobre wzorce współpracy. Za czasów minister Izabeli Leszczyńskiej ten dialog układał się lepiej. Były cykliczne spotkania, rozmawialiśmy, słyszeliśmy, że nie ma możliwości realizacji pewnych pomysłów, ale z wyjaśnieniem, dlaczego nie mogą wejść w życie. Dziś zamiast dialogu jest konfrontacja i przepychanka medialna. To nie my jesteśmy odpowiedzialni za taki stan rzeczy.

Czy Naczelna Rada Lekarska będzie apelować o zmiany w składzie kierownictwa resortu?

Coraz głośniejsz wybrzmiewają wśród członków NRL sygnały dotyczące konieczności zmian w składzie resortu. Jesteśmy wszyscy negatywnie zaskoczeni tym, w jaki sposób minister odpowiedzialna za dialog, pani Katarzyna Kęcka, ten dialog prowadzi – czy może raczej jak go nie prowadzi. Opcja ta, czyli wyrażenie naszego niezadowolenia przez apel do premiera o zmianę w tym zakresie, jest na stole. Nie można prowadzić dialogu z kimś, kto dialogu prowadzić nie chce, a głównym modus operandi jego działań jest konflikt i kryzys.

No to kawa na ławę: minister Jolanta Sobierańska-Grendy też powinna odejść?

Nie sądzę, żeby zmiana na tym stanowisku wiele dziś zmieniła. Mam poczucie, że ministerstwo wywiesiło białą flagę, jeżeli chodzi o zmiany w ochronie zdrowia. Na pewno odejść należy od „apolityczności”, która od początku skazana była na porażkę. Ministerstwo powinno być bez barw partyjnych albo może ponadpartyjne, ale za to stanowczo polityczne. Bo w ochronie zdrowia potrzebne są decyzje polityczne. Wymiana samej pani Sobierańskiej-Grendy niewiele zmieni, ale faktem jest, że minister nie dała się poznać jako aktywna reformatorka, choć tak była przedstawiana.

To Pan doprowadził do „szczytu przydenckiego”, który pośrednio był przyczyną zwołania „szczytu rządowego”. Jest Pan zadowolony z efektów tych spotkań?

Wygenerowały wolę polityczną dosypania pieniędzy i ugaszenia pożarów. Dzięki nim do końca poprzedniego roku tych pieniędzy w systemie, przynajmniej na podstawowe potrzeby, wystarczyło. Natomiast nie udało się wymusić na rządzie długofalowej zmiany strategii. Nie udało się też skłonić pana prezydenta do bardziej zdecydowanej inicjatywy w tym zakresie, ale otworzyło to drzwi do współpracy zarówno z parlamentarzystami, jak i ze środowiskiem skupionym wokół „dużego pałacu”. Myślę, że to był pokaz siły naszego samorządu.

O MIJAJĄCEJ KADENCJI

Takie rozmowy jak nasza zwykle skupiają się na podsumowaniach.

To krótko: trzy najważniejsze rzeczy, które się udały w tej kadencji.

Mamy zmiany na kilku polach. Pierwsze to zmiany wewnętrzne w Naczelnej Izbie Lekarskiej. Jestem dumny z powołania Rady Ekspertów, z nowego Kodeksu Etyki Lekarskiej i z wyborów elektronicznych. To całkowicie zmienia nasz samorząd, a efekty są widoczne gołym okiem. Jeżeli chodzi o opinię publiczną, jestem bardzo zadowolony z tego, jak bardzo jesteśmy reaktywni, jak szybko i skutecznie reagujemy. Kiedy chciano nałożyć limity na nasze wynagrodzenia, od razu mogliśmy z dużą siłą pokazać, że ten pomysł doprowadzi do upadku ochrony zdrowia i odbije się na pacjentach. Promujemy też własne tematy, a nasze stanowiska nie pozostają bez odpowiedzi.

I wreszcie wpływ na decydentów: mamy ustabilizowane relacje z posłami, co w tej kadencji dało dobre owoce. Chodzi m.in. o zablokowanie ustawy o jakości, którą nazywaliśmy wtedy ustawą o donosicielstwie, kompromisowe rozwiązania, jeżeli chodzi o kontrolę Polskiej Komisji Akredytacyjnej i szkolenie lekarzy. To wreszcie oddalenie widma likwidacji samorządu w wyniku rozmów z ministrem sprawiedliwości Adamem Bodnarem, który w trakcie spotkania ze mną podpisał wycofanie wniosku do Trybunału Konstytucyjnego, złożonego przez swojego poprzednika. To również

likwidacja komórek w prokuraturach zajmujących się błędami medycznymi czy fundusz kompensacyjny, który jest kolejnym krokiem w kierunku klauzuli wyższego dobra. Mamy też projekt „lex szarlatan”.

Bardzo cieszy mnie również rozwijana w tej kadencji współpraca ze środowiskiem lekarzy dentyków. Od zmian symbolicznych – stworzenia oddzielnego gabinetu dla wiceprezesa dentystry i miejsca, w którym lekarze dentyści mogą spokojnie pracować w NIL, po ustanowienie przedstawiciela NRL przewodniczącym Rady ds. Rozwoju Stomatologii przy MZ i szereg wspólnych inicjatyw, takich jak np. wprowadzane ostatnio zmiany dotyczące higieny jamy ustnej do nauczanej w szkołach edukacji zdrowotnej. W mijającej kadencji nie rozmawialiśmy, jak to wcześniej bywało, o jakichkolwiek odrębnościach, ale rzeczywiście tworzyliśmy „izbę obojga zawodów”.

Pomówmy o konkretach. Co dalej z no fault?

Działamy w trzech obszarach. Po pierwsze: nacisk na decydentów. Co do wprowadzenia klauzuli *no fault* otrzymaliśmy wiele obietnic, również w przestrzeni publicznej. Ale do tego nie doszło, dlatego wysłałem list do minister Sobierańskiej-Grendy z pytaniem, jakie są dalsze losy proponowanych przez nas zapisów. Czekamy na odpowiedź.

Mamy deklarację komisji kodyfikacyjnej prawa karnego, że zajmie się opracowaniem systemu, który miałby tożsame zadania z klauzulą wyższego dobra. Rozmawiamy też ze środowiskami mediatorów i ze środowiskami prawnymi odnośnie do wzmocnienia roli mediacji, będziemy proponować odpowiednio zmiany w ustawie o izbach lekarskich. Pierwszy raz w Polsce we współpracy ze Szkołą Główną Handlową i CMKP przeprowadziliśmy badanie wpływu czynnika ludzkiego na ewentualne zdarzenia niepożądane i błędy w systemie. Wyszło nam na przykładzie dużego szpitala klinicznego, że 78 proc. hospitalizacji może zawierać w sobie ryzyko błędu, które

jest kompensowane tylko doświadczeniem lekarzy. Mamy dane, że system jest wadliwy i sprzyja błędom. W sprawie *no fault* mamy też poparcie organizacji pacjenckich. Brakuje tylko kropki nad i.

A automatyczna refundacja?

W chwili, kiedy rozmawiamy, nasi przedstawiciele w Ministerstwie Zdrowia są na ostatnim etapie testów systemu, który ma wejść do użytku dosłownie na dniach. Ten system nie jest rozwiązaniem idealnym. Co prawda ma przycisk „automatyczna refundacja”, ale często ocenia tę refundację na podstawie nie tylko rozpoznania choroby, ale również dodatkowych pytań. Czas pokaże, czy ten system się sprawdzi.

Kwestia receptomatów?

Receptomaty jak w soczewce pokazują, że na polu walki z patologią w systemie ochrony zdrowia niestety często zostajemy sami. Ministerstwo Zdrowia, nie wprowadzając standardów teleporady, za to konstruując kalekie przepisy, samo doprowadziło do rozkwitu receptomatów w Polsce. Nie reagując na zgłaszane przez nas wątpliwości, zostawiło nas samych z problemem. Jestem wdzięczny rzecznikom odpowiedzialności zawodowej i sądom lekarskim za to, że osoby pracujące w receptomatach, a więc niedokładające należytej staranności w opiece nad pacjentem, są dzisiaj skazywane. Zaczynamy od siebie i nasze środowisko odpowiada w sposób odważny na ten problem, ale potrzebujemy wsparcia prawnego, żeby całą tę gałąź zarobkowania po prostu uciąć.

O SPORACH W SAMORZĄDZIE

Mijająca kadencja to również trudne momenty. Podjęta została próba odwołania Pana z funkcji prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej. Jaka refleksja przychodzi teraz, z pewnej perspektywy czasu?

Po pierwsze nie spodziewałem się, że samorząd lekarski dla tak wielu osób może być celem, a nie narzędziem do osiągnięcia celu, którym jest dobro naszego środowiska. Już w trakcie wyborów, kiedy zobaczyłem hasło mojego konkurenta: „Nasz samorząd”, przyszło mi do głowy, że to przywiązanie nie tylko do idei samorządności, ale do sprawowania władzy w tym samorządzie, może dla wielu osób być kluczowe. Zdziwił mnie bardzo arsenał metod, którymi te osoby zdecydowały się walczyć. Zresztą przy okazji osłabiając cały samorząd lekarzy i lekarzy dentyistów. Jeżeli lekarz wyciąga screeny prywatnej korespondencji i nimi manipuluje, jeżeli zadowolony z tego, że takie materiały

wypłynęły, organizuje spotkanie i na tym spotkaniu pokazuje prezentację multimedialną złożoną z prywatnych wypowiedzi innych osób, jeżeli okręgowa rada lekarska w jednej z izb na moją prośbę o spotkanie celowo zmienia datę swojego posiedzenia po to, żeby prezes na to spotkanie nie dotarł, to jest jasne, że nie chodzi o żaden dialog. Szło nam dobrze, co dla kilku osób było nie do zniesienia.

Do dziś brzmią mi w uszach słowa Tadeusza Urbana podczas jednego z posiedzeń Naczelnej Rady Lekarskiej. Ówczesny prezes Śląskiej Izby Lekarskiej oświadczył, że rozłam w samorządzie rozpoczął się w momencie wyboru Łukasza Jankowskiego na prezesa. Pozwoliło mi to lepiej zrozumieć to, co się stało. Nie chodziło o to,

Dziś zamiast dialogu z resortem zdrowia mamy konfrontację i przepychankę medialną

czy Jankowski zrobił coś złe, ale o to, że od początku wielu osobom nie pasował demokratyczny wybór. Dobrym zwyczajem było to, że spory w łonie samorządu rozwiązywaliśmy w swoim gronie. Ta kadencja pokazała niestety, że wiele osób nie cofnie się przed wykorzystaniem okręgowych izb lekarskich, ich fanpage'ów i biuletynów, żeby wyartykułować swoje niezadowolenie. Mam nadzieję, że osoby, które głównie zajmowały się utrudnianiem czy wręcz sabotowaniem działań, zdadzą sobie sprawę z tego, jak źle robiły, a po drugie – że nie unikną ostracyzmu naszego środowiska. Dbałość o dobro wspólne i dobre imię samorządu i środowiska lekarskiego została postawiona naprzeciw inwigilacji, wyciągania i kolportowania prywatnej korespondencji czy szukania haków. Kilka osób dla zdobycia władzy posunęło się w tej kadencji do podpalenia całego samorządu. Dzięki wysiłkowi dużej, przeważającej grupy osób, w tym moich najbliższych współpracowników, udało się ten pożar nie tylko ugasić, ale również wyrazić brak zgody na tego typu działania.

Pozytywną wartością było jednak okazanie, że nie ma zgody na sabotowanie działań komisji wyborczej, wyciąganie prywatnej korespondencji, inwigilację, matczenie i opieranie się na manipulacji. Dla mnie ważne jest, że na skutek tych wydarzeń powstał zespół ludzi działających podobnie wartości, którzy postawili na szali swoją wiarygodność i powiedzieli, że nie ma zgody na takie instrumentalne traktowanie samorządu lekarskiego.

Wspomniał Pan o Krajowej Komisji Wyborczej. Tu też pojawił się spór.

W konflikcie dotyczącym KKW widać doskonale intencje pewnych osób, które starają się wznieść awantury, działając w oderwaniu od faktów i prawa. Zwracam uwagę, że jako prezes NRL nie jestem członkiem komisji wyborczej i nie mam wpływu na jej działanie. Tymczasem prezesi kilku izb, którzy już wcześniej atakowali Naczelną Izbę Lekarską, wystosowali do mnie pisma, w których domagali się, abym zaangażował się w spór wokół KKW – moim zdaniem po to, aby móc później oskarżać mnie o bezprawną ingerencję w ten organ.

Ta sprawa ma również aspekt etyczny. W czasie wyborów elektronicznych przewodniczący KKW, bojąc się, że zostanie odwołany, nie zwoływał posiedzenia komisji przez osiem miesięcy. Posiedzenia prezydium KKW były utajniane przed członkami tej komisji. Kiedy wreszcie posiedzenie jest zwoływane, przewodniczący próbuje je odwołać. To jest brak szacunku dla demokracji i procedur prawnych.

Co musi się stać, aby te konflikty załagodzić i zsztywnięcia w samorządzie?

Zostałem wybrany, żeby działać dla lekarzy i lekarzy dentyistów, żeby zmieniać samorząd. Z satysfakcją odnotowuję, że po ostatnich zmianach na stanowiskach prezesów w wielu izbach otworzyła się droga do dialogu i wspólnego działania. Jestem otwarty do rozmowy z każdym. Wysłałem zaproszenia do wszystkich nowo wybranych prezesów okręgowych

rad lekarskich niezależnie od tego, czy w trakcie poprzedniej kadencji te izby mi sprzyjały, czy nie.

O PRZYSZŁOŚCI

Jakie są najistotniejsze wyzwania stojące przed samorządem nowej kadencji?

Widzimy, że napór rządzących nie ulega osłabieniu i że będziemy rozliczani nie tylko z naszych zarobków, ale i z jakości pracy. Myślę, że musimy wyprzedzić ten ruch, postawić zdecydowanie na pionu odpowiedzialności zawodowej jako miejsce, które daje rękojmię, że czarne owce w naszym środowisku nie będą psuły wizerunku wszystkich lekarzy.

Musimy kontynuować cyfryzację w naszym samorządzie i doprowadzić do stworzenia nowego rejestru. Jestem po rozmowie z wiceministrem cyfryzacji i są wstępne ustalenia dotyczące pozyskania funduszy na ten cel. Powinniśmy też rozmawiać o tym, jak zmienić system punktów edukacyjnych.

W tych wyborach jeszcze mocniej doszli do głosu młodzi lekarze i lekarze dentyści. Czego oczekują?

Mamy badania przeprowadzone przez Centralny Ośrodek Badań, Innowacji i Kształcenia NIL. Młodzi lekarze chcą pracować mniej i mają sprecyzowane oczekiwania finansowe. Mam poczucie, że chcieliby po prostu móc pracować i rozwijać się w spokoju. Z sygnałów, które do nas płyną, wynika, że oczekują, aby ten burzliwy czas w systemie ochrony zdrowia się uspokoił.

Czas chyba na najważniejsze pytanie w tej rozmowie. Będzie Pan walczył o ponowny wybór na funkcję prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej?

Wokół mnie, a tak naprawdę również wokół idei rozwoju samorządu, którą reprezentuję, zgromadziła się duża drużyna ludzi, na których wsparcie mogę liczyć i którzy swoją pracą udowadniają każdego dnia swoje zaangażowanie dla naszej społeczności. Namawiają mnie, aby kontynuować ścieżkę, na którą razem z moimi współpracownikami cztery lata temu wprowadziłem samorząd. Mam w sobie siłę i motywację, żeby nadal stać na jego czele. Będę startował w tych wyborach. ●

PREZESI OKRĘGOWYCH IZB LEKARSKICH IX I X KADENCJI

Nazwa OIL	Prezes ORL IX kadencji	Prezes ORL X kadencji
Okręgowa Izba Lekarska w Białymstoku	Henryk Grzesiak	Piotr Sielatycki
Beskidzka Izba Lekarska w Bielsku-Białej	Radosław Piwowarczyk	Radosław Piwowarczyk
Bydgoska Izba Lekarska w Bydgoszczy	Aleksandra Śremska	Aleksandra Śremska
Okręgowa Izba Lekarska w Częstochowie	Mariusz Malicki	Mariusz Malicki
Okręgowa Izba Lekarska w Gdańsku	Dariusz Kutella	Marcin Nowiński
Okręgowa Izba Lekarska w Gorzowie Wlkp.	Ewa Joniec	Andrzej Szmít
Śląska Izba Lekarska w Katowicach	Tadeusz Urban	Przemysław Rosak
Świętokrzyska Izba Lekarska w Kielcach	Dorota Szyska-Skrobot	Dorota Szyska-Skrobot
Okręgowa Izba Lekarska w Koszalinie	Katarzyna Krystosik-Łasecka	Jarosław Kozaczyński
Okręgowa Izba Lekarska w Krakowie	Robert Stępień	Marzena Ksel-Teleśnicka
Lubelska Izba Lekarska w Lublinie	Leszek Buk	Dariusz Samborski
Okręgowa Izba Lekarska w Łodzi	Paweł Czekalski	Łukasz Jasek
Okręgowa Warmińsko-Mazurska Izba Lekarska w Olsztynie	Anna Lella	Piotr Kocbach
Opolska Izba Lekarska w Opolu	Jolanta Smerkowska-Mokrzycka	Marek Błaszczuk
Okręgowa Izba Lekarska w Płocku	Ryszard Mońdział	Joanna Maślankowska
Wielkopolska Izba Lekarska w Poznaniu	Krzysztof Kordel	Mateusz Szulca
Okręgowa Izba Lekarska w Rzeszowie	Krzysztof Marchewka	Krzysztof Marchewka
Okręgowa Izba Lekarska w Szczecinie	Michał Balsa	Michał Balsa
Okręgowa Izba Lekarska w Tarnowie	Marta Owczyńska	Marta Owczyńska
KKujawsko-Pomorska Izba Lekarska w Toruniu	Wojciech Kaatz	Anita Pacholec
Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie	Artur Drobnik	Artur Drobnik
Dolnośląska Izba Lekarska we Wrocławiu	Paweł Wróblewski	Wojciech Jerzy Florjański
Okręgowa Izba Lekarska w Zielonej Górze	Jacek Kotuła	Jacek Kotuła
Wojskowa Izba Lekarska w Warszawie	Artur Plachta	Stefan Antosiewicz

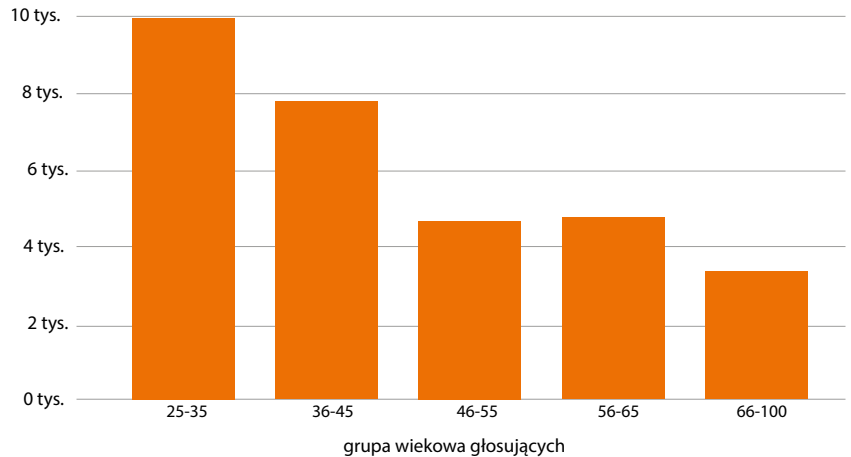
Sukces e-głosowania

W tych wyborach pierwszy raz w historii samorządu lekarskiego można było uczestniczyć elektronicznie. Pomysł spodobał się lekarzom i lekarzom denty stom, którzy właśnie przez internet oddali najczęściej głosów.

W wyborach oddano łącznie nieco ponad 52 tys. głosów z czego prawie 31 tys. głosów elektronicznie, nieco ponad 21 tys. głosów tradycyjnie korespondencyjnie i blisko 500 głosów w lokalach wyborczych. Choć przewaga nowego systemu głosowania jest wyraźna, w niektórych okręgowych izbach chętniej wybierano tradycyjny sposób („kopertowy”) oddawania głosów.

Jak można się było spodziewać głosowanie przez komputer lub telefon komórkowy częściej odpowiadało młodszym lekarzom i lekarzom denty stom. Ale, co ciekawe, najstarsi głosujący elektronicznie lekarze mieli 96 lat i byli z Warszawy i Śląska. Najmłodszy – 25 lat. ●

GŁOSUJĄCY ELEKTRONICZNIE



WAŻNY TEMAT



Bezpieczny lekarz: sztuka deeskalacji

MONIKA ZDERKIEWICZ

Agresja pacjentów nie zniknie z systemu ochrony zdrowia. Można jednak znacząco zmniejszyć jej skutki – to ważne zarówno dla bezpieczeństwa lekarza, jak i jakości relacji z pacjentem.

Badania WHO oraz International Labour Organization pokazują, że 30–40 proc. pracowników medycznych doświadcza przemocy w miejscu pracy, a w oddziałach wysokiego stresu – takich jak SOR czy POZ – odsetek ten jest jeszcze wyższy.

W praktyce klinicznej agresja pacjenta rzadko jest wynikiem „złego charakteru”. Najczęściej jest reakcją na poczucie zagrożenia, utraty kontroli lub niesprawiedliwości. Mechanizm ten dobrze opisuje General Aggression Model (Anderson & Bushman, 2002), według którego zachowanie agresywne jest efektem interakcji trzech elementów:

- bodźców sytuacyjnych (np. ból, długie oczekiwanie),
- stanu emocjonalnego (lęk, frustracja),
- interpretacji poznawczej („nikt mnie tu nie traktuje poważnie”).

Zrozumienie tej dynamiki jest kluczowe, ponieważ pozwala lekarzowi nie traktować agresji personalnie i reagować bardziej strategicznie. W terapii dialektyczno-behawioralnej (DBT) taki stan równowagi między emocjami a faktami określa się jako Wise Mind – sposób reagowania, w którym lekarz zauważa emocje, ale nie oddaje im sterów nad decyzją.

JAK NARASTA AGRESJA

Jednym z najbardziej użytecznych modeli opisujących dynamikę agresji jest Assault Cycle Model opisany przez Colmana (1986). Model ten pokazuje, że agresja rozwija się etapowo.

1. Faza wyzwalcza

Na początku pojawia się zdarzenie, które uruchamia reakcję emocjonalną. W praktyce medycznej są to często odmowa przepisania leków lub zwolnienia

na życzenie, długi czas oczekiwania, brak spodziewanej przez pacjenta natychmiastowej poprawy po leczeniu, niejasna komunikacja, silny ból lub strach. Pacjent nie reaguje jeszcze agresją, ale napięcie zaczyna rosnąć.

2. Faza narastania napięcia

To moment, w którym lekarz ma największą szansę na zatrzymanie eskalacji. Typowe sygnały obejmują przyspieszone mówienie, podniesiony głos, skracanie dystansu fizycznego, oskarżenia lub ironiczne komentarze. Jeżeli w tej fazie pojawi się konfrontacja lub obrona własnej racji, agresja bardzo często przechodzi w kolejną fazę.

3. Faza kryzysu

Pacjent przestaje kontrolować emocje. Mogą pojawić się krzyk, groźby, a nawet agresja fizyczna. W tym momencie możliwości racjonalnej rozmowy są znacznie ograniczone.

4. Faza opadania napięcia

Po wybuchu napięcia zaczyna spadać. Pacjent często doświadcza wstydu lub próbuje racjonalizować swoje zachowanie.

Dla lekarza najważniejsza praktyczna lekcja brzmi: najskuteczniejsza interwencja to ta, która pojawia się, zanim agresja osiągnie fazę kryzysu.

RÓŻNE MECHANIZMY

Z praktycznego punktu widzenia warto rozróżnić dwa typy agresji. Agresja reaktywna pojawia się pod wpływem bólu, lęku, przeciążenia lub poczucia zagrożenia. Pacjent reaguje impulsywnie, często nie

planuje swojego zachowania, a po incydencie może odczuwać wstyd lub wyczerpanie.

Agresja instrumentalna ma bardziej celowy charakter. Służy wywarceniu nacisku, wymuszeniu decyzji, uzyskaniu recepty, zwolnienia lub zmiany stanowiska lekarza.

To rozróżnienie ma znaczenie praktyczne. W agresji reaktywnej większą rolę odgrywa obniżenie napięcia i regulacja emocji. W agresji instrumentalnej szybciej potrzebne są jasne granice, konsekwencje i przerwanie rozmowy, jeśli nacisk narasta. General Aggression Model dobrze pokazuje, że zachowanie agresywne może wynikać zarówno z silnego pobudzenia emocjonalnego, jak i z przetwarzania sytuacji w sposób bardziej celowy i zadaniowy.

GDY ARGUMENTY NIE DZIAŁAJĄ

W sytuacji silnego stresu w mózgu aktywuje się układ limbiczny, zwłaszcza ciało migdałowate, które odpowiada za reakcje obronne. Jednocześnie spada aktywność kory przedczołowej odpowiedzialnej za logiczne myślenie i kontrolę impulsów. W literaturze popularnej bywa to określane jako amygdala hijack (Goleman, 1995).

W praktyce oznacza to, że w trakcie eskalacji pacjent gorzej rozumie argumenty, trudniej przetwarza informacje i reaguje bardziej emocjonalnie niż racjonalnie. To sprawia, że argumenty i przekazy werbalne nie docierają do niego. Dlatego w sytuacji napięcia pierwszym celem lekarza nie jest przekonanie

pacjenta, lecz obniżenie poziomu pobudzenia emocjonalnego.

MYŚLEĆ KLINICZNIE

Nie każde zachowanie agresywne ma wyłącznie podłoże emocjonalne lub sytuacyjne. W praktyce lekarskiej należy brać pod uwagę także możliwe przyczyny somatyczne, neurologiczne i psychiatryczne, które mogą zaburzać kontrolę zachowania. Szczególnej uwagi wymagają m.in.:

- delirium,
- hipoglikemia,
- hipoksja,
- silny, niekontrolowany ból,
- odurzenie substancjami psychoaktywnymi,
- zespół abstynencyjny,
- psychoza,
- otępienie,
- stan po napadzie drgawkowym,
- udar lub inne ostre uszkodzenie OUN.

W takich sytuacjach sama technika komunikacyjna może nie wystarczyć. Zachowanie agresywne może być objawem stanu medycznego wymagającego pilnej oceny i leczenia, a nie jedynie reakcją na frustrację czy konflikt.

JAK OBNIŻYĆ NAPIĘCIE

W sytuacjach konfliktowych skuteczna komunikacja składa się z dwóch elementów: uznania emocji pacjenta oraz jasnego określenia granic.

Dobrym przykładem jest model SET Communication stosowany w interwencji kryzysowej. SET oznacza Support–Empathy–Truth. Najpierw pojawia się element wsparcia i zrozumienia, a dopiero potem informacja graniczna.

Na przykład: „Widzę, że jest pan bardzo zdenerwowany. Rozumiem, że ta sytuacja jest dla pana/pani trudna. Nie mogę przepisać tego leku”.

Dlaczego działa? Badania nad regulacją emocji pokazują, że nazwanie emocji zmniejsza aktywność ciała migdałowatego, co ułatwia powrót do bardziej racjonalnego myślenia.

Jednym z najczęstszych błędów lekarzy jest próba jednoczesnego uspokojenia pacjenta, obrony swojej decyzji i tłumaczenia procedur. To zwykle pogarsza sytuację.

Niektóre komunikaty, choć brzmią logicznie lub „porządkująco”, zwykle nasilają opór i poczucie upokorzenia. Szczególnie ryzykowne są: „proszę się uspokoić”, „nie ma pan racji”, „jak się panu nie podoba, proszę wyjść”, „to nie mój problem”, „nie będę z panem dyskutować”.

Dlaczego? Bo w fazie wzrostu pobudzenia pacjent najczęściej nie słyszy ich



foto.: Shutterstock.com

jako informacji, tylko jako próbę dominacji, unieważnienia lub odrzucenia. Zdecydowanie lepiej działają komunikaty, które jednocześnie uznają napięcie i porządkują granice rozmowy.

GDZIE STAWIĄC GRANICE

Nie każdą sytuację należy „prze-gadać do końca”. W pewnym momencie priorytetem przestaje być relacja, a staje się nim bezpieczeństwo. W praktyce należy przerwać wizytę lub wezwać wsparcie, gdy pojawiają się:

- groźby przemocy fizycznej,
- blokowanie wyjścia z gabinetu,
- rzucanie przedmiotami,
- gwałtowne naruszanie przestrzeni osobistej,
- pobudzenie psychoruchowe z utratą kontroli,
- wyraźne oznaki odurzenia lub dezorganizacji zachowania.

W takich sytuacjach zalecenia dotyczące deeskalacji podkreślają konieczność przejścia z komunikacji na procedurę bezpieczeństwa: wezwanie wsparcia, zwiększenie dystansu, możliwość opuszczenia pomieszczenia i szybkie uruchomienie lokalnych procedur. Deeskalacja nie polega na pozostawianiu w zagrożeniu.

Skuteczne może okazać się zastosowanie trzystopniowej struktury komunikatu granicznego. Po pierwsze, nazwanie sytuacji: „podnosi pan głos i wchodzi w moją przestrzeń”. Po drugie, postawienie granicy: „nie

▲ W trakcie eskalacji pacjent gorzej rozumie argumenty i reaguje bardziej emocjonalnie

mogę prowadzić rozmowy w taki sposób”. Wreszcie po trzecie – jasne przedstawienie konsekwencji: „jeśli to się nie zatrzyma, będę musiał przerwać wizytę”. Kluczowe jest to, aby komunikat był spokojny, konkretny i pozbawiony ocen.

JAK REGULOWAĆ EMOCJE

Agresja pacjenta wywołuje silną reakcję stresową także u lekarza. W badaniach nad decyzjami podejmowanymi pod presją pokazano, że stres zawęża uwagę, zwiększa impulsywność i obniża jakość decyzji klinicznych. Dlatego w wielu programach szkoleniowych dla ratowników medycznych i lekarzy stosuje się krótkie protokoły autoregulacji.

Jednym z nich jest model R.A.I.N. opisany przez Tarę Brach i rozwijany w psychologii mindfulness. R.A.I.N. oznacza: Recognize – zauważ emocję, Allow – pozwól jej istnieć, Investigate – nazwij ją, Non-identify – nie utożsamiaj się z nią. Ten krótki proces pomaga lekarzowi wrócić do bardziej świadomego sposobu reagowania.

Jak jednak rozpoznać moment eskalacji – pobudzenia u siebie i pacjenta? W praktyce klinicznej bardzo użyteczny jest model Window of Tolerance, opisany przez Dana Siegela. W oryginalnym ujęciu model obejmuje stan optymalnej regulacji oraz dwa stany wyjścia poza „okno tolerancji”: hiperpobudzenie

i hipopobudzenie. Tu krótkie wyjaśnienie: opisywane dalej kolory zielony, żółty, czerwony i niebieski są najczęściej adaptacją edukacyjną, stosowaną w szkoleniach i psychoedukacji, a nie formalnym elementem nazewnictwa Siegela.

STAN REGULACJI (ZIELONA STREFA)

To stan, w którym pacjent i lekarz mają dostęp do myślenia racjonalnego, pamięci roboczej, kontroli impulsów i dialogu opartego na faktach. Pacjent może być zdenerwowany, ale nadal słucha, odpowiada i przetwarza informacje. Lekarz może wyjaśniać decyzję, ustalać plan postępowania i prowadzić rozmowę medyczną.

NARASTAJĄCE POBUDZENIE (ŻÓŁTA STREFA)

To etap, który w praktyce gabinetowej ma największe znaczenie, bo właśnie tutaj sytuacja zaczyna się „psuć”, ale jeszcze nie doszło do wybuchu. Pojawiają się wzrost napięcia mięśniowego, szybsze tempo mówienia, większa drażliwość, skracanie dystansu lub sztywnienie ciała, trudność w przyjmowaniu wyjaśnień, poczucie, że „zaraz coś się wydarzy”.

U pacjenta może to wyglądać jak rosnące rozdrażnienie, ironia, powtarzanie tych samych żądań. U lekarza żółta strefa często objawia się przyspieszoną mową, zmniejszeniem cierpliwości, wewnętrznym napięciem, chęcią „ucięcia tematu” albo natychmiastowego postawienia pacjenta do pionu.

To klucze: żółta strefa nie musi być wywołana samą interakcją lekarz–pacjent. Pacjent może wejść do gabinetu już pobudzony przez ból, lęk, stres rodzinny, wcześniejsze doświadczenia z systemem ochrony zdrowia albo wielogodzinne czekanie. Lekarz również może zaczynać wizytę z podwyższonym napięciem po poprzednim konflikcie, przeciążeniu dyżurem, presją czasu czy własnymi trudnościami poza pracą. Właśnie dlatego czasem konflikt rozpala się szybciej, niż wynikałoby to z treści rozmowy.

To moment, w którym najwięcej zależy od jakości reakcji lekarza. Pomocne są zwłaszcza obniżenie tempa i głośności własnej mowy, skrócenie zdań, nazwanie napięcia bez oceniania, np.: „Widzę, że ta sytuacja budzi dużo emocji”, przejście od sporu do struktury: „Powiedz, co mogę zrobić teraz”, unikanie jednoczesnego tłumaczenia, obrony i uspokajania.

W żółtej strefie rozmowa jest jeszcze możliwa, ale wymaga większej uważności niż w zwykłym kontakcie klinicznym. To właśnie tutaj najłatwiej przeoczyć

moment, w którym rozmowa przestaje być merytoryczna, a zaczyna stawać się walką o kontrolę.

HIPERPOBUDZENIE (CZERWONA STREFA)

To faza walki lub gwałtownej eskalacji. Występują krzyk, groźby, oskarżenia, gesty agresywne, naruszanie przestrzeni, a czasem próba fizycznego zastraszenia.

W tej fazie argumenty medyczne zazwyczaj przestają działać, bo dominują procesy obronne, a zdolność do spokojnego przetwarzania informacji jest ograniczona.

HIPOAKTYWACJA (NIEBIESKA STREFA)

To mniej widowiskowa, ale równie ważna reakcja stresowa. Pacjent może „zniknąć” emocjonalnie: milknąć, odpowiadać jednosylabowo, patrzeć w dół, wydawać się nieobecny lub odłączony. U lekarza niebieska strefa może oznaczać chwilowe „puste myślenie”, poczucie otępienia, spadek sprawczości, trudność z podjęciem decyzji. To nie jest brak zaangażowania, tylko biologiczna reakcja obronna. W takiej sytuacji trzeba zwolnić tempo, uprościć komunikację i wrócić do podstawowych faktów.

PO INCYDENCIE

Po agresywnej sytuacji organizm często pozostaje w stanie pobudzenia jeszcze przez kilkanaście minut. Typowe objawy to przyspieszone tętno, drżenie rąk, napięcie mięśni, trudność w koncentracji.

Warto jednak już wtedy podjąć działania, które pomogą chronić się przed ewentualnymi zarzutami. Po incydencie agresji należy udokumentować zdarzenie możliwie szybko, zanim szczegóły zostaną zatarte przez napięcie i zmęczenie. Najbardziej użyteczne będą:

- dokładne cytaty pacjenta, jeśli padły groźby lub wyzwiska;
- obserwowalne zachowania, np. krzyk, skracanie dystansu, blokowanie drzwi, rzucenie przedmiotem;
- czas, miejsce i obecnych świadków;
- własna reakcja i podjęte działania: przerwanie wizyty, wezwanie wsparcia, poinformowanie przełożonego.

W dokumentacji należy unikać etykiet i interpretacji, takich jak „pacjent histeryczny”, „roszczeniowy”

czy „agresywny z natury”. Znacznie bezpieczniejsze są opisy faktów. Taki sposób dokumentowania ma znaczenie nie tylko organizacyjne, ale również prawne i bezpieczeństwa pracy.

W badaniach nad stresem zawodowym w ochronie zdrowia pokazano, że brak reakcji po takich zdarzeniach sprzyja kumulacji stresu i wypaleniu zawodowemu. Dlatego w wielu zespołach stosuje się procedurę zamknięcia zdarzenia, czyli krótkie opisanie faktów, nazwanie emocji, wyciągnięcie wniosku i symboliczne zakończenie sytuacji.

Z badań nad bezpieczeństwem w ochronie zdrowia wynika, że najskuteczniejsze strategie zapobiegania agresji to:

- wczesne rozpoznawanie sygnałów napięcia,
- spokojna komunikacja regulująca emocje,
- jasne i konsekwentne granice,
- wsparcie zespołowe po trudnych zdarzeniach.

„Gazeta Lekarska” przygotowała specjalny poradnik „Bezpieczny lekarz”. Jest on dostępny w wersji elektronicznej wydania marcowego (2026) na stronie gazetalekarska.pl. Naczelna Izba Lekarska stworzyła wideoporadnik służący podniesieniu bezpieczeństwa lekarzy. Z materiałami można się zapoznać pod adresem <https://nil.org.pl/dla-lekarzy/bezpieczny-lekarz>.



◀ Pobierz poradnik

PRAWO I MEDYCINA

Jak błąd systemu stał się winą jednego lekarza

Seria uchybień doprowadziła do przetoczenia pacjentowi krwi przeznaczonej dla innej osoby. Mimo że po drodze zawiodły różne osoby i procedury, odpowiedzialnością obciążono wyłącznie anestezjologa.

Pacjentowi z oddziału chirurgii ogólnej, który posiadał grupę krwi AB RhD (+), na bloku operacyjnym przetoczono 1 jednostkę koncentratu krwinek czerwonych (KKCz) grupy A RhD (+), przeznaczoną pierwotnie dla pacjentki szpitalnego oddziału ratunkowego (SOR). Anestezjolog i pielęgniarka anestezyjologiczna nie przeprowadzili porównania danych pacjenta z dokumentacją dostarczoną wraz z krwią.

Dyrekcja szpitala odpowiedzialnością za błąd obarczyła lekarza i zawiadomiła okręgowego rzecznika odpowiedzialności zawodowej (OROZ), pomijając całkowicie rolę pielęgniarki w procedurze gospodarki krwią. Zadowolono się jej wyjaśnieniem, że jedynie wykonywała polecenia lekarza.

BRAK WERYFIKACJI DANYCH

Po przeprowadzeniu postępowania wyjaśniającego dotyczącego odpowiedzialności zawodowej lekarzy ustalono, że preparat krwi oraz dokumentacja zawierająca dane pacjentki z SOR wraz z dokumentem wydania krwi zostały omyłkowo dostarczone na blok operacyjny. Nie udało się rozstrzygnąć, czy przyczyną był błąd personelu banku krwi polegający na nieprawidłowym zaadresowaniu jednostki, czy pomyłka gońca wynikająca z braków w dokumentacji. W opinii biegłego powołanego w sprawie zarówno pielęgniarka, jak i lekarz nie porównali danych pacjenta z dokumentami towarzyszącymi preparatowi.

Bank krwi zawiadomił lekarza o pomyłce już po zakończeniu przetoczenia (prawdopodobnie po uzyskaniu informacji z SOR) i poprosił o wsteczne wystawienie zlecenia na pilną transfuzję, aby uzasadnić wydanie preparatu bez wyniku próby zgodności. Zamiast wykonać niezwłocznie próbę krzyżową po wydaniu składnika krwi do rzekomo pilnej transfuzji, rozpoczęto ją z ponadgodziwną zwłoką. Na

ZBIGNIEW KUZYSZYN
NACZELNY RZECZNIK
ODPOWIEDZIALNOŚCI
ZAWODOWEJ



szczęście, wynik okazał się zgodny. Pacjenta poddano dalszej obserwacji i monitorowaniu, nie stwierdzając objawów reakcji poprzetoczeniowej.

Przetoczenie KCz grupy A Rh(+) pacjentowi z grupą AB Rh(+) jest dopuszczalne w sytuacji braku preparatu jednoimiennego. Jednak przetoczenie niejednoimienne bez wykonanej próby zgodności serologicznej obciążone jest istotnie wyższym ryzykiem wystąpienia niepożądanego reakcji poprzetoczeniowej. Brak oceny obecności przeciwciał odpornościowych w surowicy pacjenta przeciwko antygenom krwinek czerwonych dawcy może prowadzić do reakcji hemolitycznej.

W dokumentacji (protokół operacyjny, karta znieczulenia, książka transfuzyjna) nie odnaleziono żadnych wpisów anestezjologa ani chirurga wskazujących na konieczność przetoczenia krwi w trybie pilnym. Dokument wydania krwi przeznaczonej dla innego pacjenta, zwrócony bankowi krwi na prośbę personelu, zaginął. W karcie informacyjnej nie odnotowano wzmianki o pomyłce. Nie zgłoszono również poważnego zdarzenia niepożądanego do regionalnego centrum krwiodawstwa i krwiolecznictwa.

Obwiniony lekarz – niezależnie od trybu zamawiania krwi, zwykle czy pilnego – miał obowiązek

zidentyfikować preparat i potwierdzić, że jest przeznaczony dla konkretnego pacjenta. Brak następstw błędu nie oznacza braku winy. Odpowiedzialność zawodowa lekarza nie zależy wyłącznie od skutku działania lub zaniechania, lecz od zachowania należytej staranności, której nie może zastąpić rutyna. OROZ wnosił o ograniczenie prawa wykonywania zawodu na sześć miesięcy w zakresie leczenia krwią i produktami krwiopochodnymi. Okręgowy sąd lekarski wymierzył jednak karę nagany, którą utrzymał Naczelny Sąd Lekarski.

UMNIJSZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI INNYCH OSÓB

Szpitalny zespół terapeutyczny, analizując zdarzenie, skupił się wyłącznie na lekarzu. Okręgową izbę pielęgniarek i położnych zawiadomił dopiero obwiniony lekarz, jednak postępowanie wyjaśniające, przeprowadzone przez rzecznika pielęgniarek i położnych, umorzono „wobec stwierdzenia, że czynu nie popełniono”. W rezultacie anestezjolog, który nie był bez winy, stał się jedyną osobą ponoszącą konsekwencje błędów popełnionych przez kilka osób. Ulegając dodatkowo prośbie personelu banku krwi, zatuszował jego błąd – obciążając się poświadczeniem nieprawdy.

PRAWO I MEDYCINA

Podróbki z AI zalewają internet

ANTONINA KRYŃSKA
DZIENNIKARKA

Znani lekarze „reklamujący” cudowne środki na wzrok, nadciśnienie czy cukrzycę to w rzeczywistości ofiary oszustów. Spreparowane nagrania wykorzystują ich wizerunek i głos, by sprzedawać wątpliwe produkty. Skala zjawiska rośnie, a prawo wciąż nie nadąża.

Profesor Jerzy Szaflik zachęcający na Facebooku do zakupu cudownego preparatu z wyciągiem z imbiru i cytryny, przywracającego wzrok w kilkanaście dni. Profesor Adam Torbicki promujący w mediach społecznościowych niezwykle skuteczny środek na nadciśnienie. Wreszcie doktor Michał Sutkowski polecający rzekomo rewolucyjny lek na cukrzycę. W rzeczywistości żaden z nich nigdy nie reklamował leków ani suplementów diety.

Cała trójka padła ofiarą oszustów. Były to typowe deepfaki. W spreparowanych nagraniach wykorzystano ich wizerunek i głos. Długo krążyły potem w sieci, podważając autorytet lekarzy, ale i uderzając w pacjentów, których fałszywe reklamy zachęciły do zakupu suplementów.

Prawo próbuje nadążyć za technologią i przewiduje narzędzia do walki z takimi nadużyciami. Tyle że rzeczywistość cyfrowa jest o krok przed regulacjami. Fałszywe nagranie można stworzyć w kilka godzin, a jego usunięcie trwa długo, o ile w ogóle się uda.

PRZYBYWA OSZUSTÓW

NASK – Państwowy Instytut Badawczy zajmujący się cyberprzestrzenią zidentyfikował w ostatnim czasie ponad 13 tys. fałszywych materiałów (deepfake’ów), głównie o charakterze reklamowym. 16 proc. fałszywych treści odnosiło się do tematyki medycznej.

Z kolei z raportu działalności CERT Polska za 2025 r. wynika, że liczba zarejestrowanych incydentów cyberbezpieczeństwa wzrosła rok do roku aż o 152 proc.! W wypadku medycyny w u.br. doszło do 724 incydentów.

MYŚLIMY EMOCJAMI

Trzej znani lekarze nie są jedynymi, których wizerunek wykorzystano bez ich wiedzy i zgody w zmanipulowanych

nagraniach. Dlaczego oszuści wykorzystują znane twarze, żeby uwiarygodnić nagranie?

– Wykorzystanie wizerunku znanych osób znacząco zwiększa wiarygodność przekazu. Jednocześnie mamy ograniczoną kontrolę nad tym, jak reagujemy. Nie da się po prostu wyłączyć emocji i przełączyć na całkowicie racjonalne myślenie – tłumaczy Konrad Maj, psycholog społeczny, założyciel i kierownik Centrum HumanTech, adiunkt na Uniwersytecie SWPS.

Psycholog wyjaśnia, że badania jasno pokazują, że jesteśmy na takie przekazy podatni niezależnie od tego,

Wystarczy biały fartuch i znajoma twarz,
by uruchomić zaufanie. Fałszywe nagranie
powstaje w kilka godzin, usunąć go często
wcale się nie udaje

czy dotyczą one lekarzy, czy innych autorytetów. Obecnie szczególnie dużo przypadków dotyczy rynku suplementów diety. To obszar atrakcyjny finansowo, a jednocześnie mniej ryzykowny pod względem konsekwencji prawnych niż reklama leków, dlatego skala nadużyć jest tam największa.

Według Konrada Maja człowiek bardzo emocjonalnie odbiera rzeczywistość. Nasz mózg działa na skróty. Kiedy widzimy lekarza w białym fartuchu, niemal natychmiast pojawia się przekonanie, że to ktoś kompetentny i godny zaufania. Nie analizujemy tego świadomie. To reakcja automatyczna, głęboko zakorzeniona.

– Podobny mechanizm uruchamia się w wielu sytuacjach. Mundur policjanta wywołuje respekt, garnitur kojarzy się z profesjonalizmem, a gabinet lekarski z wiedzą i bezpieczeństwem. Te skojarzenia budują się latami, od dzieciństwa, poprzez doświadczenia, kulturę i przekazy medialne – wyjaśnia psycholog.

Przekonuje, że w przypadku lekarza efekt jest szczególnie silny. Jego wygląd i otoczenie kierują nasze myśli w stronę zdrowia i troski o siebie. Pojawia się przekonanie, że warto go posłuchać, bo może przekazać ważne informacje. Jesteśmy do tego przyzwyczajeni, od lat oglądamy ekspertów w mediach i traktujemy ich jako źródło wiedzy.

– Ten mechanizm działa poza naszą pełną kontrolą. Nawet jeśli pojawia się cień wątpliwości, pierwsze wrażenie oparte na emocjach i skojarzeniu już zdążyło zadziałać. To trochę jak w filmach. Wiemy, że oglądamy fikcję, a mimo to reagujemy prawdziwymi emocjami – mówi psycholog.

ZATARTE GRANICE

Konard Maj przekonuje, że nasza podatność rośnie jeszcze bardziej, gdy pojawia się strach. W sytuacji zagrożenia zdrowia przestajemy analizować spokojnie i krytycznie. Szukamy szybkich odpowiedzi i osób, którym można zaufać. Wtedy wystarczy odpowiedni obraz czy ton głosu, aby uruchomić automatycznie zaufanie.

– Działa tu także efekt familiarności. Jeśli widzimy twarz, którą kojarzymy, nawet jeśli to tylko złudzenie stworzone przez technologię, łatwiej ją akceptujemy i rzadziej podważamy jej wiarygodność. Dlatego współczesne formy manipulacji, takie jak spreparowane nagrania czy

podszycanie się pod ekspertów, mogą być tak skuteczne. Opierają się nie na logice, lecz na naszych nawykach poznawczych – wyjaśnia psycholog.

W jego ocenie nie wszyscy mają takie same możliwości obrony przed tymi mechanizmami. Osoby mniej zaznajomione z technologią mogą mieć większą trudność z odróżnieniem prawdy od fałszu. Jednak nawet osoby świadome nie są całkowicie odporne, ponieważ emocje działają szybciej niż analiza. To sprawia, że granica między rzetelną informacją a manipulacją zaczyna się zacierać, szczególnie w obszarze zdrowia, gdzie łatwo wzbudzić silne emocje. Nieprzypadkowo właśnie tam pojawia się najwięcej nadużyć.

W efekcie mamy do czynienia ze zjawiskiem powszechnym i potencjalnie niebezpiecznym, ponieważ może ono realnie wpływać na decyzje dotyczące zdrowia, opierając się na manipulacji i fałszywym poczuciu wiarygodności.

PRZEPISY SĄ, GORZEJ Z PRAKTYKĄ

Z punktu widzenia prawa sytuacja jest jednoznaczna. W grę wchodzi art. 190a par. 2 Kodeksu karnego, który dotyczy m.in. wykorzystywania wizerunku lub danych osoby bez jej zgody, w tym także w kontekście tzw. deepfake'ów, np. gdy czyjś wizerunek jest używany do uwiarygodnienia produktu lub wprowadzenia innych osób w błąd.

– Jeżeli w wyniku takiego działania dochodzi do szkody majątkowej lub niemajątkowej, mamy do czynienia z przestępstwem zagrożonym karą pozbawienia wolności do lat ośmiu. Co istotne, jest to przestępstwo ścigane na wniosek pokrzywdzonego. Oznacza to, że prokuratura może prowadzić postępowanie dopiero po złożeniu wniosku – tłumaczy Andrzej Zorski, adwokat i wspólnik w kancelarii prawnej PZ Adwokaci.

Po złożeniu wniosku dalsze czynności prowadzi już prokurator, nie jest to więc sytuacja, w której pokrzywdzony musi samodzielnie dochodzić swoich praw, jak np. w przypadku zniesławienia czy znieważenia.

– Największym problemem w praktyce pozostaje jednak identyfikacja sprawców. Często są to podmioty działające poza Polską, nierzadko w różnych jurysdykcjach (np. Azja), co znacząco utrudnia ich ściganie. Wymaga to zaawansowanych narzędzi z zakresu cyberprzestępczości oraz współpracy międzynarodowej – mówi prawnik.

W efekcie, choć przepisy prawa karnego formalnie obejmują takie przypadki, to ich skuteczne egzekwowanie bywa w praktyce

trudne ze względu na rozproszony i często anonimowy charakter sprawców. Dopuszczający się takich działań pozostają nieuchwytni.

– Z mojego doświadczenia wynika, że wiele takich spraw kończy się w tzw. ślepej uliczce, ustala się, że doszło do przestępstwa, ale nie udaje się zidentyfikować sprawcy. Często ślady prowadzą przez różne państwa, nierzadko do jurysdykcji takich jak Belize, co dodatkowo utrudnia postępowanie – tłumaczy Andrzej Zorski.

W przypadku reklam z użyciem wizerunku znanych osób pojawiają się konkretne produkty lub usługi, które można kupić i które są oferowane przez określone podmioty. W takich przypadkach naturalnie nasuwa się pytanie, czy nie można dotrzeć do sprawcy właśnie poprzez firmę, która rzekomo stoi za reklamą.

W praktyce jednak często okazuje się, że te „firmy” są podmiotami trudnymi do zidentyfikowania, zarejestrowanymi w różnych jurysdykcjach albo działającymi wyłącznie online. Dotyczy to szczególnie sprzedaży suplementów, odzieży czy innych produktów z tzw. stron widm, które potrafią powstać i zniknąć w bardzo krótkim czasie. W wielu takich przypadkach ścieżka prowadzi do podmiotów z Chin lub innych krajów.

– Oczywiście, jeśli mamy do czynienia z renomowaną firmą np. z branży farmaceutycznej, która świadomie uczestniczy w takich działaniach lub je akceptuje, może ponosić odpowiedzialność. Wówczas w grę wchodzi zarówno odpowiedzialność cywilna, jak i karna osób fizycznych, które podejmowały decyzje w jej imieniu, ponieważ same spółki co do zasady nie ponoszą odpowiedzialności karnej – wyjaśnia prawnik.

Sytuacja może być jednak bardziej złożona, gdy w grę wchodzi marketing afiliacyjny. Zdarza się, że zewnętrzne podmioty wykorzystują linki afiliacyjne i tworzą fałszywe strony promujące produkt bez wiedzy głównej firmy. Wtedy dochodzi do sytuacji, w której ktoś zarabia na ruchu generowanym przez reklamy z deepfake'ami, mimo że oficjalny producent nie ma świadomości takich działań.

Dopiero gdy firma uzyska wiedzę o takich praktykach i ich nie powstrzyma, można rozważać jej współodpowiedzialność.

Jeżeli wizerunek znanej osoby jest wykorzystywany bez jej zgody,

możliwe jest dochodzenie zadośćuczynienia i odszkodowania za naruszenie dóbr osobistych, w szczególności prawa do wizerunku.

ŚLEPE POZWY

Ściganie tego typu przestępstw miały ułatwić tzw. ślepe pozwy. Polega to na tym, że składa się pozew przeciwko „osobie nieznanej”, a następnie sąd w ciągu siedmiu dni występuje do dostawcy usług pośrednich oraz do przedsiębiorcy telekomunikacyjnego o przekazanie posiadanych danych.

Pojawiły się dwa poselskie projekty nowelizacji Kodeksu postępowania cywilnego w tej sprawie. Proponowane rozwiązania przewidywały większe obowiązki po stronie pośredników internetowych, takich jak platformy czy dostawcy usług, w zakresie ujawniania informacji o użytkownikach. W założeniu miało to usprawnić postępowania, jednak w praktyce rozwiązanie to budziło wątpliwości co do swojej skuteczności. Ale nigdy nie zakończono nad nim prac legislacyjnych.

– Nawet jeśli uda się uzyskać dane od dużych platform, nadal pozostaje problem identyfikacji rzeczywistego sprawcy, który często działa z zagranicy i wykorzystuje trudne do prześledzenia struktury – tłumaczy Andrzej Zorski.

UNIJNE PRAWO

Są jeszcze unijne przepisy. Akt o usługach cyfrowych (DSA) obowiązuje bezpośrednio w Polsce od 17 lutego 2024 r. Obecnie trwają prace nad wdrożeniem tych przepisów do polskiego prawa.

Przewidują one m.in. szybką ścieżkę dotyczącą usuwania i blokowania dostępu do nielegalnych treści w internecie. Chodzi o materiały, które pojawiają się w usługach różnych pośredników, np. platform czy serwisów online. Nie chodzi o dowolne treści, tylko takie, które mogą być uznane za przestępstwo. Na liście zakazanych znalazły się m.in. deepfaki.

Skorzystać z tej ścieżki będą mogły różne podmioty, np. prokurator, Policja, ale też zwykły użytkownik. Wniosek trafi do prezesa Urzędu Komunikacji Elektronicznej albo do Krajowej Rady Radiofonii i Telewizji (jeśli sprawa dotyczy np. platform z wideo).

PODATKI I FINANSE

Giełda nie gryzie. Zapracowany lekarz też może pomnażać kapitał

Inwestowanie to sposób na ochronę naszych oszczędności przed inflacją – przekonuje w rozmowie z Mariuszem Tomczakiem **Artur Wiśniewski**, autor bloga stockbroker.pl, ekonomista, makler papierów wartościowych, który pracę w banku zamienił na rzecz edukacji finansowej.

Czy giełdy trzeba się bać?
Nie warto wierzyć stereotypom, że giełda papierów wartościowych to kasyno. Niektóre osoby odstrasza spadki notowań, które sięgają nawet kilkudziesięciu procent, czy to, że powrót na szczyty czasem zajmuje kilka lat. Lęk wzbudzą też możliwe bankructwa spółek.

Jednak zanim powierzymy rynkowi swoje pierwsze pieniądze, trzeba poznać najważniejsze mechanizmy, które rządzą giełdą – wystarczą absolutne podstawy. Jedną z najbardziej uniwersalnych zasad brzmi: zawsze inwestuj w to, co rozumiesz.

Czy każdy może inwestować?
Tak, ale nie każdy musi samodzielnie wybierać spółki do swojego portfela. Nie trzeba też spędzać długich godzin nad analizą wykresów i raportów finansowych.

Od czego zacząć?
Przed przelaniem pierwszych środków na rachunek maklerski warto zbudować poduszkę bezpieczeństwa na tzw. czarną godzinę – gdybyśmy nagle stracili pracę, poważnie zachorowali lub zepsuł się samochód. Jej wysokość to kwestia indywidualna, choć często przyjmuje się, że powinna wynosić co najmniej sześciokrotność miesięcznych wydatków.

Aby te środki nie traciły na wartości, lepiej nie trzymać ich przez długie lata na zwykłym rachunku bankowym. Rozsądniej ulokować je na koncie oszczędnościowym lub w detalicznych obligacjach Skarbu Państwa. Do wyboru są m.in. obligacje indeksowane

inflacją i o stałym oprocentowaniu – to zazwyczaj znacznie lepsze rozwiązanie niż standardowe lokaty bankowe.

Dlaczego?

Bo lokaty, na których bardzo wielu Polaków trzyma swoje oszczędności, w długim terminie nie chronią przed inflacją – ta w ostatnich pięciu latach wyniosła ok. 50 proc. Obligacje Skarbu Państwa mogą być też pierwszym krokiem w świecie inwestycji zwłaszcza dla osób, które

Giełda nie jest kasynem. Jeśli znamy podstawowe zasady i inwestujemy w to, co rozumiemy, rynek przestaje być straszny

wcześniej nie miały z nim styczności. Ich zakup jest prosty i, co najważniejsze, nie wymaga śledzenia notowań giełdowych.

Gdybyśmy od razu ulokowali większy kapitał w bardziej ryzykowne instrumenty, jak chociażby akcje, a na giełdzie doszłoby do większych spadków, moglibyśmy się zniechęcić. Znam wiele osób, które wpadały w panikę, widząc, jak ich rachunek z dnia na dzień traci na wartości. W efekcie sprzedawały akcje w najgorszym możliwym momencie i całkowicie rezygnowały z aktywności na rynku kapitałowym.

Do realizacji jakich celów nadaje się giełda?

Przede wszystkim do celów długoterminowych, jak emerytura. Giełda to przede wszystkim akcje, które są najbardziej zmienne, ale jednocześnie w długim terminie najbardziej zyskowne.

Obligacje w przeszłości w miarę dobrze radziły sobie z inflacją, ale najczęściej nie pozwalały zgromadzić odpowiedniego kapitału na prywatną emeryturę. Aby ten cel osiągnąć, portfel musiał składać się w dużej mierze z akcji.

Lekarze są zapracowani, więc naturalne jest pytanie: czy powinni inwestować w akcje?

Tak, bo historycznie przynoszą wyższe stopy zwrotu niż obligacje, a zwłaszcza wtedy, jeżeli mają cele długoterminowe. I tak zwykle bywa – emerytura jest w badaniach wskazywana jako jeden z najczęstszych celów inwestycyjnych.

Jednak gdybym był zupełnie początkujący, prawdopodobnie zacząłbym inwestowanie nie od akcji konkretnych spółek, lecz od szeroko zdywersyfikowanych funduszy ETF (ang. Exchange Traded Funds). To rozwiązanie dla każdego, kto cierpi na brak wolnego czasu, a chce być obecny na rynku kapitałowym.

Taki fundusz to – w dużym uproszczeniu – koszyk akcji, którego celem jest podążanie za notowaniami wybranego sektora, kraju lub rynków z wielu państw. W praktyce działa to tak, że jednym kliknięciem kupujemy

udziały w dziesiątkach czy setkach spółek jednocześnie.

ETF-y są notowane na giełdzie. Dzięki nim skutecznie dywersyfikujemy ryzyko – nawet jeśli jedna spółka zbankrutuje, w portfelu mamy ich tak wiele, że nie zrujnuje to naszych oszczędności. Charakteryzują się one znacznie niższymi opłatami za zarządzanie w porównaniu do tradycyjnych funduszy inwestycyjnych.

Warto zaznaczyć, że ETF to tylko „narzędzie” dostarczane przez wiele firm. Bez reklamowania konkretnych rozwiązań – jaki fundusz wybrać?

Na to pytanie nie ma jednej, uniwersalnej odpowiedzi. Każdy jest w innym wieku, ma inną sytuację osobistą i zawodową, odmienne cele oraz inną tolerancję na ryzyko. Dlatego tak ważne jest zdobycie elementarnej wiedzy o inwestowaniu. Moim zdaniem jednak to właśnie część pasywna oparta na ETF-ach powinna stanowić większość lub nawet całość portfela u osób, które chcą lokować kapitał w akcjach.

Dane z polskich domów maklerskich potwierdzają, że to właśnie te szeroko zdywersyfikowane instrumenty należą do najchętniej wybieranych przez inwestorów indywidualnych. W praktyce wystarczy wybrać jeden, który daje ekspozycję na globalny rynek akcji, a następnie regularnie nabywać jednostki uczestnictwa.

Najbardziej popularne indeksy na ten rynek to MSCI All Country World, który skupia ok. 2,5 tys. spółek z 23 krajów rozwiniętych i 24 wschodzących, oraz FTSE All-World, który obejmuje ponad 4 tys. spółek.

Ile można na tym zyskać?

Historia pokazuje, że mając zdywersyfikowany fundusz na indeks akcji globalnych, można liczyć na stopy zwrotu przekraczające kilka procent powyżej inflacji. To realnie chroni zgromadzony kapitał przed utratą siły nabywczej i pozwala pomnażać majątek.

Kluczem jest jednak cierpliwość. Przyjmuje się, że horyzont inwestycyjny powinien wynosić co najmniej 10 lat. Generalna zasada brzmi: im dłużej inwestujemy, tym większa jest szansa na zyski.

Czy to się zawsze sprawdza?

Można tak powiedzieć, ale w inwestowaniu sporo zależy też od szczęścia. Jeśli trafimy na długą hossę, nawet



fot.: archiwum prywatne

przeciętne aktywa mogą przynieść satysfakcjonującą stopę zwrotu. Jeśli jednak zdarza się krach, wychodzenie „na plus” czasami zajmuje długie lata.

Jak długo trzeba inwestować, aby ochronić się przed inflacją?

Im dłużej, tym lepiej. Gdyby spojrzeć na rynek amerykański za ostatnie 100 lat, inwestując w akcje w okresie jednego roku z inflacją udało się wygrać w 70 proc. przypadków. Wydłużając horyzont do pięciu lat, udało się ją pokonać w czterech przypadkach na pięć. A dla horyzontu 20-letniego inwestor wychodził z tej walki zwycięsko za każdym razem.

Ile czasu trzeba poświęcić na inwestowanie pasywne?

To kwestia indywidualna, ale bez wątplenia dzięki ETF-om może to zająć pół godziny rocznie – oczywiście pod warunkiem, że wiemy, jak to robić. Chciałbym jednak raz jeszcze podkreślić, że najpierw trzeba włożyć trochę wysiłku w zrozumienie podstaw. To nie jest tak trudne, jak się wydaje.

Czy bardzo młody lekarz powinien inwestować inaczej niż ktoś starszy o kilkanaście lat?

Teoretycznie tak. Im jesteśmy młodszy, tym na większe ryzyko możemy sobie pozwolić, bo mamy przed sobą więcej czasu na odrobienie potencjalnie dużych spadków na giełdzie. Mówiąc o ryzyku, mam na myśli posiadanie bardziej zmiennych aktywów, np. akcji,

◀ *Lekarz nie musi spędzać godzin na analizie wykresów. Dzięki ETF-om można inwestować globalnie, szeroko dywersyfikować ryzyko i poświęcać na to... pół godziny rocznie – przekonuje Artur Wiśniewski, autor bloga stockbroker.pl*

które „bujają” portfelem mocniej niż obligacje, ale jak już wcześniej wspominałem, historycznie przynosiły wyższe stopy zwrotu.

A czy 60-latek wciąż powinien posiadać akcje?

Niektórzy twierdzą, że akcje są ryzykowne i w tym wieku nie należy ich mieć w ogóle. Z drugiej strony żyjemy coraz dłużej i część emerytów przez długie lata wciąż może korzystać z dobrej koniunktury na giełdzie. Jednak im bliżej momentu, w którym chcemy zacząć żyć ze zgromadzonego kapitału, tym bardziej spada apetyt na ryzyko, a rośnie zapotrzebowanie na święty spokój.

Dane historyczne z rynków globalnych wskazują, że w wieku 60 czy 65 lat nie należy od razu pozbywać się wszystkich akcji. Dla osób zbliżających się do emerytury dobrym rozwiązaniem wydaje się zabezpieczenie środków na rok lub dwa, a w przypadku bardziej zachowawczych osób nawet pięć lat, w formie obligacji i lokat. Reszta wciąż może być w instrumentach dających szansę na wyższe zyski.

Co jeszcze warto wiedzieć?

Zachęcam do inwestowania przede wszystkim poprzez indywidualne konto emerytalne oraz indywidualne konto zabezpieczenia emerytalnego. Oba pozwalają na realne oszczędności dzięki zwolnieniu z podatku od zysków kapitałowych. IKE i IKZE warto prowadzić w formie rachunku maklerskiego i za jego pośrednictwem kupować jednostki funduszu ETF.

Na początek w zupełności wystarczy portfel oparty na obligacjach skarbowych i ETF-ie na globalny rynek akcji. Osoby trochę bardziej zaawansowane, które są gotowe na wyższą zmienność, mogą poza obligacjami i szeroko zdywersyfikowanym funduszem akcyjnym dodać inne klasy aktywów, np. złoto, ale to temat na zupełnie inną rozmowę. ●

PRAKTYKA LEKARSKA

Stomatologia wraca do gry

ARTUR PEDRYC
DZIENNIKARZ

Choć wiele wyzwań z ostatnich czterech lat pozostaje aktualnych, trudno nie dostrzec, że był to czas przełomu i wzmocnienia pozycji lekarzy dentyistów w systemie ochrony zdrowia.

Znaczącą rolę odegrał w tym samorząd lekarski. Konsekwentnie zabiegał zarówno o poprawę warunków wykonywania zawodu lekarza dentyisty, jak i o rozwój systemowych rozwiązań w obszarze opieki stomatologicznej. Efektem tych działań są konkretne zmiany – od powołania Rady ds. Rozwoju Stomatologii przy ministrze zdrowia, przez poprawę wycen świadczeń stomatologicznych, po skuteczne działania ograniczające nadmierną biurokrację.

FORUM DIALOGU

Jednym z najbardziej symbolicznych wydarzeń było powołanie – już na początku kadencji – Rady ds. Rozwoju Stomatologii przy ministrze zdrowia. Od lat eksperci podkreślali, że stomatologia mimo ogromnego znaczenia dla zdrowia publicznego pozostawała na marginesie strategicznych debat dotyczących systemu ochrony zdrowia.

Powołanie Rady stworzyło stałą platformę dialogu między środowiskiem lekarzy dentyistów a administracją publiczną. W takim gronie możliwa stała się dyskusja o najważniejszych wyzwaniach stojących przed stomatologią – od organizacji opieki, przez finansowanie świadczeń, po kwestie kształcenia kadr.

W Radzie znaleźli się konsultanci krajowi w dziedzinach stomatologicznych, przedstawiciele Konferencji Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych, NFZ, Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji oraz departamentów Ministerstwa Zdrowia.

– Jej powstanie samo w sobie było wielkim osiągnięciem samorządu lekarskiego. Do lipca 2022 r. nie mieliśmy w Ministerstwie Zdrowia przedstawiciela reprezentującego środowisko lekarzy dentyistów. To bardzo ważne, bo problemy stomatologów różnią się od tych ogólnomedycznych

Bez determinacji samorządu lekarskiego 140 mln zł na nadwykonania w stomatologii mogło w ogóle nie trafić do systemu

– podkreśla w rozmowie z „Gazetą Lekarską” prof. dr hab. Dorota Olczak-Kowalczyk, konsultant krajowy w dziedzinie stomatologii dziecięcej i członek Rady. Jak dodaje, wcześniej podczas spotkań z ministrem postulaty stomatologów ginęły wśród problemów zgłaszanych przez inne specjalności.

Powstanie Rady przyniosło również inny efekt – integrację środowiska. – Dentyści wreszcie zaczęli mówić jednym głosem, co ułatwia prowadzenie rozmów z ministerstwem. Szerokie spektrum osób zasiadających w tym gremium sprawia, że postulaty Rady są spójne z oczekiwaniami całego środowiska lekarzy dentyistów

– mówi Paweł Barucha, wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej i pierwszy przewodniczący Rady.

ZMIANY W WYCENACH

Jednym z najczęściej podnoszonych problemów w ostatnich latach były wyceny świadczeń stomatologicznych finansowanych przez publicznego płatnika. Przez długi czas nie nadążały one za rosnącymi kosztami prowadzenia gabinetów. Drożące materiały stomatologiczne, energia, sprzęt czy wynagrodzenia personelu sprawiały, że realizowanie świadczeń w ramach kontraktów z Narodowym Funduszem Zdrowia stawało się coraz większym wyzwaniem.

Samorząd lekarski od lat wskazywał na konieczność aktualizacji wycen, przedstawiając analizy ekonomiczne i konkretne propozycje zmian. W ostatnich latach część tych postulatów została uwzględniona. Zwiększono wyceny świadczeń w zakresie chirurgii stomatologicznej i periodontologii.

– Walczyliśmy o to od 2018 r. Oczekiwany rezultat przyszedł dopiero trzy lata temu. Na samym finiszu w 2023 r., gdyby zabrakło nam determinacji, zmiany mogłyby zostać odłożone na bardzo długo z powodu braku gotowości systemu informatycznego NFZ – wspomina Paweł Barucha.

Kolejnym ważnym efektem działań samorządu było przekazanie w 2023 r. 140 mln zł ze

► Charakter pracy dentystów oraz obowiązujące regulacje zapewniają wysoki poziom bezpieczeństwa pacjentów

środków publicznych na nadwykonania w stomatologii. – Był to jeden z punktów „siódemki NIL”. Domagaliśmy się przekazania wojewódzkim oddziałom NFZ środków na realizację zmian w finansowaniu stomatologii. Nadal dążymy do systemowego uregulowania kwestii nadwykonań – zaznacza Barucha.

NOWE ŚWIADCZENIA

Istotną zmianą było również rozszerzenie koszyka świadczeń gwarantowanych o nowe procedury stomatologiczne. Przez lata zakres świadczeń dostępnych w publicznym systemie był ograniczony i nie zawsze odpowiadał współczesnym standardom leczenia.

Wśród nowych świadczeń znalazły się m.in.:

- repozycja i unieruchomienie zwichniętego zęba lub grupy zębów,
- wizyty adaptacyjne dla dzieci w wieku 3 i 4 lat,
- profilaktyczne świadczenia stomatologiczne dla trzylatków,
- zdjęcia pantomograficzne z opisem dla dorosłych i dzieci,
- protezy całkowite typu overdenture oparte na zabezpieczonych korzeniach,
- leczenie w znieczuleniu ogólnym dla wybranych grup pacjentów.

– Ponowna wycena świadczeń protetycznych oraz wprowadzenie nowych procedur, takich jak zdjęcie pantomograficzne na potrzeby leczenia protetycznego czy protezy overdenture, to jeden z największych sukcesów Rady – ocenia prof. Teresa Sierpińska, konsultant krajowy w dziedzinie protetyki stomatologicznej. Jak podkreśla, zdjęcie pantomograficzne ma kluczowe znaczenie diagnostyczne, a protezy overdenture pozwalają uniknąć niepotrzebnego usuwania zębów, które mogą jeszcze pełnić swoją funkcję.

STOP ABSURDOM

Nie wszystkie wyzwania dotyczyły finansowania czy organizacji świadczeń. W ostatnich latach duże emocje wzbudzały także propozycje nowych obowiązków administracyjnych nakładanych na lekarzy dentystów prowadzących własną praktykę.

Jednym z takich pomysłów była koncepcja wprowadzenia obowiązku zatrudniania tzw. asystenta BDO odpowiedzialnego za obsługę systemu bazy danych o odpadach. W przypadku



foto: freepik.com

niewielkich gabinetów stomatologicznych oznaczałoby to dodatkowe znaczące koszty.

Samorząd lekarski stanowczo sprzeciwił się temu rozwiązaniu. – Nie możemy dopuścić do sytuacji, w której lekarz dentysta, zamiast leczyć pacjentów, zajmuje się kolejnymi obowiązkami biurokratycznymi. Ostatecznie udało się obronić tysiące lekarzy dentystów przed bezsensownymi i bardzo kosztownymi obowiązkami – podkreśla Barucha.

OCHRONA DZIECI

Podobny charakter miały działania związane z interpretacją przepisów tzw. ustawy Kamilkowej, dotyczącej standardów ochrony małoletnich. Początkowo pojawiły się wątpliwości, czy nowe obowiązki administracyjne obejmą także gabinety stomatologiczne.

Samorząd lekarski zwracał uwagę, że charakter pracy dentystów oraz obowiązujące regulacje już zapewniają wysoki poziom bezpieczeństwa pacjentów, również tych najmłodszych. Po serii rozmów i wyjaśnień udało się doprowadzić do sytuacji, w której stomatolodzy nie zostali objęci dodatkowymi obowiązkami wynikającymi z tych przepisów.

– Przekonaliśmy decydentów, że lekarze dentyści często pierwsi zauważają przemoc wobec dzieci. Nakładanie na nich dodatkowych procedur administracyjnych, w sytuacji gdy dziecko przebywa w gabinecie w obecności rodzica lub opiekuna, było nieuzasadnione – podkreśla wiceprezes NRL.

CIĄGŁOŚĆ DZIAŁAŃ

Wiele wyzwań pozostaje nadal aktualnych. To przede wszystkim poprawa finansowania świadczeń stomatologicznych, rozwój profilaktyki oraz zwiększenie dostępności leczenia w ramach systemu publicznego. – Kropla draży skałę – mówi Paweł Barucha. – Gdyby nie nasza determinacja, nie udałooby się wywalczyć 140 mln na nadwykonania i doprowadzić do szeregu przełomowych zmian w polskiej stomatologii. Warto przy tym podkreślić, że w czasie kończącej się kadencji mieliśmy kilka rządów i kilkoro ministrów zdrowia, co nie ułatwiało nam pracy. Dzięki Radzie ds. Rozwoju Stomatologii była, co prawda, mała ciągłość i to tam udało się załatwić wiele ważnych spraw – podsumowuje wiceprezes NRL. ●

Kto korzysta na kryzysie

Zapaść publicznej opieki zdrowotnej się pogłębia, a sprzeczne komunikaty ze strony Ministerstwa Zdrowia jeszcze pogarszają sytuację. Z jednej strony przedstawiciele rządu mówią o ograniczeniu kontraktowania na gastroenterologię, z drugiej nie widzą w tym najmniejszego zagrożenia dla pacjentów.

Taka sama sytuacja ma miejsce również w stomatologii, okulistyce i innych działach medycyny. Można wręcz odnieść wrażenie, że ekonomia w ochronie zdrowia działa tylko połowicznie. Wszystko jest zapisywane po stronie wydatków, a zysk w postaci długotrwałego zdrowia i aktywności społecznej jest pomijany. Tak jakby dla rządzących było to kompletnie nieistotne.

Porównajmy to z innymi obszarami aktywności naszego państwa. Rząd wspiera wszelkie przejawy dbałości o środowisko. Można odpisać od podatku wydatki np. na termomodernizację. I bardzo dobrze, bo to zmniejsza zużycie energii i negatywny wpływ na otoczenie. Ale wydatków na zdrowie odliczyć już nie można. Dlaczego?

Inwestujemy w budynki, sprzęt medyczny, ale chyba zapomnieliśmy po co. Przecież ma to służyć pacjentom i medykom, którzy się nimi opiekują. Przyjemnie jest przecinać wstęgi na otwarciach i galach oraz opowiadać, jak to kosztujący miliony złotych nowoczesny sprzęt zrewolucjonizuje opiekę. Tylko łatwo narazić się na śmieszność, jeżeli później

PAWEŁ BARUCHA
WICEPREZES NACZELNEJ
RADY LEKARSKIEJ



na używanie tego sprzętu brakuje pieniędzy. Będziemy robić zrzutki?

Nieustannie powtarzane twierdzenie, że nie ma znaczenia, ile pieniędzy włożymy do systemu, bo i tak ich zabraknie, to zgrabna teza publicystyczna, ale kompletnie nieprawdziwa. Przeczą temu działania firm prywatnych, które przejmują w Polsce branżę zdrowotną. Nikt nie wydaje miliardów złotych, nie licząc na zwrot. Problem publicznej ochrony zdrowia leży raczej w jakości zarządzania i liczbie urzędników. Jak można powiedzieć, że aby zwiększyć zdolności praktyczne absolwentów, ograniczamy staż podyplomowy? Albo:

zmniejszając wydatki na zdrowie, nie ograniczamy dostępności dla pacjentów. Nienajlepiej świadczy to o znajomości tematu. Ale najgorsze jest to, że takie wypowiedzi przykrywają fakt, iż politycy – wszystkich opcji – nie mają strategii, żadnego planu, na najbliższych dziesięć lat. Nie traktują zdrowia jako inwestycji, ale jak obciążenie.

Sektor prywatny nie przejmie na siebie zobowiązań za darmo. Po zmarginalizowaniu publicznej opieki zdrowotnej za chwilę okaże się, że pieniędzy potrzeba wielokrotnie więcej. Wtedy dopiero będziemy mówić o worku bez dna. ●

Dwie twarze medycyny

W dniach 5–6 czerwca w Rzeszowie odbędzie się konferencja „Dwie twarze medycyny”, której celem jest wymiana wiedzy i doświadczeń w tej tak istotnej dziedzinie jak zniekształcenia, urazy i choroby twarzoczaszki.

Dobór wykładowców, tematyka i zakres wykładów powinny zainteresować szczególnie specjalistów z zakresu chirurgii, chirurgii onkologicznej,

laryngologii, chirurgii szczękowo-twarzowej, chirurgii rekonstrukcyjnej i plastycznej, a także dermatologów, okulistów czy traumatologów.

– Tworzymy to przedsięwzięcie, aby wesprzeć lekarzy z Polski, Ukrainy i krajów sąsiadujących ze strefą działań wojennych w leczeniu pacjentów pourazowych,

a także planowych zabiegach w zakresie czaszkowo-twarzowym – informują dr hab. Radosław Chaber, prof. UR, i lek. dent. Radosław Maksymowicz, członkowie komitetu organizacyjnego.

Konferencję wspiera m.in. Naczelna Izba Lekarska. Dodatkowe informacje są dostępne na stronie dwietwarzemedycyny.pl. ●

Ile kosztuje nas brak decyzji?

Deficyt NFZ liczony w dziesiątkach miliardów złotych, miliardy za niewykorzystane szczepionki i setki ton leków trafiających do utylizacji – to nie tylko liczby, ale efekt systemowych zaniedbań. W ochronie zdrowia wciąż brakuje nie tyle pieniędzy, co odwagi do wprowadzania rozwiązań, które mogłyby te straty ograniczyć.

Otym, że w NFZ brakuje pieniędzy, wiedzą chyba wszyscy. W 2026 r. deficyt wyniesie 23 mld zł, czyli prawie 2 mld miesięcznie. Do tego dochodzi – prawdopodobnie – kolejny ogromny koszt: 5,6 mld zł za nieodebrane szczepionki przeciw COVID-19.

Jako farmaceuta szczepiący od lipca 2021 r. patrzę na ten problem ze szczególną uwagą. Pamiętam zarówno wyboistą drogę do zmiany postrzegania mojego zawodu, jak i sukces, jakim było podanie przez farmaceutów ponad 2,2 mln dawek szczepionek. Mogło być ich więcej, i to z kilku powodów. Najpierw opór decydentów, dla których zmiana utartych schematów była trudna (eufemizm). Potem – właściwie od początku programu szczepień – działania różnych środowisk antyszczepionkowych i ich długotrwałe tolerowanie przez państwo. O ile jeszcze można – choć z trudem – próbować zrozumieć osoby ignorujące powszechnie dostępną wiedzę medyczną, o tyle nie sposób zaakceptować świadomych negacionistów.

Dlatego trudno było mi zrozumieć kampanię „proszczepienną”, którą pod koniec pandemii sfinansowało Ministerstwo Zdrowia. W skrócie: kilka spotów, które w taki sposób zachęcały do szczepień, że w praktyce skutecznie do nich zniechęcały. Przykładowo: „my, Polacy, nie lubimy być zmuszani”.

Dziś, także w kontekście wojny w Ukrainie i nasilonej dezinformacji, widać wyraźnie, jak groźne są takie zaniechania. Skutkiem jest wzrost liczby chorób zakaźnych, a więc większe wydatki na leczenie – kosztem innych potrzeb zdrowotnych. Jednocześnie system traci środki, które mogłyby zostać przeznaczone choćby na bezpieczeństwo państwa.

Do tego dochodzi permanentne generowanie sporów – czasem wręcz karczemnych awantur – między przeciwnikami szczepień a ich zwolennikami. Widać to

MARIUSZ POLITOWICZ
CZŁONEK NACZELNEJ
RADY APTEKARSKIEJ



zarówno przy rodzinnych stołach, jak i w gabinetach lekarskich czy aptekach.

Osoby lub całe grupy społeczne skonfliktowane z innymi nie oddają się zaufaniem. Nie przyjmują zaleceń ani oferowanej pomocy. Łatwiej uwierzyć w narrację o „złej Big Pharmii”, która rzekomo manipuluje lekarzami i farmaceutami, niż zaufać wiedzy medycznej. Paradoksalnie, jednocześnie rośnie wiara w „cudowne” suplementy diety sprzedawane wysyłkowo, często po bardzo wysokich cenach i bez realnych dowodów skuteczności.

Trudno zaakceptować, że państwo nie przeciwdziała skutecznie zjawiskom, które w istocie podważają zaufanie do instytucji publicznych. Tymczasem ochrona zdrowia obywateli jest jedną z podstawowych powinności konstytucyjnych państwa. Jej zła organizacja generuje koszty na wielu poziomach.

Dochodzi do tego jeszcze jeden, mniej spektakularny, ale bardzo kosztowny problem – niewykorzystane leki. W 2025 r. do utylizacji trafiły dziesiątki ton: 44 tony we Wrocławiu i 155 ton w Warszawie. To tylko część skali, bo wiele leków trafia bezpośrednio do śmieci lub kanalizacji. Nie każdy z nich kosztuje fortunę, ale łączna wartość robi

wrażenie. Tym bardziej że jednocześnie powszechne jest przekonanie, że leki są drogie. Trudno pogodzić te dwa fakty.

Nikt rozsądny nie chce ograniczać pacjentom dostępu do leków. Jeśli jednak tak wiele z nich nie jest wykorzystywanych, zasady ich wydawania powinny zostać zmienione. Dziś możliwe jest realizowanie recept na wielomiesięczne zapasy, które w różnych powodów – najczęściej medycznych – nie są zużywane.

Rozwiązanie istnieje od lat. To tzw. recepta kontynuowana, przewidziana w przepisach, ale wciąż niewdrożona. W uproszczeniu: farmaceuta na podstawie zaleceń lekarza i reakcji pacjenta wydawałby kolejne partie leku w miarę potrzeb. Bez angażowania lekarza, o ile nie pojawiają się problemy. Zyskałby na tym system – mniej zmarnowanych leków to realne oszczędności. Zyskałby lekarz – więcej czasu dla pacjentów. I wreszcie zyskałby pacjent – lepiej dopasowaną terapię.

To tylko jeden z przykładów działań, które w innych krajach są standardem. Tam już dawno rozumiano, że w obliczu starzejących się społeczeństw i rosnących kosztów ochrony zdrowia niewykorzystywanie kompetencji farmaceutów jest zwyczajnie nieopłacalne. ●

PRAKTYKA LEKARSKA

Wzrok pod presją cywilizacji

Wady i choroby wzroku dotyczą już nawet dwóch trzecich Polaków, a ich skala rośnie. O konieczności holistycznego podejścia do zdrowia oczu, pilnych zmianach systemowych i roli profilaktyki mówi **prof. Ewa Mrukwa-Kominek**, prezes Polskiego Towarzystwa Okulistycznego, w rozmowie z Lucyną Krysiak.

Podobno 50–70proc. dorosłych Polaków ma wady wzroku i różnego rodzaju choroby oczu. Czym są i jak się manifestują?

Wada wzroku to niezdolność oka do właściwego ogniskowania obrazu na siatkówce, co sprawia, że obraz ten jest zamazany z bliska lub daleka. Rodzaje wad to krótkowzroczność (minusy), kiedy ogniskowanie obrazu jest przed siatkówką, dalekowzroczność (plusy), kiedy ogniskowanie obrazu jest za siatkówką, nieźorność (astygmatyzm), kiedy ogniskowanie obrazu uzależnione jest od nieprawidłowych krzywizn rogówki, oraz starczowzroczność (prezbiopia), wynikająca ze stwardnienia soczewki, kiedy dochodzi do upośledzenia akomodacji i zaburzenia widzenia przy patrzeniu na przedmioty blisko położone przed gałką oczną.

Wady wzroku koryguje się okularami lub soczewkami kontaktowymi, a także usuwa laserowo bądź chirurgicznie, po odpowiedniej kwalifikacji, gdyż nie każdą wadę można usunąć laserem. Pacjent musi mieć odpowiednią wysokość wady, grubość rogówki i szerokość źrenicy. Ważny jest również stan miejscowy narządu wzroku i ogólny stan pacjenta. Wszystkie wady wzroku dają pewne zaburzenia widzenia, np. częste mrużenie oczu, bóle głowy i oczu, zmęczenie oczu i gorsze widzenie, zamazywanie



foto: archiwum prywatne

obrazu z bliska bądź z daleka, podwójne widzenie i problemy z widzeniem o zmroku. Wady wzroku mogą prowadzić do poważniejszych zaburzeń, jak jaskra, zaćma, zaburzenia siatkówki.

Jaka jest skala problemu?

Problem dotyka około 40 proc. populacji, a częstość występowania wad rośnie, szczególnie u dzieci i młodzieży. Najpowszechniejszą jest krótkowzroczność, która do 2050 r. dotknie 50 proc. ludzkości. Drugą wadą jest astygmatyzm. Epidemiologia wad wzroku wskazuje,

◀ *Polska okulistyka stoi obecnie na światowym poziomie, a nasi specjaliści nie powinni mieć kompleksów wobec swoich kolegów z innych państw – uważa prof. Ewa Mrukwa-Kominek, prezes Polskiego Towarzystwa Okulistycznego*

że aktualnie aż 66 proc. Polaków zmaga się z wadą lub chorobą wzroku. Najczęstsza to krótkowzroczność (miopia) dotyczy 42,8 proc. Polaków, a 47-50 proc. z nich korzysta na co dzień z okularów korekcyjnych lub soczewek. Także 50 proc. dzieci w wieku od 3 do 15 lat ma problemy z widzeniem, z czego zdecydowana większość (58 proc.) cierpi na krótkowzroczność, którą określa się obecnie epidemią XXI wieku, szczególnie w zurbanizowanych obszarach, gdzie może dotyczyć nawet 70-80 proc. dzieci w wieku szkolnym. Ten wyraźny wzrost częstości występowania wad wzroku wynika ze stylu życia – częste korzystanie z ekranów, mało czasu spędzanego na zewnątrz i przebywania w naturalnym świetle – oraz starzenia się społeczeństwa.

Chorobami oczu w Polsce związanymi z wiekiem są zaćma, jaskra i zwyrodnienie plamki (AMD). Również w przebiegu cukrzycy występują zmiany w narządzie wzroku, głównie retinopatia cukrzycowa z najcięższym powikłaniem – obrzękiem

plamki (DME). Według szacunków WHO na świecie z osób cierpiących na choroby narządu wzroku 14 proc. stanowią osoby niewidome, a 86 proc. ma upośledzone widzenie.

Dolegliwości ze strony narządu wzroku rzutują na cały organizm?

Niewyrównanie wady wzroku może prowadzić do jej pogłębiania się, przewlekłego zmęczenia oczu i bólów głowy, pojawienia się zezów – szczególnie u dzieci, oraz wytworzenia niedowidzenia, tzw. leniwego oka. U dziecka z niewyrównaną nadwzrocznością lub astygmatyzmem niedowidzenie rozwija się bardzo szybko. Należy też powiedzieć o wysokich wadach, które są skorelowane z poważniejszymi problemami. Wysoka krótkowzroczność może prowadzić do zmian siatkówki, takich jak odwarstwienie, zwyrodnienie, które skutkują obniżeniem ostrości wzroku i zaburzeń pola widzenia. Wysoka nadwzroczność często współistnieje z zamknięciem kąta przesączania, prowadząc do jaskry zamykającego kąta.

Które z tych wad mają najcięższy przebieg?

Trudno jednoznacznie odpowiedzieć. Najcięższa wydaje się być krótkowzroczność, ponieważ współistnieje z wieloma chorobami i w jej przebiegu mogą występować powikłania prowadzące do ślepoty. Z kolei nieskorygowana nadwzroczność u dzieci prowadzi do niedowidzenia nawet głębokiego i do znacznego obniżonej ostrości wzroku ze wszystkimi tego konsekwencjami.

Jedną z dolegliwości jest jaskra, którą wykrywa się za późno, stąd tak wiele osób traci wzrok.

Jaskra jest jedną z najpoważniejszych chorób oczu, będącą przyczyną nieodwracalnej ślepoty. Choruje na nią około 78 mln osób na świecie, a do 2040 r. ich liczba może przekroczyć 111 mln. W Polsce zmaga się z nią ok. 800 tys. osób, z czego niemal połowa nie jest świadoma, że choroba stopniowo prowadzi u nich do utraty wzroku. Dotyka głównie osoby po 60. roku życia, ale rozpoznawana jest także u dzieci, a nawet u noworodków. Długo rozwija się bezobjawowo, co utrudnia wczesną diagnozę, a dla zahamowania tej choroby wczesne wykrycie i wdrożenie

leczenia jest kluczowe. Dlatego Polskie Towarzystwo Okulistyczne od 10 lat z okazji Światowego Tygodnia Jaskry organizuje akcję profilaktyczno-informacyjną „Polscy okuliści kontra jaskra”, by zwiększyć świadomość dotyczącą wczesnej wykrywalności jaskry poprzez poszerzenie badań diagnostycznych i kierowanie na nie osób, które mogą być zagrożone chorobą, szczególnie jeśli wcześniej się nie badały lub są obciążone genetycznie.

W okulistyce czas ma kluczowe znaczenie – wiele chorób przez lata nie daje objawów, a gdy pacjent zaczyna gorzej widzieć, często jest już za późno na pełne odzyskanie wzroku

Mamy epidemię cukrzycy typu 2, jak ta choroba wpływa na wzrok?

Bardzo poważnym powikłaniem w tej chorobie jest obrzęk plamki (DME), i tutaj także istotna jest wczesna diagnoza. Pamiętajmy, iż niezdiagnozowane choroby siatkówki są główną przyczyną utraty wzroku, i to nie tylko w cukrzycy. Leczenie w chorobach siatkówki to wyścig z czasem, w którym pomocna jest nowoczesna medycyna.

A przeszczepy rogówki, których wciąż jest za mało w stosunku do oczekujących?

W Polsce wykonuje się rocznie 1200–1400 przeszczepów rogówki, jednak potrzeby są znacznie większe. Na przeszczepienie rogówki czeka około 3,5 tys. osób. Przeszczepy rogówki zarówno drążące, jak i warstwowe są wykonywane w wielu wysokospecjalistycznych ośrodkach, banki tkanek również funkcjonują na poziomie światowym, brakuje jednak materiału do przeszczepów, czyli rogówek. Rozwiązaniem byłoby zwiększenie dawstwa narządów, tym bardziej że rogówki mogą

być pobierane również od dawcy z pobrania niewielonarządowego.

Co wobec pogarszającej się sytuacji epidemiologicznej dotyczącej wad i chorób narządu wzroku ma do zaoferowania system opieki zdrowotnej?

Polski system opieki zdrowotnej podejmuje działania restrukturyzacyjne, jednak wobec rosnącej liczby zachorowań na choroby siatkówki, jaskrę i zaćmę oraz problemów z krótkowzrocznością są one niewystarczające. Wprawdzie pacjenci mogą już zapisać się do optometrysty bez skierowania od lekarza POZ, co odciąża okulistów, którzy skupiają się na diagnostyce i leczeniu chorób, a nie doborze okularów, ale i tak są do nich długie kolejki. Dobrym posunięciem jest wprowadzenie centralnej e-rejestracji, co ułatwia zapisywanie się do specjalistów. Dzięki temu, że schorzenia AMD i cukrzycowy obrzęk plamki połączono w jeden największy program lekowy obejmujący ok. 60 tys. pacjentów, poprawiła się też dostępność do nowoczesnych terapii. Wciąż jednak czekamy na program lekowy leczenia chorób rzadkich.

Co jest obecnie największym wyzwaniem dla systemu?

Długie kolejki do poradni okulistycznych na NFZ. Średni czas oczekiwania na wizytę u okulisty wynosi 211 dni (stan na kwiecień 2026 r.), a w niektórych rejonach czeka się ponad rok (średnio 382 dni), a nawet dłużej. System zmaga się z brakiem okulistów i personelu pomocniczego, co w obliczu starzejącego się społeczeństwa pogłębia deficyt świadczeń. Poprawił się dostęp do operacji zaćmy. Zabieg usunięcia zaćmy jest przeprowadzany w trybie chirurgii jednego dnia, co oznacza, że po kilku godzinach od zabiegu pacjent wraca do domu. Średni czas oczekiwania na operację znacząco różni się w zależności od województwa. W mniejszych miejscowościach czeka się krócej, nawet do kilku tygodni. W Polsce mamy też doskonały sprzęt do usuwania zaćmy i dostęp do najnowszych soczewek wewnątrzgałkowych.

Również opieka pozabiegowa jest na wysokim poziomie. Także pacjenci chorujący na jaskrę wymagający leczenia operacyjnego mają dostęp do zabiegów laserowych, miniinwazyjnej chirurgii jaskry i standardowej dużej chirurgii.

Debata pt. „Okulistyka rosnące wyzwania – od najmłodszych do seniorów”, która odbyła się na Kongresie Wyzwań Zdrowotnych, przyczyniła się do wypracowania rekomendacji. Jakich?

Głównie chodzi o rekomendacje z zakresu pediatrii. Ponieważ najskuteczniejszą metodą zapobiegania krótkowzroczności jest aktywność na świeżym powietrzu, postulowaliśmy, aby w ramach działań profilaktycznych nakłaniać dzieci do tego rodzaju zachowań. Rekomenduje się też nowoczesne metody hamowania wady poprzez farmakologię oraz specjalistyczne soczewki okularowe nowej generacji, które spowalniają postęp krótkowzroczności. Zarekomendowano też konieczność zreformowania bilansów zdrowia, ponieważ obecne badania sześciolatek w POZ często są wykonywane w niewłaściwych warunkach, co prowadzi do przekłamań. Zalecono też, by badania przesiewowe u dzieci przeprowadzał wyspecjalizowany personel.

Jaki jest udział Polskiego Towarzystwa Okulistycznego w opracowaniu standaryzacji procedur i aktualizacji wytycznych dotyczących nowoczesnych metod leczenia?

Obecnie PTO skupia się na pełnej standaryzacji procedur nie tylko w celu poprawy wyników leczenia, ale dla ochrony prawnej lekarzy w przypadku ewentualnych roszczeń pacjentów.

PTO ma wizję przeorganizowania modelu okulistycznej opieki ambulatoryjnej. Jaka?

Badania obrazowe wykonywałyby osoby przeszkolone, np. pielęgniarki lub optometryści czy ortoptycyści, a okulista zajmowałby się ich opisem, weryfikacją kliniczną i podejmowaniem decyzji terapeutycznych. Istotna jest interpretacja, opis, wyciągane wnioski z badania i ich połączenie/weryfikacja ze stanem klinicznym pacjenta. Z założenia powinno to przyspieszyć

diagnostykę i właściwe leczenie. Model ten funkcjonuje w wielu krajach, w klinice którą kierowałam, wprowadziliśmy go już wiele lat temu. Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji wydała rekomendacje w sprawie oceny zasadności zakwalifikowania porady optometrystry jako świadczenia gwarantowanego z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, mającej za zadanie wykonywanie badań przesiewowych u pacjentów, np. z cukrzycą i innymi schorzeniami przewlekłymi oraz z wadami wzroku. Teraz trwają rozmowy, w jakim zakresie optometryści mają pomagać lekarzowi POZ i okuliście. Porada optometrystry nie zastąpi porady lekarskiej, choćby ze względu na przepisy

Średni czas oczekiwania na wizytę u okulisty wynosi 211 dni, a w niektórych rejonach czeka się ponad rok (stan na kwiecień 2026 r.)

prawa. Należy więc jasno określić kompetencje, aby uniknąć przejmowania procedur typowo lekarskich. Wspólnym celem powinno być odciążenie kolejek do okulistów.

Dlaczego tak ważna jest profilaktyka w okulistyce?

Hasło „lepiej zapobiegać, niż leczyć” jest wciąż aktualne. Telemedycyna i AI powinny wspierać masowe badania w kierunku retinopatii cukrzycowej, AMD i jaskry, co przyspieszy interwencję. Wobec złożonej natury czynników ryzyka chorób narządu wzroku istnieje potrzeba holistycznego podejścia zarówno do ich diagnostyki, leczenia, jak i profilaktyki. Należy uwzględnić zarówno aspekty genetyczne, środowiskowe, jak i styl życia. Dlatego badania profilaktyczne powinny być wykonywane u dzieci, młodych dorosłych i seniorów. Wczesne wykrycie i wdrożenie leczenia jest bowiem połową sukcesu terapeutycznego.

Co zrobić, aby profilaktyka stała się codziennością?

Postawić na badania przesiewowe dzieci przedszkolnych i szkolnych, które powinny być przeprowadzane przez wyspecjalizowany personel – optometrystów i ortoptystki, co umożliwi wcześniejsze wykrywanie wad wzroku, zeza czy niedowidzenia. Równoległe edukować. PTO prowadzi akcje informacyjne „Polscy okuliści kontra jaskra” oraz szkolenia w zakresie diagnostyki i leczenia krótkowzroczności oraz wiele innych. Informacje dla lekarzy i pacjentów na ten temat oraz rekomendacje dotyczące badań diagnostycznych i leczenia są na stronie internetowej PTO.

Czym dysponuje światowa okulistyka, a czego w Polsce brakuje?

Polska okulistyka stoi obecnie na światowym poziomie, a nasi specjaliści nie powinni mieć kompleksów wobec swoich kolegów z innych państw. Jednym z kluczowych osiągnięć było m.in. wyeliminowanie kolejek do operacji zaćmy. Jednak reformy i nowinki techniczne powinny iść w parze z odpowiednią wyceną procedur przez NFZ, co pozwoliłoby na stabilny rozwój tej specjalności. Potrzebujemy finansowania programu lekowego stosowanego w chorobie rzadkiej, takiej jak pierwotniakowe zapalenie rogówki, która – nieleczona bądź źle leczona – prowadzi do ślepoty. Pacjenci przez wiele lat byli leczeni preparatami dającymi słabe wyniki (wyleczenia tylko u 16 proc.), przez co mieli wykonywane kilkakrotnie mało skuteczne przeszczepy rogówki, z szybkimi odrzutami, a progresja choroby prowadziła do wielu powikłań – jaskry, zaćmy zapalenia wnętrza gałki ocznej, perforacji rogówki i nawet konieczności usunięcia oka. Od 2025 r. dostępny jest lek stosowany w tej chorobie z 86-proc. skutecznością. PTO jako określające standardy, rekomendacje i wytyczne w okulistyce deklaruje gotowość do współpracy z instytucjami oraz wszystkim środowiskami medycznymi w dążeniach do podnoszenia jakości opieki okulistycznej dla dobra pacjentów i ich bezpieczeństwa. ●

Paliwo atomowe z ludzkiej dobroci

Są historie, które zatrzymują nas w pół kroku. Nie dlatego, że są przełomowe medycznie, ale dlatego, że przypominają coś znacznie ważniejszego: kim jesteśmy. Pod białym fartuchem, eleganckim garniturem czy grubym płaszczem ludzie mają wielkie serca.

Jedna z takich historii zaczęła się od słowa, którego nikt nie chce usłyszeć: białaczka. Tym razem nie w statystyce, nie w prezentacji na zjeździe naukowym, nie u anonimowego pacjenta z oddziału. U Henia – najmłodszego synka kolegi z czasów protestów i głódówki lekarzy rezydentów, Krzysztofa Ostaszewskiego.

Chodził wtedy do mediów z ręką w gipsie i spokojnie tłumaczył sytuację lekarzy. Po naszych spotkaniach „spiskowców” biegł pomagać w hospicjum. On – onkolog, żona – ortopeda dziecięcy. A teraz ich syn choruje na białaczkę. Brak szpiku, który można przeszczepić. Lek, który daje szansę, wciąż niedostępny w Polsce. To, że oboje są lekarzami, nie zmieniało niczego. W tej historii potrzebni byli dawcy szpiku i pieniądze na bardzo drogi lek. Bo wbrew temu, co czasem słyszymy, nie wszyscy lekarze zarabiają krocie.

I wtedy wydarzyło się coś, czego nie da się opisać językiem raportów, epikryz, recept czy komunikatów prasowych. Rodzice Henia sami zorganizowali akcję. Poprosili znajomych. Inni włączyli się bez zaproszenia. Nie wiadomo nawet, ile osób zgłosiło się do bazy dawców. Docierały tylko fragmenty: tu 30 osób, tam 50, gdzie indziej kolejna grupa. Setki zgłoszeń – a przecież to tylko te, o których ktoś zdążył powiedzieć.

Radomskie Centrum Onkologii, gdzie pracuje tata Henia, zorganizowało akcję wymazywania pod szpitalem. Sąsiadka staje po mszy przed kościołem i zaczepia ludzi, prosząc, by zostali dawcami. Jak żebraczka – tylko że zamiast monet zbiera szansę na życie. W jedną niedzielę kilkanaście osób. A tych niedziel było kilka. Nikt jej nie płacił. Nikt jej nie kazał. Po prostu uznała, że tak trzeba.

Kolega z pracy dzwoni po latach, bo zobaczył wiadomość na WhatsAppie. Ktoś z kursu chirurgii ręki w Bukareszcie nagle staje się częścią tej historii. Znajomi z gier fabularnych rozsyłają informacje po swoich światach – tych wirtualnych i tych całkiem realnych. Babcia Henia nie płacze bezradnie. Działa.

ANNA GOŁĘBICKA
EKONOMISTKA, STRATEG
KOMUNIKACJI I ZARZĄDZANIA



Dzwoni, mobilizuje, przypomina. Wie, jak wiele od tego zależy.

A równolegle toczy się codzienność – ta najtrudniejsza do uniesienia. Ktoś odbiera starsze dzieci ze szkoły. Ktoś przysyła zakupy: zwykajne – szynkę, ser. Ktoś pamięta o rzeczach, o których łatwo zapomnieć, gdy świat się wali: pampersy, płyn do prania, szampon. Sąsiedzi gotują Heniowi rosółki. Ktoś podwozi paczki. Ktoś inny przywozi uśmiech. I nagle pojawiają się zebra i lew z „Pingwinów z Madagaskaru”, wysłane tego samego dnia, bo ktoś usłyszał, że mały pacjent właśnie to lubi. W tym jednym geście jest więcej medycyny niż w niejednym podręczniku.

Ta historia pokazuje coś, o czym często zapominamy: ludzie naprawdę chcą być dla siebie dobrzy. Potrafią się zorganizować, zaufać, poruszyć niebo i ziemię – bez konkursów, rozporządzeń i punktów edukacyjnych. Pokazuje też, że lekarze, którzy na co dzień pomagają innym, mają prawo powiedzieć: „potrzebuję”. A kiedy to zdanie w końcu pada, dzieje się coś niezwykłego. Świat odpowiada.

Słyszymy te opowieści jedna po drugiej. Kolejna jest jak iskra. Ktoś nazwał to „paliwem raketowym dla morale” – i trudno o lepsze określenie. Bo nagle okazuje się, że pod warstwą zmęczenia, frustracji, systemowych absurdów jest coś jeszcze.

Coś trwałego. Jarek Biliński, Łukasz Jankowski i inni, którzy kiedyś walczyli o rezydentów, teraz włączają się do pomocy Heniowi.

Ta historia ma też swoją cichą, nieco gorzką puentę. Bo kiedy patrzy się na setki ludzi – sąsiadów, znajomych, lekarzy, przypadkowych przechodniów – trudno nie pomyśleć: jakie to piękne. I jak bardzo szkoda, że nie żyjemy tak na co dzień. Ze potrzebna jest choroba dziecka, żebyśmy przypomnieli sobie, jak być razem. Ze dopiero wtedy znajdujemy czas, uważność, odwagę, żeby podejść do drugiego człowieka i powiedzieć: „pomogę”.

A przecież moglibyśmy częściej. Może nie od razu w skali ogólnopolskiej akcji. Może zaczynając od telefonu, drobnego gestu. Od tego symbolicznego rosółki, który czasem znaczy tak wiele. Bo jeśli ta historia czegoś uczy, to nie tylko tego, że w trudnych chwilach potrafimy być wspaniali. Uczy też, że wielką stratą byłoby zostawić tę wersję siebie tylko na czas kryzysu. I że warto być dobrym lekarzem. A jeszcze bardziej dobrym człowiekiem. ●



◀ <https://www.siepomaga.pl/henio-ostaszewski>

FELIETON

Rozmowa z dziewiętnastolatkiem

Po latach pracy w zawodzie wraca pytanie, czy z młodzińcych deklaracji i ideałów zostało coś więcej niż tylko wspomnienie. Między pierwszoroczną naiwnością a doświadczeniem codzienności rozciąga się droga, na której łatwo pomylić dojrzałość z rezygnacją.

Kilka dni temu obejrzałem brytyjski film dokumentalny „63 Up”. Idea tego rozłożonego na dziesięciolecia projektu jest zachwycająca w swojej prostocie. Na początku lat sześćdziesiątych ekipa BBC sfilmowała kilkanaścioro siedmiolatków. Dzieciom zadawano proste pytania: co lubią, o czym marzą, jaki zawód chciałyby wykonywać, co najbardziej ich smuci. Chłopaków pytano, co sądzą o dziewczynach, i vice versa. Do małych bohaterów wrócono z kamerą po siedmiu latach i podobne pytania zadano im w wieku lat czternastu, opowiedziano też o tym, co najważniejszego wydarzyło się w ich życiu. Po kolejnych siedmiu latach odwiedziono ich znowu i powtarzano to aż do 2019 r., kiedy bohaterowie mieli lat sześćdziesiąt trzy.

Co siedem lat widzowie BBC otrzymywali film o losach śledzonych przez siebie postaci, zakrętach życiowych, smutkach i radościach, o tym, jak zmienia się ich myślenie o życiu i świecie. Nie są to historie, które można uznać za spektakularne – nikt z bohaterów nie zrobił oszałamiającej kariery ani też nie zsunął się w otchłań nałogu czy przestępczości.

Obserwujemy historię chłopca, który miał ambicję zostać wybitnym dżokejem; po kilkudziesięciu latach jest jednak taksówkarzem narzekającym na skutki Brexitu i platformy umożliwiającej tanie przejazdy. Jest i mężczyzna, który w młodości interesował się nauką, ale wielkich odkryć nie dokonał; został jednak wykładowcą na całkiem niezłym uniwersytecie. Jest

JAKUB SIECZKO
ANESTEZJOLOG



adwokat, urzędniczka, ktoś grający do kotleta. Nie wszyscy dożyli do emerytury, nie wszyscy cieszą się też dobrym zdrowiem – ktoś ma nowotwór, inny przez lata zmagał się z problemami natury psychiatrycznej. Bardzo różnie układało się też bohaterom życie osobiste – niektórzy przeżyli kilkadziesiąt lat w jednym, wydaje się, szczęśli-

Może przez te lata realizm zaczęliśmy mylić z cynizmem? A może ten naiwny dziewiętnastolatek, którym kiedyś byliśmy, wciąż ma nam coś ważnego do powiedzenia?

wym małżeństwie; inni spokojnie w tej sferze zaznać nie mogą – czasem mają jeszcze na to nadzieje, czasem zupełnie nie. Na koniec Michael Apted, reżyser towarzyszący bohaterom od 1977 r. (kiedy

powstało „21 up”), zadaje każdemu jedno pytanie: „Gdy patrzysz na to siedmioletnie dziecko na ekranie, to czy uważasz, że w tak małym człowieku możemy zobaczyć to, kim będzie jako dorosły?”.

O tym ciekawym i ważnym pytaniu pomyślałem, myśląc o moich koleżankach i kolegach, z którymi dwadzieścia trzy lata temu rozpocząłem lekarskie studia w ówczesnej Akademii Medycznej w Warszawie. Niewiele mam z nimi kontaktu – poszliśmy w różne strony, ale pamiętam nas, studentów pierwszego roku, przy rozwodnionym piwie rozmawiających o tym, jak widzimy swoją zawodową przyszłość, jakimi lekarzami chcielibyśmy być, jakie przyświecają nam zasady, żeby nie powiedzieć ideały.

Oczywiście do tych myśli można się dziś głównie uśmiechać, bo charakteryzowała nas, myślę po czasie, dość uroczą młodzińcza naiwność połączona z paraliżującym lękiem przed egzaminem końcowym z anatomii. Zdanie go wydawało się nam prawdopodobnie

► Czasem warto zobaczyć o co nam chodziło na samym początku drogi, którą kroczyliśmy od lat



foto: gpointstudio/freepik.com

największym osiągnięciem dostępnym przedstawicielowi gatunku *homo sapiens*, a studenci czwartego czy piątego roku jawili się jako weterani, którym należy stawiać pomniki.

Potem wydarzyło się tak zwane życie, czyli zaskakująco szybko upływające lata studiów, staże, specjalizacje, śluby, u niektórych doktoraty, u innych dzieci, u jeszcze innych rozwody, u każdego zaś bez wyjątku tysiące godzin dyżurowych, tysiące pacjentów, nadzieje, frustracje, małe i większe kariery. Nikt z mojej studenckiej grupy nie został profesorem, kierownikiem kliniki, konsultantem krajowym, rokrocznie nie znajduję też nikogo z nas na liście stu najbardziej wpływowych postaci polskiej medycyny. Ale kiedy czasem spotykam tych nie bardzo wpływowych, ale zaskakująco dorosłych ludzi, których pamiętam jako chudych i przestraszonych studentów w za dużych fartuchach, słyszę od każdego i każdej, że w sumie jest dobrze. Że się żyje, każdy znalazł swoje poletko i je sobie orze. Młodzieńczego idealizmu ani naiwności na pierwszy ani drugi rzut oka już u nikogo nie widać, ale chyba wszyscy zostaliśmy całkiem przyzwoitymi lekarzami, a to już coś.

Zastanawiam się za to czasami, że gdyby w studenckim klubie Medyk, gdzie, jak wydaje mi się po latach, jednak chrczili piwo, ktoś postawił ponad dwadzieścia lat temu ukrytą kamerę i nagrał nasze ówczesne rozmowy – jak patrzylibyśmy na siebie dzisiaj? Pewnie raz po raz wybuchalibyśmy gromkim śmiechem, słysząc nasze idealistyczne wynurzenia i zestawiając je z szarą, czasem ponurą, rzeczywistością polskiej ochrony zdrowia, której zdecydowaliśmy oddać najlepsze lata swojego życia. Może jednak zrobiłoby się któremuś lub którejś z nas nieco gorzko? Może pomyślelibyśmy, że przez te lata realizm zaczęliśmy mylić z cynizmem? Ze z płomiennych deklaracji, iż „będziemy lekarzami, dla których najważniejszy jest pacjent”, została już w zasadzie wydmuszka? Bo choć to hasło pewnie nadal powtarzamy jak mantrę, może tak naprawdę niejeden i niejedna z nas zatracili się w rozgrywkach i konfliktach personalnych, które przecież towarzyszą polskiemu lekarzowi od pierwszego dnia specjalizacji?

Wreszcie – jak nasze plany zawodowe z roku 2003 mają się do nas – praktykujących lekarzy 2026 r. Tu akurat mogę mówić o sobie: na pierwszym roku studiów miałem być pediatrą, dziś pracuję prawie wyłącznie z dorosłymi.

Co wreszcie my, już po czterdziestce, powiedzielibyśmy tym pierwszorocznikom? Jakiej rady udzielili? Chyba przede wszystkim takiej, żeby aż tak się tymi medycznymi studiami nie przejmowali – będzie dobrze. Pozdajecie te kolokwia i egzaminy, porobicie te specjalizacje. A o co oni mogliby spytać nas? Czy niektóre z tych pytań nie byłyby może bolesne i trudne? Ile z nich w nas zostało? A może ten płomienny, niezający życia, uroczony naiwny dziewiętnastolatek może nas nauczyć czegoś bardzo cennego? Może warto czasem zobaczyć, kim byliśmy i o co nam chodziło na samym początku tej drogi, którą, często już nieco zmęczeni, kroczyliśmy od lat? ●

Napisz do autora:
sieczo.gazetalekarska@gmail.com

NOWE TECHNOLOGIE

Seria cyberataków na placówki medyczne

BEATA KWIATKOWSKA

Polskie szpitale coraz częściej trafiają na celownik cyberprzestępców. Niejednokrotnie to nie sprzęt medyczny, lecz systemy IT decydują o ciągłości leczenia.

Jest środek dyżuru na oddziale ratunkowym. Nagle ekrany komputerów zamiast wyników badań i kart zleceń wyświetlają komunikat o zaszyfrowaniu plików oraz żądaniu okupu. Telefony w dziale IT urywają się, a lekarze z niedowierzaniem patrzą na białe plamy w elektronicznej dokumentacji medycznej. Szpital właśnie został sparaliżowany.

To nie scenariusz filmowy, lecz rzeczywistość polskich placówek medycznych. Tylko od 7 do 31 marca tego roku odnotowano aż cztery ataki ransomware, w wyniku których mogło dojść do kradzieży wrażliwych danych tysięcy pacjentów.

TRYB PAPIEROWY

Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital Zespolony w Szczecinie, Bonifraterskie Centrum Medyczne, Centrum Medyczne „Eskulap” w Raciborzu oraz Świętokrzyskie Centrum Rehabilitacji w Czarnieckiej Górze – oto lista ofiar cyberataków z marca 2026 r. Jak wynika z informacji udzielanych przez placówki, każda z nich padła ofiarą ataku ransomware, czyli wykorzystania złośliwego oprogramowania w celu zaszyfrowania danych i zablokowania dostępu do systemów IT. Istnieje również wysokie ryzyko, że przestępcy wykradli wrażliwe dane pacjentów, co może prowadzić do ich późniejszego nieuprawnionego wykorzystania czy sprzedaży na czarnym rynku.

Placówki zgłosiły incydenty do odpowiednich służb (m.in. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych i CERT Polska) oraz wdrożyły procedury awaryjne, w tym przejście na papierowy tryb pracy, co wydłużyło czas wykonywania procedur medycznych i administracyjnych. Ponadto szpital w Szczecinie

zwrócił się również do pacjentów z prośbą o kierowanie się do innych placówek.

Przywracanie sprawności w tej jednostce wymagało wsparcia Wojsk Obrony Terytorialnej. Jak czytamy w komunikacie WOT, działania obejmowały ponad 1000 stacji roboczych, 140 resetów haseł i ponad 200 drukarek, a także reinstalację systemów, aktualizacje i działania w domenie. Szpital wrócił do normalnego funkcjonowania po miesiącu od wykrycia incydentu.

Brak dostępu do systemów medycznych oznacza dziś nie tylko chaos organizacyjny, ale realne ryzyko dla bezpieczeństwa pacjentów

W ocenie Centralnego Biura Zwalczania Cyberprzestępczości (CBZC) za ataki mogą odpowiadać różne grupy. Choć placówki zapewniają, że nie doszło do bezpośredniego zagrożenia zdrowia i życia, powtarzalność tych zdarzeń stawia pytanie o bezpieczeństwo systemu ochrony zdrowia w Polsce.

SZPITAL – CEL IDEALNY

Według sprawozdania o stanie cyberbezpieczeństwa Polski za rok 2025 sektor ochrony zdrowia był jednym z najczęściej atakowanych obszarów gospodarki, a ataki typu ransomware generowały w nim wysokie straty operacyjne. Centrum e-Zdrowia (CSIRT CeZ) odnotowało 1441 incydenty, co oznacza wzrost

o 40 proc. w stosunku do roku poprzedniego. To efekt cynicznej kalkulacji przestępców wykorzystujących trzy kluczowe słabości szpitali.

Pierwszą z nich jest wartość danych. Dokumentacja medyczna, zawierająca pełne dane osobowe i historię chorób, jest niezwykle pożądana na czarnym rynku jako narzędzie do wyludzeń czy szantażu.

Kolejny aspekt to konieczność utrzymania ciągłości operacyjnej – niska tolerancja na przestój i presja ratowania życia sprawiają, że placówki medyczne są bardziej skłonne do szybkiego płacenia okupu.

Wreszcie kwestia złożoności infrastruktury. Współczesny szpital to technologiczny labirynt złożony z setek stacji roboczych, urządzeń i systemów HIS, RIS, PACS, często opartych na przestarzałym oprogramowaniu. Każda aplikacja to dodatkowe konta oraz punkty logowania i jednocześnie kolejne luki podatne na ataki.

Co więcej, błyskawiczna cyfryzacja usług takich jak e-recepty czy e-skierowania wyprzedziła rozwój procedur ochrony. Wiele placówek boryka się z niską dojrzałością cyfrową, długim technologicznym oraz brakami kadrowymi w działach IT, co wynika bezpośrednio z wieloletnich ograniczeń budżetowych.

CICHY ATAK, DOTKLIWE SKUTKI

Najgroźniejsze ataki to zaplanowane, „ciche” i długofalowe operacje, zaczynające się od phishingu lub wykorzystania haseł z wycieków.

Wyobraźmy sobie taką sytuację: lekarz otrzymuje e-mail wyglądający

SYSTEMOWE WSPARCIE DLA PODMIOTÓW MEDYCZNYCH

Ministerstwo Zdrowia oraz Ministerstwo Cyfryzacji przygotowują pakiet rozwiązań finansowych i organizacyjnych mających na celu nadrobienie długu technologicznego oraz zniwelowanie braków kadrowych w IT i cyberbezpieczeństwie. Kluczowym źródłem finansowania są środki z KPO przeznaczone na modernizację infrastruktury, audyty bezpieczeństwa oraz szkolenia personelu. Dodatkowo wspierany jest rozwój Centrum e-Zdrowia (CSIRT CeZ), co ma usprawnić systemowe zarządzanie kryzysowe w całym sektorze.

Pomoc finansowa – dostępna zarówno dla placówek publicznych, jak i prywatnych – jest ściśle powiązana z wdrażaniem konkretnych, rekomendowanych standardów ochrony. Priorytetem jest eliminacja czynnika ludzkiego jako głównej przyczyny incydentów, co ma nastąpić poprzez obowiązkowe wprowadzenie MFA, monitorowanie logowań oraz regularne testowanie kopii zapasowych.

jak wiadomość z działu kadr, klika w link i loguje się na stronie, która do złudzenia przypomina system szpitalny. W tym momencie haker przejmuje jego login i hasło. Nawet stosowanie metod uwierzytelniania wielokładnikowego (MFA), np. kodów SMS czy aplikacji OTP (generujących jednorazowe kody), nie gwarantuje bezpieczeństwa – ataki typu Adversary-in-the-Middle pozwalają atakującym przechwycić sesję w czasie rzeczywistym i ominąć te zabezpieczenia.

Podszywając się pod pracownika, napastnik tygodniami mapuje sieć i lokalizuje kopie zapasowe, nie uruchamiając alarmów. Przygotowuje w ten sposób grunt pod ostateczny cios, np. atak ransomware. Warto przywołać przypadek ataku na szpital MSWiA w Krakowie – incydent został zgłoszony 8 marca 2025 r., ale w wyniku śledztwa wykryto ślady podejranych działań datowanych nawet na październik 2023 r. Wektorem ataku prawdopodobnie było nieaktualizowane urządzenie sieciowe, a przełamanie zabezpieczeń umożliwiły zbyt proste hasła oraz błędna konfiguracja, pozwalająca na wielokrotne próby logowania.

Taki paraliż cyfrowy staje się realnym zagrożeniem klinicznym. Brak dostępu do

dokumentacji medycznej pozbawia lekarzy kluczowych informacji o pacjentach i wymusza pracę w trybie papierowym, co drastycznie zwiększa ryzyko błędów medycznych. Może to prowadzić do odwoływania zabiegów czy przekierowywania karettek do innych placówek, a równoległy wyciek danych wrażliwych naraża szpital na potężne konsekwencje prawne i utratę zaufania społecznego.

NOWY STANDARD OCHRONY

Centrum e-Zdrowia wylicza trzy kluczowe trendy zagrożeń: nasilający się phishing (podszywanie się pod NFZ lub placówki medyczne), luki wynikające z braku aktualizacji systemów oraz naruszenia poufności i przejścia kont spowodowane słabymi hasłami oraz brakiem MFA.

Eksperti zgodnie wskazują, że tradycyjni zabezpieczenia – takie jak zapory sieciowe – zawodzą w starciu z napastnikiem posługującym się skradzionym loginem pracownika, a główną przyczyną incydentów pozostaje czynnik ludzki.

Fundamentem staje się uwierzytelnianie odporne na phishing (phishing-resistant MFA) w standardzie FIDO2, oparte na kryptografii i fizycznych kluczach bezpieczeństwa – nawet jeśli pracownik poda hasło na fałszywej stronie, atakujący nie zdoła go użyć bez fizycznego tokena. Dla personelu oznacza to koniec ery hasel, a dla dyrekcji skuteczną ochronę systemów bez ich kosztownej wymiany.

FIDO2 i passkeys całkowicie eliminują możliwość przejścia dostępu, pozwalając na wprowadzenie najwyższego poziomu ochrony tożsamości bez generowania przestojów operacyjnych. Potwierdzają to m.in. doświadczenia z wdrożeń w sektorze bankowym i ubezpieczeniowym.

Skuteczna strategia cyberbezpieczeństwa wykracza jednak poza sam moment logowania. Eksperti zalecają wdrożenie modelu Zero Trust (ciągłej weryfikacji dostępu) oraz segmentację sieci, która izoluje krytyczne systemy medyczne od komputerów z dostępem do internetu, ograniczając pole manewru atakujących.

Kluczowe dla odporności szpitala są również stały monitoring

logowań w celu wykrywania anomalii, zanim przerodzą się w pełnoskalowy atak, a także systematyczne tworzenie i testowanie kopii zapasowych offline – jedyna gwarancja odzyskania danych bez konieczności płacenia okupu. Technologię musi wspierać ciągłe budowanie świadomości personelu, stanowiące zaporę przed socjotechniką (manipulacją).

OBOWIĄZKI USTAWOWE

Unijna dyrektywa NIS2 oraz jej implementacja do polskiego porządku prawnego poprzez nowelizację ustawy o krajowym systemie cyberbezpieczeństwa (UKSC) nakładają na szpitale status podmiotów kluczowych, z którym wiąże się szereg obowiązków. Najważniejszą zmianą dla kadry zarządzającej jest wprowadzenie osobistej odpowiedzialności finansowej i prawnej za zaniedbania w obszarze IT.

Nowe przepisy obligują placówki medyczne do wdrożenia kompleksowych środków zarządzania ryzykiem, wykraczających daleko poza standardowe procedury IT. Ustawodawca kładzie szczególny nacisk na trzy filary: bezpieczeństwo łańcucha dostaw, ciągłość działania oraz stosowanie zaawansowanych metod kryptografii i uwierzytelniania.

Dyrektywa kładzie ogromny nacisk na konieczność ochrony procesu logowania. Tożsamość użytkownika stała się nową linią obrony, której szczelność będzie rygorystycznie weryfikowana przez organy nadzorcze. Wprowadzenie nowoczesnych mechanizmów uwierzytelniania odpornych na phishing jest zatem niezbędny krokiem w stronę zgodności z regulacjami.

Z operacyjnego punktu widzenia szpitale muszą teraz m.in. regularnie przeprowadzać audyty, raportować incydenty w ciągu 24–72 godzin od ich wykrycia oraz zapewniać ciągłość leczenia nawet w trakcie trwającego ataku. W tym otoczeniu prawnym cyberbezpieczeństwo staje się nieodłącznym elementem zarządzania jakością i ciągłością działania placówek. ●

Beata Kwiatkowska jest Business Development Officer w Secfense, polskiej firmie z branży cyberbezpieczeństwa.

Jak lepiej rozmawiać podczas wizyty i teleporady

Zespół Rady NIL IN – Sieci Lekarzy Innowatorów opracował dwa poradniki poświęcone komunikacji w czasie wizyt stacjonarnych i teleporad – jeden dla lekarek i lekarzy, drugi dla pacjentek i pacjentów. Publikacje łączą praktyczne wskazówki komunikacyjne z realiami pracy klinicznej, wymogami prawnymi i zasadami organizacji świadczeń.

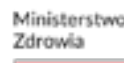
Poradnik dla lekarzy porządkuje dobre praktyki prowadzenia konsultacji: od przygotowania do wizyty, przez budowanie poczucia bezpieczeństwa, poszanowanie poufności i jasne wyjaśnianie planu leczenia, po zasady dokumentacji oraz teleporady, w tym weryfikacji tożsamości i oceny, kiedy konieczne jest badanie fizykalne. Z kolei poradnik dla pacjentów pokazuje, jak przygotować informacje o objawach, lekach i dokumentacji medycznej, jak precyzyjnie opisywać problem zdrowotny, zadawać pytania i upewniać się, że zalecenia są dobrze zrozumiane. To praktyczne narzędzia, które mają pomóc w sprawniejszej diagnostyce, lepszym zrozumieniu zaleceń i budowaniu partnerskiej relacji w procesie leczenia. Obejmują zarówno wizytę w gabinecie, jak i przygotowanie do teleporady.



◀ „Poradnik prowadzenia wizyt i teleporad dla lekarek i lekarzy”



◀ „Poradnik dla pacjentki i pacjenta. Przygotowanie do wizyty z lekarzem i lekarką”



Wydrukuj



Przed udzieleniem teleporady – lista kontrolna

- Sprawdź sprzęt (słuchawki/mikrofon), jakość połączenia, dostęp do EHR i e-recept/e-skierowań.
- Zapewnij prywatne miejsce (brak osób postronnych, wyciszenie).
- Zweryfikuj tożsamość pacjenta lub opiekuna na początku rozmowy.
- Zbierz szczegółowy wywiad uzupełniony przez wyniki pomiarów/testów wykonane przez pacjenta.
- Zwróć uwagę na objawy alarmowe i w razie ich wystąpienia pokieruj pacjenta do właściwej opieki.
- Zakończ teleporadę podsumowaniem, sprawdź, czy pacjent wszystko zrozumiał, omów, co robić w sytuacjach nagłych, i odnotuj wszystko w dokumentacji.



Komunikacja z pacjentem

- Używaj **języka dostosowanego do poziomu wiedzy** pacjenta.
 - Unikaj nadmiaru terminów medycznych, a jeśli są konieczne - krótko je wyjaśnij.
 - Stosuj parafrazę w trakcie wywiadu.
 - Upewnij się, że dobrze rozumiesz pacjenta, a pacjent rozumie przekazywane informacje.
- Po przekazaniu zaleceń **poproś pacjenta o powtórzenie** planu postępowania własnymi słowami.
 - Formułuj zalecenia jasno, konkretnie i w sposób możliwy do zastosowania w praktyce.

Zachowuj **spokojny, życzliwy i nieoceniający** sposób komunikacji, także wtedy, gdy pacjent jest zdenerwowany, roszczeniowy lub nieufny.

SAMORZĄD LEKARSKI

*tylko guziki nieugięte
potężny głos zamilkłych chórów
tylko guziki nieugięte
guziki z płaszczy i mundurów*
[Zbigniew Herbert]

Poemat katyński

JAROSŁAW WANECKI

13 kwietnia zadzwonił telefon. Ładysław Nekanda-Trepka w Dniu Pamięci Ofiar Zbrodni Katyńskiej zapytał, nie po raz pierwszy zresztą, czy ośrodek, którym kieruję, nie powinien opowiedzieć historii lekarzy zamordowanych przez NKWD. Najlepiej w formie wystawy ze zdjęciami i biogramami albo chociaż artykułu w „Gazecie Lekarskiej”. Zamilkłem na chwilę, zawstydzony faktem, że znów zabrakło nam czasu, pomysłu i determinacji.

Zajrzałem do archiwum i z ulgą odnalazłem tekst Mieczysława Dziedzica z 2020 r., opisujący mord 22 tys. polskich jeńców wojennych, wśród których byli lekarze wojskowi i cywilni. Przetrzymany po 17 września 1939 r. w ośmiu obozach, wierzyli do końca, że wrócą do rodzin i służby chorym. Według źródeł było ich około pięciuset. Tylko nieliczni przeżyli, ale mimo kwerend nikt potrafi zamknąć list zabitych strzałem w tył głowy.

2 sierpnia 1941 r. władze niemieckie uzyskały wiadomość o masowych grobach w okolicach Katynia. Pierwsze informacje o zbrodni przekazane przez mieszkańców pozostały jednak bez echa. W marcu 1942 r. w ziemi z odnalezionymi mogiłami pod osłoną nocy wbito dwa symboliczne krzyże. Dopiero klęska pod Stalingradem skłoniła propagandę III Rzeszy do próby skłócenia aliantów poprzez ujawnienie eksterminacji polskich oficerów przez Związek Radziecki. Rozpoczęły się wówczas ekshumacje i badania kryminalistyczne prowadzone przez prof. płk. Gerharda Buhtza, o których świat dowiedział się 13 kwietnia 1943 r. z Radia

Berlin. Niedługo trzeba było czekać na stalinowskie oświadczenie, przerzucające odpowiedzialność za zbrodnię na „faszystowskich katów”, co dało początek kłamstwu katyńskiemu i dziesiątkom lat walki o prawdę, pamięć i godne honorowanie ofiar. „Decyzję katyńską” po pięćdziesięciu latach zaprzeczeń potwierdził Michaił Gorbaczow, ale wiele kwestii nadal nie zostało wyjaśnionych, czemu nie sprzyjają narastające napięcia w stosunkach polsko-rosyjskich.

Wertując stronę Instytutu Pamięci Narodowej i „Słownik biograficzny lekarzy i farmaceutów ofiar drugiej wojny światowej”, wydany w pięciu tomach przy udziale Naczelnej Izby Lekarskiej i we współpracy z Polskim Towarzystwem Lekarskim, szukałem klucza do pamiętkowego wpisu i wciąż natrafiałem na trudności w ocenie skali zbrodni z podziałem na poszczególne grupy zawodowe, w tym lekarzy i lekarzy dentystów. Po kilku godzinach wiedziałem, że ani moja wiedza, ani ograniczony czas nie pozwolą przygotować

materiału, o jaki prosił Ładek. I wtedy przypomniałem sobie „Poemat katyński” Zbigniewa Kostrzewy, łowickiego laryngologa, założyciela Muzeum Guzików i poety z Unii Polskich Pisarzy Lekarzy, który na kilku stronach swojego tomiku sprzed 20 niemal lat pożegnał się z ojcem zamordowanym w Starobielsku. I postanowiłem, że jeden fragment stanie się początkiem przygotowań do wystawy, którą prędzej czy później przy Sobieskiego 110 odsłonimy, pisząc we wstępie katalogu:

*I przyszedł czas.
Tyle lat czekała cisza
żeby odkopać kłamstwo
i odsłonić całą prawdę
aż do kości białej
dowody rzeczowe
czaszki z dziurami w potylicy*

Rozchylił się las nad mogiłą

*Lista obecności pomordowanych
Litania nazwisk (...)
Jeszcze wszyscy nie policzeni*

NIL NA SZYBKO

Na NFZ za rok, prywatnie od ręki

Płatnik nadużywa swojej monopolistycznej pozycji, a efektem tych działań jest cierpienie pacjentów i kłopoty szpitali.

JAKUB KOSIKOWSKI
RZECZNIK NACZELNEJ IZBY
LEKARSKIEJ



Kwiecień upłynął w Polsce pod znakiem limitów. Bo tak trzeba określić to, co zrobił NFZ. W związku z płaceniem 50 proc. za nadwykonania w CT/MR i 60 proc. w endoskopii wiele ośrodków w Polsce po prostu przestało wykonywać te badania ponad limit. Efekt do przewidzenia – kolejki wydłużyły się, w rekordowych miejscach nawet o 700 dni, a piszę te słowa pod koniec kwietnia. W kolejce czekają rozporządzenia dotyczące leczenia szpitalnego – załmy i wizyt niepięćszorazowych w AOS. Nie wiem, dlaczego rząd na rok przed wyborami postanawia przywrócić zasadę „na NFZ za rok, prywatnie od ręki”. Tylko pacjentów szkoda. Samorząd skierował skargę do UOKiK na działania NFZ. Uważamy, że tak daleko idące zmiany, wprowadzane szybko i bez uprzedzenia, jak np. 25 proc. kary za medianę wizyt pierwszorazowych, uniemożliwiają zarządzanie placówkami medycznymi i planowanie leczenia pacjentów. Najszym zdaniem NFZ nadużywa swojej pozycji na rynku, w wyniku czego po prostu ucierpią nasi pacjenci.

Sytuacja jest tak zła, że protestują... szpitale. Bo dla wielu szpitali

powiatowych utrata pacjentów i – mówiąc wprost – zarobku na „nielimitach” oznacza ryzyko niewypłacalności. 23 kwietnia odbyło się w warszawskiej siedzibie NIL spotkanie z dyrektorami medycznymi szpitali. Miało charakter roboczy i było próbą wypracowania wspólnych działań na rzecz ratowania systemu publicznego. Aby móc merytorycznie odnieść się do problemów spowodowanych przez limity, potrzebujemy rzetelnych informacji. Jeśli w waszym ośrodku terminy na ograniczane badania ogromnie się wydłużyły, prześlijcie mi taką informację na adres jakub.kosikowski@nil.org.pl.

Na koniec dwie informacje: od 17 kwietnia rozszerzony został zakres ubezpieczeń dla lekarzy w PZU, z którym współpracuje samorząd. Zachęcamy Państwa do sprawdzenia preferencyjnych warunków. Przypominam też, że w dniach 26-30 sierpnia w Cetniewie odbędą się XXIII Igrzyska Lekarskie. Zapisy wystartowały pod linkiem www.igrzyska.nil.org.pl •

O TYM SIĘ MÓWI

Błędy medyczne

WNIL odbyło się śniadanie prasowe poświęcone prezentacji wyników raportu dotyczącego zastosowania podejścia Human Factors w analizie procesów klinicznych. Wydarzenie zgromadziło przedstawicieli środowiska medycznego, ekspertów i przedstawicieli instytucji publicznych. „To badanie pokazuje, iż problem błędów medycznych nie jest problemem pojedynczego profesjonalisty medycznego, tylko systemu. W analizie 78 proc. hospitalizacji zawierało sygnały ryzyka, które co prawda nie prowadziły do szkody, ale mogły ją wywołać. To dokładnie ten obszar, którym powinna zajmować się ustawa *no fault* – zapobieganie, a nie karanie” – mówił dr n. med. Łukasz Jankowski, prezes NRL.

NIL o monopolu NFZ

NIL skierowała do prezesa UOKiK dwa wnioski o wszczęcie postępowania antymonopolowego wobec NFZ. W pierwszym wskazuje na wprowadzenie przez Fundusz współczynnika 0,75 w rozliczaniu świadczeń AOS, uzależnionego od struktury udzielanych świadczeń. Mechanizm ten może prowadzić do ograniczania konkurencji oraz wpływać negatywnie na dostępność świadczeń dla pacjentów. Drugi wniosek dotyczy wprowadzenia kolejnych współczynników obniżających wycenę świadczeń po przekroczeniu limitów określonych w umowach z NFZ – m.in. do poziomu 0,5 dla badań tomografii komputerowej i rezonansu magnetycznego oraz 0,6 dla badań endoskopowych. Rozwiązania te mogą prowadzić do pogorszenia sytuacji finansowej placówek oraz ograniczenia dostępności diagnostyki.

Dane medyczne

Wsiedzibie PAP odbyła się debata poświęcona premierze raportu „Mapa źródeł danych medycznych w Polsce” – pierwszego kompleksowego opracowania porządkującego obszar danych w systemie ochrony zdrowia. W debacie udział wzięli przedstawiciele instytucji publicznych, środowiska lekarskiego oraz eksperci rynku zdrowia, w tym

m.in. prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych Mirosław Wróblewski, wiceprezes Naukowej Fundacji Polpharmy Krzysztof Kurowski, dyrektor Ośrodka Przetwarzania Informacji – PIB Jarosław Protasiewicz oraz sekretarz Naczelnej Izby Lekarskiej Grzegorz Wrona. Raport odpowiada na pytania, jakimi danymi medycznymi realnie dysponuje polski system ochrony zdrowia i jak mogą one wspierać pacjentów, lekarzy i naukę. W pracach nad jego stworzeniem uczestniczył prezes NRL Łukasz Jankowski oraz Filip Pawliczak, członek NRL, kardiolog.

Pilotaż w Bielsku-Białej

Koalicja na rzecz Zdrowia Jamy Usstnej zainauguowała w Bielsku-Białej pilotażowy program edukacyjny skierowany do przedszkoli i uczniów klas I–III szkół podstawowych w województwie śląskim. Choroby jamy usstnej wpływają bowiem nie tylko na zdrowie fizyczne, ale także na samoocenę dzieci, ich relacje rówieśnicze i codzienne funkcjonowanie. – Profilaktyka stomatologiczna to jedna z najbardziej opłacalnych inwestycji w zdrowie społeczeństwa. Wczesna edukacja pozwala uniknąć bólu, powikłań i kosztownego leczenia w przyszłości. NIL wspiera i promuje wszelkie postawy i inicjatywy związane z tematyką profilaktyki prozdrowotnej, zwłaszcza w zakresie zdrowia jamy usstnej – podkreślił Paweł Barucha, wiceprezes NRL podczas konferencji w Beskidzkiej Izbie Lekarskiej.

Nowe biuro NROZ i NSL

Po dwóch latach od podjęcia uchwały NRL o zakupie dodatkowej przestrzeni biurowej przy siedzibie NIL szef samorządu lekarskiego Łukasz Jankowski wraz z wiceprezesem NRL Klaudiuszem Komorem, który z ramienia rady koordynował prace remontowe, oraz przewodniczącym Naczelnego Sądu Lekarskiego Jackiem Miarką i Naczelnym Rzecznikiem Odpowiedzialności Zawodowej Zbigniewem Kuzyszynem uroczystie otworzyli nowe biuro NROZ i NSL. – Bardzo się cieszę, że możemy tu być. Odkąd zostałem członkiem Naczelnej Rady Lekarskiej, pamiętam, że wskazywano na potrzebę

zorganizowania nowej przestrzeni dla NROZ i NSL. Sędziowie i rzecznicy wykonują trudną pracę i zasługują na to, by swoje obowiązki pełnić w godnych, nowoczesnych i wygodnych warunkach – zaznaczył podczas otwarcia prezes NRL.

O zdrowiu jamy usstnej w PE

Lekarze eksperci dyskutowali w Parlamencie Europejskim o lukach w przepisach dotyczących regulacji spożycia cukru w UE. Podkreślali rolę lekarzy dentyków w promowaniu zdrowego trybu życia i potrzebę ograniczania narażenia społeczeństwa na czynniki ryzyka, takie jak nadmierne spożycie cukru. NIL reprezentowała dr Anna Lella, pełniącą jednocześnie funkcję wiceprezes CED. Podczas spotkania podkreślano, że cukier stanowi jedno z głównych zagrożeń dla zdrowia publicznego w Europie. Jego spożycie ponadtrzykrotnie przewyższa zalecenia WHO, co napędza epidemię utraty zębów, cukrzycy i chorób serca.

Perspektywy medycyny 2025

W Senacie RP podczas uroczystości „Nauka dla zdrowia społeczeństwa w ustanowionym przez Senat RP Roku Edukacji Zdrowotnej i Profilaktyki” ogłoszono wyniki 5. edycji prestiżowego Konkursu „Perspektywy Medycyny 2025”. Konkurs, skupiający się na promowaniu wybitnych osiągnięć w dziedzinie medycyny, uhonorował zespoły, instytucje, projekty i osoby, których praca znacząco wpływa na podnoszenie poziomu polskiej ochrony zdrowia. W kategorii instytucja – człowiek dla zdrowia Polaków kapituła konkursu doceniła prezesa NRL Łukasza Jankowskiego oraz Naczelną Izbę Lekarską w uznaniu dla kluczowej roli w reprezentowaniu interesów środowiska medycznego w organizacji systemu ochrony zdrowia w Polsce oraz sprawowaniu pieczy nad właściwym wykonywaniem zawodu lekarza i lekarza dentystry.

MÓWIĄ O NAS

Cięcia Funduszu

W rozmowie z „Gazetą Polską” prezes NRL Łukasz Jankowski komentował sprawę redukcji finansowania NFZ. „Mam poczucie, że dzisiaj komunikacja ze strony resortu tworzy pewien chaos w systemie. Raz rząd próbuje wziąć odpowiedzialność za porodówkę w Lesku, premier zabiera głos, ale nie wie, czy jest zamknięta. Z drugiej strony ministerstwo próbuje nam tłumaczyć, że to nie jest sprawa resortu. Uciekanie od odpowiedzialności to tworzenie chaosu. Kto więc odpowiada za całość? Pytając bardziej brutalnie: czy leci z nami pilot?” – mówił prezes Jankowski.

Nocna prohibicja

Na antenie Radia TOK FM Klaudiusz Komor mówił o coraz powszechniejszej praktyce wprowadzania nocnych zakazów sprzedaży alkoholu. „Kluczowa jest edukacja. Myślę, że powinniśmy dążyć do tego, żeby w ogóle wszystkimi możliwymi sposobami, nie tylko ograniczeniami, ale również odpowiednią edukacją, odpowiednią kampanią społeczną, zmierzać do tego, żeby spożycia alkoholu było jak najmniejsze” – podkreślił wiceprezes NRL.

Ograniczenia w stomatologii

Ocięciach w publicznej stomatologii na łamach portalu Infodent24.pl mówił przewodniczący Komisji Stomatologicznej i wiceprezes NRL Paweł Barucha: „Trudno jest nawet komentować to, że zasady gry próbuje się zmienić poprzez bezimienną informację rozesłaną świadczeniodawcom. To tak, jakby ktoś w drzwiach emerytów powtykał karteczki z niepodpisaną informacją, że uszczupla się zusowskie świadczenia, i to z datą wsteczną – podkreślił. ●

OŚRODEK KSZTAŁCENIA

Jak reagować na przemoc

Agresja wobec lekarzy – słowna, fizyczna i internetowa – przestaje być incydem, a staje się codziennością. O tym, jak skutecznie reagować na przemoc i dlaczego nie warto jej bagatelizować, mówi **dr hab. nauk prawnych Rafał Kubiak** z Uniwersytetu Łódzkiego i Uniwersytetu Medycznego w Łodzi w rozmowie z Lucyną Krysiak.

Jak lekarze i lekarze dentyści mają się bronić przed agresją?

Naczelna Izba Lekarska przeprowadziła ankietę wśród lekarzy, pytając, czy doznali przemocy ze strony pacjentów lub członków ich rodzin. Duży odsetek respondentów deklaruwał, że padł ofiarą agresywnych zachowań. Najczęściej przybierały one postać obrażania lekarzy, podważania ich kompetencji, ale także agresji fizycznej, której następstwem były uszkodzenia ciała – pobicia czy duszenie.

Podobne badania przeprowadziła Okręgowa Izba Lekarska w Gdańsku w 2017 r., które potwierdziły te wyniki. Niekiedy przejawy agresji kończą się dramatycznie – w ubiegłym roku w Krakowie lekarz zaatakowany nożem przez pacjenta zmarł.

Jest więc pożądane, aby pracownicy medyczni znali regulacje prawne, zwłaszcza karne, które pozwalają ścigać sprawców takich czynów, a także zapobiegać agresywnym zachowaniom. Niestety, świadomość posiadania tych narzędzi jest wśród lekarzy niska – często bagatelizują oni przemoc i nie zawiadamiają Policji, której obowiązkiem jest zapobieganie przestępstwom, wykrywanie sprawców oraz ochrona życia, zdrowia i mienia.

Zachowania sprawców mogą wyczerpywać znamiona różnych czynów zabronionych. W zależności od tego, jakie dobro lekarza zostanie naruszone, może to być przestępstwo przeciwko wolności, np. groźba karalna lub zmuszanie do określonego zachowania, albo atak na godność lekarza – także w internecie – w postaci zniesławienia czy znieważenia. Jeśli dochodzi do naruszenia zdrowia, sprawca może odpowiadać za spowodowanie uszkodzenia ciała. Z kolei w przypadku ataku na mienie, np. zniszczenia wyposażenia gabinetu czy ambulansu, zastosowanie ma art. 288 § 1 Kodeksu karnego.

Z którymi przejawami agresywnych zachowań trudniej sobie radzić?

Lekarz zaatakowany bezpośrednio może wezwać ochronę lub Policję, a także zastosować tzw. obronę konieczną, czyli odeprzeć



foto: archiwum prywatne

atak. W takiej sytuacji, nawet jeśli dojdzie do uszkodzenia ciała napastnika, lekarz może uniknąć odpowiedzialności karnej.

W przypadku hejtu internetowego trudniej ustalić sprawcę. Czyny te są ścigane w trybie prywatnoskargowym, co oznacza, że pokrzywdzony musi sam wskazać sprawcę, zebrać materiał dowodowy, sporządzić akt oskarżenia i wnieść go do sądu. Jest to trudne, zwłaszcza jeśli chodzi o ustalenie danych osobowych sprawcy. Przepisy Kodeksu postępowania karnego umożliwiają jednak skorzystanie z pomocy Policji, która dysponuje narzędziami pozwalającymi dotrzeć do administratora strony internetowej, uzyskać niezbędne informacje i na tej podstawie przygotować akt oskarżenia.

Jeśli dojdzie do znieważenia lub naruszenia nietykalności cielesnej lekarza w miejscu zatrudnienia, w określonych okolicznościach przysługuje mu ochrona taka jak funkcjonariuszowi publicznemu. Wówczas tryb ścigania zmienia się z prywatnoskargowego na publicznoskargowy – czyli z urzędu. Wystarczy zawiadomić Policję, a dalsze czynności prowadzi już oskarżyciel

◀ Uświadamianie lekarzy w zakresie przysługujących im uprawnień jest kluczowe – uważa **dr hab. nauk prawnych Rafał Kubiak**

publiczny, najczęściej prokurator. W takich przypadkach przewidziane są również surowsze sankcje, ponieważ atak dotyczy także państwa, w imieniu którego działa lekarz.

Hejt potrafi zniszczyć życie.

Lekarze wykonują zawód zaufania publicznego, dlatego rozpowszechnianie informacji oczerniających czy szkalujących może mieć poważne konsekwencje zarówno dla ich kariery zawodowej, jak i życia prywatnego. Dlatego należy podejmować działania interwencyjne i nie bagatelizować jego przejawów. Ściganie sprawców jest jednak końcem procesu rozwiązywania konfliktu między lekarzem a pacjentem. Kluczowa jest praca u podstaw – uświadamianie lekarzy w zakresie przysługujących im uprawnień oraz działania prewencyjne, polegające na informowaniu pacjentów, że agresja wobec personelu medycznego nie jest bezkarna.

4 maja 2026 r. w Ośrodku Kształcenia COBIK NIL zaplanowano szkolenie „Karnoprawna ochrona lekarza przed agresją ze strony pacjenta, również w internecie”. Czy to jednorazowa inicjatywa, czy będzie ciąg dalszy?

Szkolenie w NIL ma charakter jednorazowy, ale wnosi bardzo wiele – przybliży ramy instrumentów prawnych, którymi lekarz może się posługiwać. Pożądane byłoby jednak kontynuowanie tej tematyki w formie warsztatów organizowanych na poziomie okręgowych izb lekarskich. ●

MAJOWE SZKOLENIA W OŚRODKU KSZTAŁCENIA NACZELNEJ IZBY LEKARSKIEJ



MEDYCZNE

05.05.2026 – Astma u dzieci.

06.05.2026 – Aby życie było lżejsze – co nowego w farmakoterapii otyłości?

07.05.2026 – Jak holistycznie leczyć pacjenta z cukrzycą typu 2 – wytyczne i praktyka.

11.05.2026 – Diagnostyka miasteni i innych zaburzeń transmisji nerwowo-mięśniowej ze szczególnym uwzględnieniem metody pojedynczego włókna.

13.05.2026 – Blokady i inne metody inwazyjne w leczeniu bólu.

14.05.2026 – Niemowlę karmione piersią – czerwone flagi. Kiedy jeszcze fizjologia, a kiedy trzeba zareagować?

14.05.2026 - Choroby odkleszczowe – nowoczesne podejście do starego problemu.

15.05.2026 – Zasady wystawiania zwolnień lekarskich. Kontrola zwolnień lekarskich ZUS ZLA.

27.05.2026 – Jakich umiejętności lekarskich w zakresie leczenia stopy cukrzycowej oczekuje system opieki zdrowotnej w Polsce?

KOMPETENCJE MIĘKKIE

07.05.2026 – Wellbeing lekarza bez mitów. Co realnie działa, a co tylko brzmi dobrze – STACJONARNE.

20.05.2026 – Przeciwdziałanie wypaleniu i zmęczeniu współczuciem w opiece nad pacjentem.

29-31.05.2026 – Radzenie sobie z lękiem, stresem i budowanie odporności psychicznej – STACJONARNE.

INNOWACJE

12.05.2026 – Slop, halucynacje, mirroring – jak unikać błędów przy użyciu AI w gabinecie lekarskim?

19.05.2026 – AI – praktyczne zastosowania ogólnodostępnych narzędzi sztucznej inteligencji.

PRAWNE

04.05.2026 – Karnoprawna ochrona lekarza przed agresją ze strony pacjenta, w tym w Internecie.

18.05.2026 - Teleporada pod lupą – jak bezpiecznie leczyć na odległość w 2026 r.?

25.05.2026 - Prawne aspekty w stomatologii: strategie obrony i bezpieczne plany leczenia.

INNE

05.05.2026 – Rola pracowników ochrony zdrowia w procedurze Niebieskie Karty – nawiązywanie kontaktu i interwencja w sytuacjach przemocy – STACJONARNE.

06.05.2026 – Rola pracowników ochrony zdrowia w procedurze Niebieskie Karty – nawiązywanie kontaktu i interwencja w sytuacjach przemocy – STACJONARNE.

**Pełna oferta szkoleń oraz szczegóły dostępne na stronie
Naczelnej Izby Lekarskiej w zakładce KURSY I SZKOLENIA.**

Zapisy na szkolenia:

www.nil.org.pl/dla-lekarzy/kursy-i-szkolenia



szkolenia@nil.org.pl



(22) 559 13 00 wew. 507



Między salą operacyjną a krańcami świata

PROF. KRYSPIŃ MITURA

Czternaście szczytów, dwie kontynentalne „korony” i jedna myśl, która łączy góry z salą operacyjną: odpowiedzialność dojrzewa tam, gdzie nie ma miejsca na błąd.

Realizując projekt Double Seven Summits – jedno z najradszych przedsięwzięć eksploracyjnych we współczesnym alpinizmie – przeszedłem drogę, która połączyła doświadczenia wysokich gór z codziennością sali operacyjnej. Projekt obejmuje zdobycie najwyższych szczytów wszystkich siedmiu kontynentów (Korona Ziemi) oraz najwyższych wulkanów każdego z nich (Korona Wulkanów Ziemi). Zaledwie kilkanaście osób na świecie ukończyło oba te projekty jednocześnie. W moim przypadku była to wędrówka przez czternaście gór rozsianych po całym globie – od Himalajów po Alaskę i Antarktydę. Na najwyższych szczytach prezentowałem flagę Towarzystwa Chirurgów Polskich, traktując ten gest jako przypomnienie, że wartości fundamentalne dla pracy chirurga – precyzja, odpowiedzialność, zdolność podejmowania decyzji w warunkach presji – mają wymiar uniwersalny i pozostają aktualne niezależnie od miejsca, w którym działamy.

Chirurgię i alpinizm łączy więcej, niż mogłoby się wydawać. Obie dziedziny wymagają pracy w warunkach ograniczonych zasobów, odpowiedzialności za decyzje oraz zachowania pełnej czujności niezależnie od niesprzyjających okoliczności.

CZTERNAŚCIE SZCZYTÓW, SIEDEM KONTYNTENTÓW

Droga przez kolejne etapy projektu wymagała wieloletniego planowania logistycznego, przygotowania fizycznego, mentalnego oraz współpracy z międzynarodowymi zespołami ekspedycyjnymi. Wyprawy odbywały się



foto: archiwum prywatne

w skrajnie odmiennych warunkach klimatycznych – od strefy równikowej po Antarktydę – co wymagało adaptacji do różnorodnych zagrożeń wysokościowych i środowiskowych.

Nie był to dla mnie wyłącznie sportowy projekt. Stał się

▲ *Na bloku operacyjnym*

przestrzenią refleksji nad istotą odpowiedzialności wobec siebie, bliskich, współpracowników oraz nad podejmowaniem decyzji w sytuacjach granicznych. Wysokość



fot.: archiwum prywatne

nie wybacza błędów. Tak jak chirurgia. Na dużej wysokości decyzja dojrzewa często w ciszy, a jej konsekwencje są nieodwracalne. Na sali operacyjnej bywa podobnie – pole operacyjne staje się jedyną rzeczywistością chirurga, a każdy ruch ręki lub prowadzonego przez niego narzędzia ma olbrzymie znaczenie nawet wiele lat później.

Doświadczenia z poszczególnych kontynentów interpretuję w kategoriach wartości budujących dojrzałość zawodową chirurga.

TECHNIKA

Europa to dla mnie kontynent precyzji. Mont Blanc i Elbrus – alpejskie i kaukaskie skały i lodowce z technicznymi graniami – wymagają oszczędnych, powtarzalnych i przemyślanych ruchów. W takich warunkach technika przestaje być umiejętnością, a staje się formą

myślenia. Każdy krok musi mieć uzasadnienie. Każde wbicie czekana musi być pewne. Milimetry różnicy w pozycji kołców raków opartych o lodowe podłoże potrafi zdecydować

Góry uczą tego, czego nie widać w podręcznikach chirurgii: ciszy przed decyzją, równowagi ruchu i ciężaru odpowiedzialności

wać o równowadze, a równowaga – o bezpieczeństwie. W górach technicznych nie ma miejsca na niepotrzebne gesty. Nadmiar siły

▲ Alaska grań szczytowa

bywa tak samo niebezpieczny jak jej brak. Nauczyłem się tam ekonomii ruchu, pokory wobec materii i cierpliwości wobec własnych ograniczeń.

Technika jest konsekwencją wielokrotnie powtarzanego ćwiczenia, które z czasem staje się niemal niewidoczne. Podobnie w chirurgii technika nie jest demonstracją sprawności. Jest etyką działania, wyrazem szacunku dla tkanek i odpowiedzialności za efekt leczenia. Precyzja jest cichą formą odpowiedzialności. Nie zawsze musi być spektakularna, jednak to ona w największym stopniu decyduje o bezpieczeństwie pacjenta. To właśnie te drobne niuanse decydują



◀ Antarktyda – szczyt Sidley

do poprzedniego. Ta powtarzalność bywa trudniejsza niż sam atak szczytowy. Ciało sygnalizuje granice, umysł szuka skrótów, a warunki zewnętrzne nie oferują komfortu.

Denali wymagało ode mnie niemal miesięcznego pobytu w warunkach arktycznych i samodzielnego transportu całego ekwipunku między obozami. Wytrzymałość rodzi się w akceptacji tego procesu. Nie jest spektakularna. Jest cicha, systematyczna, konsekwentna.

W operacjach wielogodzinnych ostatni etap wymaga tej samej koncentracji co pierwszy ruch skalpela. Długotrwałe zabiegi wymagają koncentracji, która nie może osłabnąć wraz z upływem godzin. Profesjonalizm mierzy się nie tylko początkiem procedury, lecz jej zakończeniem. Alaska, ale także wyprawa na meksykański Pico de Orizaba, przypomniły mi, że prawdziwa siła nie polega na intensywności wysiłku, lecz na jego trwałości. To nie momenty szczytowe definiują drogę, ale zdolność utrzymania kierunku wtedy, gdy wydaje się, że nie ma końca.

fot.: archiwum prywatne

o równowadze na grani i o powodzeniu rekonstrukcji w polu operacyjnym.

POKORA

Przepiękne, niemal siedmiotysięczne szczyty Ameryki Południowej – Ojos del Salado w Chile i Aconcagua w Argentynie – nauczyły mnie pokory. Andy wznoszą się surowo, a wulkany przypominają, że ziemia pod stopami nie jest czymś stałym ani przewidywalnym, że doświadczenie nie zwalnia z czujności ani odpowiedzialności.

To właśnie na Aconcagui – zanim osiągnąłem szczyt – wcześniej dwukrotnie musiałem podjąć trudną decyzję o wycofaniu się z uwagi na niesprzyjające okoliczności. W praktyce chirurgicznej pokora chroni przed rutyną i nadmierną pewnością siebie. Świadomość ograniczeń bywa warunkiem właściwej kwalifikacji i bezpiecznego leczenia.

W górach decyzja o odwołaniu bywa trudniejsza niż decyzja o ataku szczytowym. W chirurgii bywa podobnie – odstępianie od procedury lub zmiana

strategii może być wyrazem najwyższej odpowiedzialności. Pokora oznacza gotowość do zmiany strategii, konsultacji, do przyznania, że sytuacja wymaga innego podejścia, do rezygnacji z wcześniej założonego planu.

Tak jak w górach sukces nie polega wyłącznie na wejściu na szczyt, lecz na bezpiecznym powrocie. W chirurgii – nie na wykonaniu procedury, lecz na długoterminowym efekcie dla pacjenta.

WYTRZYMAŁOŚĆ

Ameryka Północna to przestrzeń rozległości i zmienności. Długie podejścia, surowy klimat, gwałtowne załamania pogody. W takich warunkach nie wystarcza jednorazowy wysiłek – potrzebna jest zdolność trwania. Wytrzymałość nie polega na sile chwilowego zrywu, lecz na umiejętności utrzymania rytmu mimo zmęczenia, zwątpienia i monotonii drogi. Każdy kolejny krok na wysokości jest podobny

SAMOTNOŚĆ PODEJMOWANYCH DECYZJI

Odległa Antarktyda przyniosła refleksję nad samotnością decyzji. Rozległe przestrzenie wokół Masywu Vinsona oraz jeszcze bardziej odległego i niedostępnego Mount Sidley wraz ze świadomością oddalenia od zaplecza medycznego potęgują poczucie odpowiedzialności. Samotność na Antarktydzie nie jest brakiem ludzi. Jest konfrontacją z samym sobą.

Samotność decyzji w chirurgii nie ma charakteru emocjonalnego, lecz etyczny. Jest momentem, w którym odpowiedzialność przestaje być rozproszona, a staje się jednoznaczna i osobista. Mimo obecności zespołu istnieje chwila wyboru, której ciężaru nie można podzielić. Przychodzi moment w czasie operacji, gdy chirurg czuje, mimo obecności innych członków zespołu przy tym samym stole, że

► Portret w górach

jest samotny i to wyłącznie do niego należy podjęcie istotnej decyzji.

PROSTOTA

Afryka nauczyła mnie redukcji. Prostota krajobrazu i monotonia podejścia na Kilimandżaro obnażają intencje. Nie można ukryć się za sprzętem ani technologią. Ostatecznie to człowiek i jego decyzja są najważniejsze.

W chirurgii ta sama zasada powraca w najbardziej wymagających momentach. Powrót do podstaw, jasnego planu, uporządkowanego pola operacyjnego i konsekwencji w detalach bywa najwyższą formą profesjonalizmu. Prostota pozwala odzyskać kontrolę nad przebiegiem podejmowanych działań zarówno w górach, jak i na sali operacyjnej.

ADAPTACJA

Oceania ze strzelistą Piramidą Carstensa w Indonezji i ukrytym w papuańskiej dżungli Mount Giluwe przypominała o potrzebie ciągłej adaptacji. Krajobraz i pogoda potrafią tu zmieniać się niezwykle gwałtownie, a stabilność bywa pozorna. W takich warunkach nie wygrywa najsilniejszy, lecz ten, kto potrafi się dostosować. Stałość w zawodzie lekarza nie polega na niezmienności. Prawdziwa stabilność rodzi się z umiejętności zmiany przy zachowaniu niezmiennych zasad etycznych.

ODWAGA

Azjatyckie kolosy – Everest oraz Demawend – stały się symbolem odwagi rozumianej nie jako brak lęku, lecz jako gotowość do działania mimo jego obecności. W chirurgii odwaga oznacza podjęcie decyzji w imię dobra pacjenta, nawet gdy sytuacja kliniczna nie daje pełnej przewidywalności. Nie jest impulsem ani demonstracją siły, lecz spokojnym, świadomym krokiem naprzód.

Chirurgia to nie tylko technika. To postawa. Odpowiedzialność za drugiego człowieka wymaga odwagi, pokory, wytrzymałości i gotowości do zmiany planu, gdy sytuacja tego wymaga.

MOTYWACJA DLA MŁODYCH

Zwieńczeniem projektu jest dla mnie nie tylko osobiste osiągnięcie, lecz także działalność edukacyjna. Regularnie



foto: archiwum prywatne

spotykam się ze studentami medycyny i młodymi lekarzami, wykorzystując doświadczenia z wypraw jako punkt wyjścia do rozmowy o wyborach zawodowych i odpowiedzialności.

Młodzi lekarze często obawiają się chirurgii. Widzą w niej presję i ryzyko. To prawda – to wyma-

Odpowiedzialność za drugiego człowieka wymaga odwagi, pokory, wytrzymałości i gotowości do zmiany planu, gdy sytuacja tego wymaga

gająca specjalizacja. Ale właśnie dlatego daje ogromną satysfakcję. Decyzja o wyborze chirurgii jest jak decyzja o wejściu w góry wysokie: wymaga odwagi, adaptacji i pokory, ale pozwala rozwijać się w sposób niezwykle intensywny, daje poczucie spełnienia i osiągnięcia niedostępnych zazwyczaj obszarów.

Wybór chirurgii, podobnie jak wspinaczka wysokogórska, wymaga przede wszystkim umiejętności samodzielnego podejmowania trudnych decyzji i świadomości konsekwencji. Dojrzałość zawodowa nie rodzi się z ambicji, lecz z konsekwentnego doskonalenia warsztatu i gotowości do przyjęcia

odpowiedzialności. W tym sensie najwyższe szczyty świata nie są celem samym w sobie. Są metaforą drogi, którą każdego dnia przechodzi chirurg, drogi wymagającej dyscypliny, pokory i wewnętrznej zgody na ciężar decyzji.

ODPOWIEDZIALNOŚĆ JAKO FUNDAMENT ZAWODU

Projekt Double Seven Summits odczytuję nie tylko jako dokonanie sportowe, lecz jako symboliczny gest środowiskowy. Prezentowanie flagi Towarzystwa Chirurgów Polskich na najwyższych szczytach siedmiu kontynentów było przypomnieniem, że zawód chirurga ma wymiar wykraczający poza technikę operacyjną. Jest zobowiązaniem wobec pacjenta, zespołu i wspólnoty zawodowej. Precyzja, odpowiedzialność i konsekwencja stanowią fundament bezpieczeństwa pacjenta i wiarygodności środowiska lekarskiego. Etos zawodu nie kończy się na murach szpitala. Jest obecny wszędzie tam, gdzie lekarz bierze odpowiedzialność za drugiego człowieka.

Chirurgia jako specjalizacja pozostaje jednym z filarów systemu ochrony zdrowia. Podobnie jak wysokie góry wymaga nie tylko umiejętności technicznych, lecz także odporności psychicznej, zdolności do pracy zespołowej i gotowości do ciągłego doskonalenia kompetencji.

W dobie rosnących oczekiwań społecznych i dynamicznych zmian organizacyjnych szczególnego znaczenia nabiera budowanie kultury odpowiedzialności i wzajemnego wsparcia w środowisku lekarskim. Warto również pamiętać, że praca w tak wymagającym otoczeniu jest niezwykle obciążająca fizycznie i psychicznie.

Stąd poszukiwanie sposobów na oderwanie myśli, ale także ciała od ciągłego napięcia towarzyszącego pracy chirurga, pozwala na niezbędne dla naszego zdrowia chwile wytchnienia. Pozwala na nabranie świeżości w spojrzeniu na współpracowników, pacjentów i miejsce pracy. Pozwala na ciągłe pielęgnowanie w sobie pasji do wykonywanego zawodu, nawet po wielu latach spędzonych przy stole operacyjnym. Góry i podróże są jednym z tych sposobów. ●

PO GODZINACH – BŁĄD MALARSKI

Bez litości

Berkeley, lata dziewięćdziesiąte ubiegłego stulecia. Jeden z najlepszych uniwersytetów w Ameryce, w łagodnym klimacie Kalifornii. To tu Katherine Sherwood, malarka, rozwijała swoją karierę. W 1996 r. osiągnęła stanowisko profesorki malarstwa i udała się na zasłużone wakacje. Kilka miesięcy później bez ostrzeżenia jej życie zupełnie zmienia swój dotychczasowy bieg.



Obraz: Katherine Sherwood, „Zemsta Cajala”, 2007 r.

Niespodziewany wylew, którego Sherwood doświadczyła w wieku 44 lat, przearanżował jej artystyczny język. Wylew pozbawił ją umiejętności chodzenia, czytania i mówienia. Rehabilitacja poprawiła jej kondycję, chociaż malarka nigdy nie odzyskała władzy w prawej ręce. Zaczęła zatem używać lewej. Małe formaty zamieniła na duże płótna, cienkie pędzle na grube. Zamiast jak wcześniej nieskończenie analizować każdy malarski gest, pozwoliła swojej nowej przewodniej ręce prowadzić gestami odważniejszymi, bardziej ekspresyjnymi, rytmicznymi. Farby olejne zastąpiła akrylowymi, pracując nad płótnami ustawionymi w pozycji horyzontalnej, poruszając się dokoła nich na wózku. Ten nowy proces twórczy zabierał jej znacznie więcej czasu – nad jednym płótnem potrafiła pracować nawet rok.

Malarzę od dawna interesowały skany mózgu i używała ich w swojej twórczości. Kontynuowała ten kierunek także po wylewie, nadając mu inny wymiar. W „Zemście Cajala” Sherwood bawi się ze

AGATA MORKA
DOKTOR HISTORII SZTUKI



sławną ilustracją ojca współczesnej neuronauki, zestawiając ją z abstrakcyjnymi kształtami w płaskich, „okropnych” kolorach, jak sama je nazwała. Nowa kolorystyczna paleta także była wynikiem jej niepełnosprawności: ponieważ ciężko jej było mieszać farby, zwróciła się ku prefabrykowanym odcieniom. Ten nowy okres w twórczości Sherwood zyskał jej popularność, przełożył się na liczne wystawy i poważanie w świecie artystycznym.

Sama malarka tak mówi o swojej kondycji: „W życiu często pomija się znaczenie ograniczeń i korzyści, jakie

one niosą. Ograniczenia stanowią dla nas bodziec, ponieważ rzucają nam wyzwanie i sprzyjają kreatywności. Nie potrzebujemy też, by ktokolwiek litował się nad naszą sytuacją ani by nas definiować wyłącznie przez pryzmat naszej choroby. Jestem głęboko przekonana, że moje życie znacznie się poprawiło i wzbogaciło po tym, jak stałam się osobą niepełnosprawną”. (cytat za Sherwood K., *How a cerebral hemorrhage altered my art*, *Front Hum Neurosci*. 2012 Apr 3;6:55. doi: 10.3389/fnhum.2012.00055. PMID: 22493572; PMCID: PMC3318229).

Rozwiązanie zagadki z „GL” 4/26

Szczegóły różniące obrazy:

- 1. Usunięcie czerwonych owoców z korony drzewa.**
Wydaje się, że owoce to powód, dla którego chłopcy postanowili wspiąć się na drzewo.
- 2. Zasłonięcie odsłoniętego brzucha chłopca na drzewie.**
Odsłonięty brzuch chłopca dodaje scenie tak autentyczności, jak i uroku.
- 3. Dodanie butów na stopach klęczącego chłopca.**
Wydaje się, że chłopcom niepotrzebne są do wspinaczki buty, dwóch z nich w oryginale ma bose stopy.
- 4. Dodanie balonu na niebie.**
Balony powietrzne były popularnym tematem malarskim pod koniec XVIII wieku. Goya również namalował pejzaż z takim balonem.



Obraz: Goya, „Chłopcy wspinający się na drzewo”, 1791 r., Muzeum Prado, Madryt

WSKAŹ ORYGINAŁ I ZNAJDŹ CZTERY SZCZEGÓŁY RÓŻNIĄCE OBRAZY.

Odpowiedź prześlij na bladmalarski@gazetalekarska.pl do 20 maja 2026 r. W temacie maila należy wpisać GL05 oraz podać dane do kontaktu (imię i nazwisko, adres, telefon). Jedna osoba może przesłać jedną odpowiedź.

NAGRODZENI „GL” 4/26

Voucher do Hotelu Prezydent**** Medical SPA & Wellness w Krynicy-Zdroju otrzymuje Wojciech Malinowski (Jaworze)

Nagrody dodatkowe: Aleksandra Kozieł (Kraków), Karol Niewęglowski (Nowy Targ), Filip Kowalik (Warszawa)

Dla jednej z osób, które prześlą prawidłowe odpowiedzi

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

WYDAWNICTWO
UNIwersYTETU
JAGIELLOŃSKIEGO
www.wuj.pl

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

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

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



KLAUZULA INFORMACYJNA

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

PO GODZINACH – KALEJDOSKOP KULTURALNY

Polska Orkiestra Lekarzy w Gdańsku



fot.: archiwum prywatne

Nowy Ośrodek Szkoleniowo-Naukowy Okręgowej Izby Lekarskiej w Gdańsku (finalista 15. edycji Nagrody Architektonicznej „Polityki”) gościł Polską Orkiestrę Lekarzy, prowadzoną przez Elżbietę Czechowską. POL występuje pod auspicjami Ośrodka Kultury i Dziedzictwa Historycznego NIL tylko raz

w roku, ale tym razem zrobiła wyjątek, prezentując podczas dodatkowego koncertu charytatywnego na rzecz Fundacji „Adapa” w Gdyni swój najnowszy projekt „Queen symfonicznie”.

Program z udziałem kilkudziesięciu muzykujących lekarzy, w tym zespołu wokalnego Chóru Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie

▲ *Polska Orkiestra Lekarzy przed koncertem w Gdańsku*

pod dyrekcją Barbary Halec oraz solistki Agnieszki Zarebskiej-Dusznik, poprowadził maestro Andrei Yakushau. Legendarny repertuar i mistrzowskie wykonanie trzysuosobowa widownia przyjęła owacyjnie.

JW

Afisz: kultura, sztuka, historia

Niezależnie od zmiany kadencji realizowane są wydarzenia artystyczne z udziałem lekarzy. Do końca roku odbędą się jeszcze: Międzynarodowa Wystawa Fotograficzna „Świat w obiektywie lekarskim” oraz XXIII Ogólnopolska i VI Międzynarodowa Wystawa Malarstwa Lekarzy wraz z konkursami (Łódź), XIII Ogólnopolski Plener Fotograficzny Lekarzy w Kazimierzu Dolnym, X Ogólnopolski Konkurs Poetycko-Literacki „Lekarze dzieciom” oraz XV Ogólnopolski Konkurs Fotograficzny Lekarzy i Studentów (Lublin), XVII Ogólnopolski Konkurs Poetycko-Prozatorski „Puls Słowa” z koncertem „Molekuły wrażliwości 9” (Warszawa),

XIV Międzynarodowy Salon Fotografii Artystycznej Lekarzy PhotoArtMedica wraz z warsztatami (Częstochowa), XII Ogólnopolski Plener Ceramiki Artystycznej dla Lekarzy i Lekarzy Dentystów w Orońsku, XXV Ogólnopolski Plener Malujących Lekarzy w Jastrzębiu (gm. Poraj), XVII Charytatywny Koncert Polskiej Orkiestry Lekarzy w Filharmonii Szczecińskiej oraz rokroczne Sympozjum UPPL, które tym razem odbędzie się w Gdańsku. Informacje o wszystkich projektach znajdują się na stronach okręgowych izb lekarskich oraz sukcesywnie będą publikowane w mediach społecznościowych. ●

JW

Cyfrowy reprint

90 lat temu ukazał się „Kodeks lekarski” opracowany przez adwokata Jerzego Kurcysza z przedmową sekretarza generalnego Naczelnej Izby Lekarskiej i Związku Lekarzy Państwa Polskiego Adama Huszczy. Z okazji wydania pierwszego zbioru piśmiennictwa ustawodawczo-lekarskiego Rzeczpospolitej Ośrodek Kultury i Dziedzictwa Historycznego NIL przygotował jego cyfrowy reprint z jednoczesnym zamiarem limitowanego wydania jubileuszowego.

W tym roku przypada także 35. rocznica uchwalenia Kodeksu Etyki Lekarskiej w Bielsku-Białej, który po licznych zmianach w Toruniu, Warszawie i Łodzi jest jednym z najważniejszych dokumentów w dziejach samorządu lekarzy i lekarzy dentystów w Polsce. ●

JW



PO GODZINACH – KALEJDOSKOP KULTURALNY

Hymn dla Anny Dymnej

Naczelna Rada Lekarska ustanowiła nowe odznaczenie „Amicus Medicorum”, przyznawane osobom spoza samorządu lekarskiego, które zasłużyły się dla naszego środowiska. Wśród pierwszych nagrodzonych znaleźli się Paweł Łuków (etyk), Tomasz Kot (aktor) i Witold Preis (prawnik) oraz Anna Dymna. Wniosek i laudację dla profesorki Akademii Sztuk Teatralnych i szefowej Fundacji „Mimo wszystko” złożył Marek Jodłowski, wspierany przez Ładysława Nekanda-Trepkę i Jarosława Waneckiego.

Znana z dziesiątek ról teatralnych, filmowych i telewizyjnych, a co za tym idzie, jedna z najbardziej popularnych polskich aktorek, debiutowała rolą Isi w „Weselu” w Teatrze im. J. Słowackiego w Krakowie. I na tej właśnie scenie spotyka się z lekarzami najczęściej, współtworząc od piętnastu już lat Ogólnopolski Konkurs Literacki „Przychodzi wena do lekarza” im. Profesora Andrzeja Szczeklika, organizowany przez Wydawnictwo Medycyna Praktyczna i Ośrodek Kultury i Dziedzictwa Historycznego Naczelnej Izby Lekarskiej.



fot. Arch. OKiDH 2019

◀ *Anna Dymna i Statuetka Akrobatów konkursu „Przychodzi wena do lekarza”*

Rada jednomyślnie ogłosiła, że Anna Dymna jest „Przyjacielem Lekarzy”, czego dowodem są jej aktywności podczas konferencji etycznych i licznych spotkań dla lekarzy, pacjentów i ich rodzin. W autorskich programach telewizyjnych rozmawia o najtrudniejszych problemach relacji międzyludzkich w zdrowiu i chorobie, opisuje ból, pociesza, przywraca godność i walczy o najsłabszych. Ma dar jednoczenia wokół projektów prozdrowotnych. Wraz z profesorami medycyny przybliża trudne zagadnienia schorzeń nieuleczalnych. Prowadzi jedną z pięciu największych fundacji charytatywnych w Polsce. Tytanka pracy, łącząca zajęcia zawodowe z działalnością społeczną. Nieustannie w drodze i dialogu.

•
JW

Wystawa wystaw



fot. Marcin Kędzierski

▲ Rada Programowa OKiDH

Koniec IX kadencji jest przyczynkiem do licznych podsumowań w komisjach, zespołach i ośrodkach NRL. Ostatnie zebranie Ośrodka Kultury i Dziedzictwa Historycznego przy Sobieskiego 110 połączono z wernisażem plakatów z 24 wystaw przygotowanych przez pasjonatów sztuk i dziejów w latach 2022–2026. Na uwagę zasługuje różnorodność promowanych form twórczości artystycznej lekarzy oraz pokazywanie dokumentów źródłowych i honorowanie zasłużonych samorządowców. Galeria Lekarska była jednym z ponad 90 projektów kulturalno-historycznych zrealizowanych przez NIL w ciągu czterech lat.

•
JW

EPIKRYZA (157)

Festiwal sztuk przyjemnych i nieprzyjemnych

Zgromadzenie różnych przedsięwzięć artystycznych w jednym miejscu jest od stuleci sposobem popularyzowania sztuki, która powstała gdzie indziej. Wynalazek starożytnych Greków, organizujących antyczne konkursy na najlepszą komedię i tragedię, otworzył wypróbowaną przez wieki przestrzeń do konfrontacji twórców, mód i gustów, którą tak chętnie kultywuje współczesny teatr.

Lubię festiwale, chociaż tylko w latach studenckich mogłem pozwolić sobie na oglądanie niemal wszystkich spektakli wpisanych do karnetu.

W biegu spraw rodzinnych i obowiązków wobec pacjentów nie jest łatwe wyrwanie się na tydzień czy, co gorsza, dwa, aby z wolną głową sięść na widowni, smakując słowa i gesty. Dlatego z masowo nadsyłanych newsletterów wybieram tylko pojedyncze wydarzenia, polując na bilety znikające z internetowych kas niczym pionki w strategicznej grze. Weekend w Gdańsku, Awinionie, Opolu czy Edynburgu to luksus, który trzeba zaplanować z dużym wyprzedzeniem, a i tak w znacznej mierze los decyduje, co ujrzę na scenie.

Bywa, że repertuarowy klucz festiwalu nie zawsze jest czytelny, a hasła przeglądów pozornie wyrwane są z kontekstu. Długo zastanawiałem się nad wersem promującym Festiwal Szekspirowski w 2024 r., krzyczący z plakatów: „A niech się głowy toczą!” cytaty z „Antoniusza i Kleopatry”, jak interpretowali go organizatorzy, był metaforą brudnych rozgrywek politycznych. Dla mnie jednak równie dobrze stawał się zachętą do „gry o głowy” albo zaproszeniem do symbolicznego Koloseum, gdzie znudzona dobrobytem publika czerpie przyjemność z widowiska biorących się za łby stron. Zasadne wówczas zdaje się pytanie szekspirowskiego autorytetu Jana Kotta: „Czy musimy bezradnie przyglądać się okrucieństwu? Czy niemoc zmiany historii jest tchórzowską pasywnością? Czy naprawdę mamy do wyboru, jak chce Hamlet, tylko dwie ścieżki: bierne znoszenie »zajadłych strzał losu« oraz czynny opór wobec »morza nieszczęść«, któremu musimy dać kres, choć jest to przecież niewykonalne?».

Dlatego lubię festiwal łódzki, który od 32 lat pokazuje sztuki przyjemne, przez co oczekiwane z nadzieją na poprawę

JAROSŁAW WANECKI
PEDIATRA, FELIETONISTA



self-confidence, and unpleasant arts, when simply in front of one's eyes, the truth is spoken in interpersonal relationships, far from moral ideals and image-consciousness of close reality. I will not be surprised that I always find a proposal unpleasant, but after deeper reflection and reaction of the audience, I annually confirm post factum, that watching the crud and blunders of one actor is a matter of great pleasure. Ring volva is not in any way reflected in the free press or the freedom of the theater, but guarantees emotions of the kind of a duel on the stage in „Ferdynand” by Witold Gombrowicz. Syfon kontra Miętuś wciąga wciąż zadziwiająco superarbitrów pięknem i niewinnością, stojącym w groteskowej opozycji do brzydoty i ohydy. Odwieczny problem polega przecież na tym, że to, co dla jednych jest odstręczające, innym pompuje wodę na młyn ambicji, zemsty i lizusostwa. Żadnej ze stron nie hamują prośby, groźby, ustawy i regulaminy. Żadna ze stron nie odpuszcza pola walki, a pokojowe negocjacje zamienia w farsę dla naiwnych, co lubią sztuki przyjemne. Dzięki ich oklaskom stroiciele min repetują karabiny.

Wartością dodaną festiwalowych wydarzeń są spotkania z twórcami spektakli. Kilka minut

after the end in the foyer or indirectly on the stage, the chairs are set up and microphones are distributed, so that one can know, what one thought of the director, when he was acting Hamlet or Gustaw-Konrada Kobietę. I like only performance, and maybe just a manifesto. I like to sit on the side, listening to reviewers and hot-blooded theatergoers, visiting the stage and there, independent of the medical profession, having time for the analysis of the source texts and being up to date in every phase of the realization of dramatic premieres of the season. Even then, through a moment of jealousy.

Above everything, I like the festival „NASTĘPNY, PROSZĘ...”. Gabinet lekarski w skromnej scenografii: biurko, fotel, krzesło, leżanka i przewijak dla niemowląt. Rekwizyt słuchawek. Prompter z historią choroby. Drzwi dla aktorów wpisanych na casting. Białe kostiumy i maska. Szybka zmiana obsady. Eklektyzm podejmowanych tematów. Tajemnica. Afisz recepty. Kracja zdrowia i życia. Śmierć bez oklasków.

Recenzja teatralna jest podobna epikryzie lekarskiej. Analiza gestów, słów i objawów prowadzi do rozpoznania przyjemnego lub nieprzyjemnego. Reszta jest już tylko grą pozorów, gdy głowy się toczą... ●

PO GODZINACH – SPORT

Lekarze znów na korcie

Ponad setka medyków, setki rozegranych meczów i zero kontuzji – XIV Mistrzostwa Polski Lekarzy w Badmintonie pokazały, że sport to dla wielu z nich najlepszy sposób na zachowanie równowagi po godzinach pracy.



fot.: archiwum prywatne



fot.: archiwum prywatne

▲ Jacek Grabowski, Ryszard Golański, Robert Bibik

◀ Uczestnicy MPL

W dniach 28–29 marca 2026 r. w Centrum Sportu Uniwersytetu Medycznego w Łodzi odbyły się dwa wydarzenia badmintonowe: XIV Medyczny Puchar „BIBInKton Cup” oraz XIV Mistrzostwa Polski Lekarzy i Lekarzy Dentystów w Badmintonie.

Gospodarzem sobotniego turnieju – Pucharu „BIBInKton Cup” – był tradycyjnie Uniwersytet Medyczny w Łodzi. Uroczystego otwarcia dokonał Jacek Grabowski, pełnomocnik rektora ds. projektów strategicznych.

Niedzielne mistrzostwa zainaugurował Ryszard Golański, przewodniczący Komisji Sportu i Rekreacji Okręgowej Rady Lekarskiej w Łodzi, która – przy wsparciu Naczelnej Izby Lekarskiej – była głównym sponsorem wydarzenia. Gościem honorowym był Krzysztof Makuch, od lat zaangażowany w promocję sportu w środowisku lekarskim.

Tegoroczna edycja przyciągnęła rekordową liczbę 125 zawodników. W trakcie turnieju rozegrano aż 237 meczów w różnych kategoriach wiekowych.

Zawody przebiegały w przyjaznej, sportowej atmosferze, choć na kortach nie brakowało emocji i ambitnej

rywalizacji. Co szczególnie cieszy – turniej obył się bez kontuzji, a wszyscy uczestnicy wrócili do domów w pełni sił.

Organizatorzy dziękują władzom Uniwersytetu Medycznego w Łodzi za udostępnienie hali, a także Okręgowej i Naczelnej Izbie Lekarskiej za

wsparcie organizacyjne i finansowe. Podziękowania kierowane są również do sędziów głównych – Adama i Krzysztofa Bibika – za sprawne przeprowadzenie zawodów.

Kolejna, jubileuszowa edycja turnieju już za rok.

Robert Bibik

V Ogólnopolski Turniej Tenisa Lekarzy

W dniach 26–28 czerwca (piątek–niedziela) odbędzie się V Ogólnopolski Turniej Tenisa Lekarzy Wejherowo & Bolszewo.

Zawody odbędą się na Wejherowskich Kortach Tenisowych (Wejherowo, ul. Kalwaryjska) oraz kortach Morskiego Towarzystwa Tenisowego w Bolszewie (ul. Zamostna). W razie deszczowej pogody mecze będą przeniesione na korty ze sztuczną trawą – po jednym w każdej lokalizacji.

Zgłoszenia są przyjmowane wyłącznie za pośrednictwem strony www.pzt.pl do 17 czerwca (czwartek) do godz. 23.59. Wymagane jest posiadanie konta w systemie PZT i wcześniejsze zalogowanie się na nie.

Organizatorem wydarzenia jest Okręgowa Izba Lekarska w Gdańsku. Wsparcia udziela m.in. Naczelna Izba Lekarska, Polskie Stowarzyszenie Tenisowe Lekarzy, miasto Wejherowo i gmina Wejherowo.

lek. dent. Tomasz Zwierski

PAWEŁ DOCZEKALSKI
 REDAKTOR NACZELNY

**UCHWAŁA NR 10/26/IX
 NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
 Z 27 MARCA 2026 R.**

w sprawie przyjęcia informacji
 o działalności samorządu lekarzy
 i lekarzy dentyków za 2025 rok

Na podstawie art. 39 ust. 2 ustawy
 z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekar-
 skich (Dz. U. z 2021 r., poz. 1342) uchwa-
 la się, co następuje:

§ 1.

Przyjmuje się informację o działalności
 samorządu lekarzy i lekarzy dentyków
 za 2025 rok, stanowiącą załącznik do
 uchwały.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem
 podjęcia.

SEKRETARZ PREZES
Grzegorz Wrona Łukasz Jankowski

**UCHWAŁA NR 11/26/IX
 NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
 Z 27 MARCA 2026 R.**

w sprawie projektu programu
 XVII Krajowego Zjazdu Lekarzy

Na podstawie art. 37 ust. 3 ustawy z dnia
 2 grudnia 2009 r. o izbach lekar-
 skich (Dz. U. z 2021, poz. 1342) oraz w zw.
 z uchwałą Nr 30/24/IX Naczelnej Rady
 Lekarskiej z dnia 22 listopada 2024 r.
 w sprawie terminu oraz wyboru miejsca
 obrad XVII Krajowego Zjazdu Lekarzy,
 uchwała się, co następuje:

§ 1.

Przyjmuje się projekt programu XVII Kra-
 jowego Zjazdu Lekarzy, stanowiący za-
 łącznik do uchwały.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem
 podjęcia.

SEKRETARZ PREZES
Grzegorz Wrona Łukasz Jankowski

**UCHWAŁA NR 12/26/IX
 NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
 Z 27 MARCA 2026 R.**

w sprawie delegowania
 przedstawicieli do Rady Naukowej
 do spraw szkoleń dla lekarzy
 działającej przy Centrum
 Medycznego Kształcenia
 Podyplomowego

Na podstawie art. 39 ust. 1 pkt 4
 w zw. z art. 5 pkt 20 i 24 ustawy
 z dnia 2 grudnia 2009 roku o izbach
 lekarskich (Dz. U. z 2021, poz. 1342)
 uchwała się, co następuje:

§ 1.

Deleguje się dr. n. med. Łukasza
 Jaska oraz dr. n. med. Artura Dro-
 bniaka do udziału w pracach Rady
 Naukowej do spraw szkoleń dla
 lekarzy działającej przy Centrum
 Medycznego Kształcenia Podyplo-
 mowego w związku z realizacją
 wspólnej inicjatywy szkoleniowej dla
 lekarzy objętej patronatem Centrum
 Medycznego Kształcenia Podyplo-
 mowego prowadzonej we współpracy
 z Główną Biblioteką Lekarską oraz
 Naczelną Izbą Lekarską.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem
 podjęcia.

SEKRETARZ PREZES
Grzegorz Wrona Łukasz Jankowski

**STANOWISKO NR 2/26/IX
 NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
 Z 27 MARCA 2026 R.**

w sprawie projektu ustawy
 o zmianie ustawy o działalności
 leczniczej oraz niektórych
 innych ustaw

Naczelna Rada Lekarska po za-
 poznaniu się z projektem ustawy
 o zmianie ustawy o działalności
 leczniczej oraz niektórych innych
 ustaw, w wersji z dnia 12 lutego
 2026 r. zmienionej po zakończeniu
 konsultacji publicznych projektu
 ustawy i opublikowanej na stronie
 Rządowego Centrum Legislacji
 zgłasza następujące uwagi:

I. Uwagi ogólne
 Samorząd lekarski w pełni opie-
 ra uchwalenie nowych przepisów
 regulujących zasady stwierdzania
 zgonu i wystawiania karty zgonu,
 a także powołanie instytucji le-
 karza działającego w strukturach
 administracji państwowej, który
 będzie stwierdzał zgon w sytu-
 acjach, które dotychczas stwarzały
 problemy w ustaleniu do czyich
 obowiązków należy stwierdzenie
 zgonu.

Obowiązujące przepisy dotyczące
 stwierdzania zgonu są w znacznej
 mierze przestarzałe i nieadekwat-
 ne do obecnych realiów systemu
 ochrony zdrowia, wymagają dosto-
 sowania do współczesnych warun-
 ków organizacyjnych, społecznych
 i technologicznych. Obecnie podsta-
 wowe regulacje prawne w zakresie
 stwierdzania zgonu oraz wysta-
 wiania karty zgonu zawiera art. 11
 ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r.
 o cmentarzach i chowaniu zmarłych
 (Dz. U. z 2024 r. poz. 576, z późn.
 zm.) oraz rozporządzenie Ministra
 Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia
 3 sierpnia 1961 r. w sprawie stwier-
 dzenia zgonu i jego przyczyny (Dz.
 U. Nr 39, poz. 202). Dezaktualiza-
 cja pojęć w użytych w tych aktach
 prawnych, jak i zmiany systemu
 organizacji udzielania świadczeń
 opieki zdrowotnej wprowadzone od
 czasu wejścia w życie powyższych
 przepisów, rodzą w praktyce proble-
 my związane z określeniem podmio-
 tów uprawnionych do stwierdzenia
 zgonu i wystawiania kart zgonu.
 Mimo że idea wprowadzenia no-
 wych regulacji dotyczących stwier-
 dzenia zgonu ma pełną aprobatę
 samorządu lekarskiego, to jednak
 przedstawione w projekcie ustawy
 propozycje budzą w pewnym zakre-
 sie poważne zastrzeżenia.
 Sprzeciw budzi samo nazewnictwo
 – w poprzedniej wersji tej ustawy po-
 sługiwano się określeniem koronera.
 Obecnie odstąpiono od tej nazwy
 i zaproponowano określenie „urzęd-
 owego lekarza do spraw zgonów”.
 Każdy element tej nazwy wydaje się
 niewłaściwy – po pierwsze, samo
 określanie lekarza jako „lekarza
 urzędowego” sugeruje wykonywa-
 nie przez lekarza zadań urzędnika,
 tymczasem stwierdzenie zgonu to
 przede wszystkim czynność opiera-
 jąca się o wiedzę medyczną, zatem
 nie urzędowa. Po drugie, określenie
 że lekarz jest „do spraw zgonów” jest
 wysoce niestosowne – lekarz jest
 co najwyżej do spraw stwierdzania
 zgonów.
 Zastrzeżenia budzi także użyte
 w art. 92f ust. 2 ustawy o działal-
 ności leczniczej określenie „osoba
 upoważniona do stwierdzania zgo-
 nów”. Wymienione w tym przepisie

kategorii podmiotów, które mogą stwierdzać zgon, to głównie lekarze wykonujący zawód w różnych placówkach opieki zdrowotnej (szpitale, POZ, nocna i świąteczna opieka zdrowotna, AOS i inne). Uprawnienie lekarzy do stwierdzania zgonów nie wynika z udzielonego im przez kogoś upoważnienia, lecz wynika z kompetencji ustawo przypisanych do zawodu lekarza. Nie należy zatem używać określenia „osoba upoważniona do stwierdzania zgonu”, lecz określenia „osoba uprawniona do stwierdzania zgonu” albo - tak jak w pierwotnej wersji projektu ustawy - „osoba stwierdzająca zgon”. Zasadnicze uwagi Naczelnej Rady Lekarskiej odnośnie do obecnej wersji projektu dotyczą stworzenia dodatkowego ogniwa decyzyjnego pomiędzy lekarzem stwierdzającym zgon a koronerem oraz likwidacji przepisów przewidujących wynagrodzenie dla lekarzy stwierdzających zgon. W poprzedniej wersji projektu ustawy lekarz, który stwierdzał zgon, w razie uzasadnionych wątpliwości, co do określenia przyczyny zgonu, oceny czasu lub okoliczności zgonu samodzielnie zwołał koronera. Obecnie w projektowanym art. 92g ust. 2 ustawy o działalności leczniczej przewiduje się, że jedynie wojewódzki koordynator ratownictwa medycznego może wezwać koronera (obecnie zwanego urzędowym lekarzem) na podstawie zgłoszenia wskazującego na uzasadnione wątpliwości osoby stwierdzającej zgon co do określenia przyczyny, czasu lub okoliczności zgonu. Biorąc pod uwagę, że w podstawowej opiece zdrowotnej sporządza się około 100 tys. kart zgonu rocznie, należy zakładać, że to lekarze POZ najczęściej znajdą się w sytuacji, w której będą mieli wątpliwości co do okoliczności, przyczyny lub czasu zgonu, dlatego odebranie im uprawnienia, aby samodzielnie wezwać koronera jest pozbawione uzasadnienia. Nie ma dostatecznie silnych argumentów za tym, aby to wojewódzki koordynator ratownictwa medycznego miał decydować (potwierdzać), czy lekarz stwierdzający zgon ma uzasadnione wątpliwości co do przyczyny, czasu lub okoliczności zgonu - przecież to są okoliczności, o których samodzielnie decyduje lekarz stwierdzający zgon. W ocenie Naczelnej Rady Lekarskiej możliwość bezpośredniego wezwania koronera przez lekarza stwierdzającego zgon, jeśli nabrał wątpliwości co do przyczyny, czasu lub okoliczności zgonu, wydaje się koniecznym elementem budowania sprawnego i efektywnego systemu stwierdzania zgonów w Polsce. Angażowanie w to dodatkowo

wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego zaburzy sprawność budowanego systemu, zwiększy ryzyko opóźnień i ewentualnych sporów kompetencyjnych. Naczelna Rada lekarska kwestionuje wycofanie się przez ustawodawcę z kierunkowo trafnego pomysłu przyznawania odrębnego wynagrodzenia i zwrotu kosztów lekarzom stwierdzającym zgon. Zastrzeżenia budzi także poszerzenie kręgu podmiotów uprawnionych do stwierdzania zgonu o pielęgniarki i położne, co dotyczy m.in. projektowanego art. 28 ust. 1a ustawy o działalności leczniczej. Odnosząc się do ustawy Naczelna Rada Lekarska zgłasza następujące uwagi szczegółowe:

II. UWAGI DOTYCZĄCE PRZEPISÓW O PRZECHOWYWANIU ZWŁOK

Wątpliwości budzi dodawany art. 28 ust. 2a pkt 1 ustawy o działalności leczniczej, który nakazuje podmiotom leczniczym prowadzącym szpital udzielający świadczeń zdrowotnych w zakresie położnictwa i ginekologii, w razie urodzenia martwego dziecka, bez względu na czas trwania ciąży przechowywać zwłoki dziecka martwo urodzonego do czasu ich odbioru przez podmiot uprawniony do pochówku, jednak nie dłużej niż przez 6 miesięcy od dnia urodzenia martwego dziecka. Okres przechowywania martwo urodzonego dziecka wynoszący aż do 6 miesięcy jest nadmiernie długi.

III. UWAGI DOTYCZĄCE PRZEPISÓW O STWIERDZANIU ZGONU ORAZ MARTWEGO URODZENIA

1. **W dodawanym art. 92f ust. 2 pkt 2 ustawy o działalności leczniczej** zasadnie dodano felczera do kręgu podmiotów uprawnionych do stwierdzania zgonu - uprawnienie felczyerów w tym zakresie wynika z ustawy o zawodzie felczera.

2. **W dodawanym art. 92f ust. 2 pkt 3 ustawy o działalności leczniczej** narzuca się obowiązek stwierdzania zgonu lekarzowi nocnej i świątecznej pomocy lekarskiej (NPL). W sytuacji, w której prowadzona jest akcja uświadamiająca pacjentom, że z zachorowaniami należy zgłaszać się nie na SOR lecz

do NPL, dokładanie obowiązków lekarzowi dyżurującemu w NPL jest niezrozumiałe i niezasadne. W wielu miejscowościach w kraju placówki nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej obejmują teren całej lub prawie całej miejscowości i połączenie takiego zakresu pracy z obowiązkiem stwierdzania zgonów poza siedzibą placówki NPL będzie niemożliwe do wykonania.

3. **W dodawanym art. 92f ust. 2 pkt 4-6 ustawy o działalności leczniczej** zasadnie doprecyzowano okoliczności, w jakich poszczególne grupy osób uprawnionych mogą stwierdzać zgon. Pierwotne brzmienie tych przepisów było nieprecyzyjne.

4. **W dodawanym art. 92f ust. 2 pkt 8 ustawy o działalności leczniczej** zastrzeżenia budzi określenie „urzędowy lekarz do spraw zgonów”. Proponuje się pozostać przy określeniu „koroner” z poprzedniej wersji ustawy lub określeniem „lekarz wyznaczony do stwierdzania zgonów”.

5. **W dodawanym art. 92f ust. 2 ustawy o działalności leczniczej** zastrzeżenia budzi określenie „osoba upoważniona do stwierdzania zgonów”. Proponuje się zastąpić to określeniem „osoba stwierdzająca zgon” lub „osoba uprawniona do stwierdzania zgonu”.

6. **W dodawanym art. 92g ust. 1 i 2 ustawy o działalności leczniczej** niezasadnie przyjęto, że urzędowy lekarz jest obowiązany niezwłocznie podjąć postępowanie jedynie na wezwanie wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego. Do wezwania koronera powinien być uprawniony także lekarz stwierdzający zgon, który ma wątpliwości dotyczące przyczyny, czasu lub okoliczności zgonu.

7. **W dodawanym art. 92i ust. 7 ustawy o działalności leczniczej** jest mowa, że w celu przeprowadzenia badań pośmiertnych zwłoki przewozi się do zakładu medycyny sądowej uczelni medycznej lub innej uczelni prowadzącej kształcenie w zakresie nauk medycznych lub nauk o zdrowiu, a w razie jego braku na obszarze województwa - do zakładu patomorfologii szpitala, natomiast w dodawanym art. 92k ust. 1 i 4 ustawy o działalności leczniczej jest mowa nie o zakładzie patomorfologii szpitala, lecz o „prosektorium

szpitala". Zdaniem Naczelnej Rady Lekarskiej należy ujednoczyć stosowaną w ustawie terminologię w przypadku badań pośmiertnych.

8. W **dotowanym art. 92o ust. 1 ustawy o działalności leczniczej** przewiduje się, że podmiot wykonujący działalność leczniczą oraz osoba wystawiająca kartę zgonu albo kartę urodzenia z adnotacją o martwym urodzeniu są obowiązani udzielić na żądanie właściwych organów wyjaśnień odnoszących się do faktu zgonu i jego przyczyny, które mogą być wykorzystywane tylko dla potrzeb statystyki publicznej oraz w postępowaniu przygotowawczym lub sądowym. Zdaniem Naczelnej Rady Lekarskiej przepis dotyczy ujawnienia danych dotyczących stanu zdrowia o objętych co do zasady tajemnicą lekarską, dlatego zawarte w ustawie upoważnienie do ujawnienia tych danych powinno jednoznacznie wskazywać organy uprawnione do pozyskania informacji o przyczynach zgonu i nie może bazować na określeniu „właściwe organy”.

IV. UWAGI DOTYCZĄCE PRZEPISÓW O NABYWANIU I UTRATY PRAWA DO WYKONYWANIA CZYNNOŚCI URZĘDOWEGO LEKARZA

1. Naczelna Rada Lekarska zgłasza zastrzeżenia wobec **przepisu art. 92w ustawy o działalności leczniczej**, który odstąpił od określenia w ustawie kwalifikacji lekarzy niezbędnych do pełnienia funkcji koronera i pozostawił tę kwestię do określenia w rozporządzeniu Ministra Zdrowia.

2. W **dotowanym art. 92z ustawy o działalności leczniczej** przewidziano, że urzędowy lekarz podczas lub w związku z wykonywaniem swoich czynności korzysta z ochrony dla funkcjonariuszy publicznych przewidzianej w ustawie z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny. W ocenie Naczelnej Rady Lekarskiej ochronę taką jak dla funkcjonariusza publicznego powinno się przyznać nie tylko koronerowi, ale także wszystkim innym lekarzom podczas lub w związku ze stwierdzaniem zgonu. Nie ma żadnego uzasadnienia, aby z ochrony należącej funkcjonariuszowi publicznemu korzystał koroner, a pozbawiony tej ochrony byłby np. lekarz POZ wezwany do stwierdzenia zgonu.

3. **Odnosząc się do propozycji przepisów dotyczących finansowania czynności związanych ze stwierdzaniem i dokumentowaniem zgonów (projektowany**

art. 92zb ustawy o działalności leczniczej) Naczelna Rada Lekarska sprzeciwia się usunięciu z projektu ustawy przepisów, które regulowały zasady przyznawania i wysokość wynagrodzenia dla lekarzy stwierdzających zgon, obecnie w projekcie ustawy pozostały tylko przepisy regulujące wynagrodzenie koronera. Odrębne wynagrodzenie, a także zwrot wydatków powinny być przewidziane także dla lekarzy POZ, lekarzy nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, lekarzy AOS oraz lekarzy udzielających świadczeń w hospicjum udzielających świadczeń w warunkach domowych wykonujących.

4. Wynagrodzenie za czynności administracyjne związane ze stwierdzeniem zgonu powinno być ustalane – zarówno dla koronera, jak i dla innych lekarzy stwierdzających zgon - poprzez odesłanie do przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia brutto w gospodarce narodowej w roku poprzedzającym ustalenie, ogłoszonego przez Prezesa GUS, a nie – jak przyjęto w projektowanym art. 92zb ustawy o działalności leczniczej - na podstawie kwoty bazowej dla członków korpusu służby cywilnej, której wysokość określa ustawa budżetowa.

SEKRETARZ PREZES
Grzegorz Wrona Łukasz Jankowski

APEL NR 2/26/IX NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ Z 27 MARCA 2026 R.

w sprawie przywrócenia możliwości przystąpienia do PES po upływie 5 lat od zakończenia szkolenia specjalizacyjnego

Naczelna Rada Lekarskiej zwraca się do Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej, Ministra Zdrowia i parlamentarzystów o podjęcie inicjatywy legislacyjnej zmierzającej do zmiany przepisów, tak aby umożliwić przystąpienie do Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego (PES) lekarzom i lekarzom denty stom, którym w wyniku zmian w ustawie o zawodach lekarza i lekarza denty stom wprowadzonych w czasie epidemii COVID-19 upłynął 5-letni okres na zaliczenie PES po zakończeniu szkolenia specjalizacyjnego.

Na mocy ustawy z dnia 16 lipca 2020 r. o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza denty stom oraz niektórych innych ustaw (Dz.U.z 2020 r. poz. 1291) uchwalonej w okresie epidemii COVID-19, ustawodawca wprowadził pięcioletni limit czasowy na przystąpienie do PES. Uchwalony wówczas art. 16t ust. 5 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza denty stom stanowi, że lekarz, który zakończył szkolenie specjalizacyjne lub uzyskał decyzję o uznaniu dorobku zawodowego za równoważny z realizacją programu specjalizacji, może przystąpić do PES jedynie w terminie 5 lat od daty zakończenia szkolenia lub wydania decyzji. W odniesieniu do osób, które zakończyły szkolenie specjalizacyjne przed wejściem w życie ww. nowelizacji termin 5-letni rozpoczyna się od dnia wejścia w życie ustawy, tj. od 8 sierpnia 2020 r. Oznacza to, że niezależnie od tego, kiedy faktycznie zakończono szkolenie specjalizacyjne, termin na przystąpienie do PES upłynął 8 sierpnia 2025 r.

Wprowadzenie nowych regulacji prawnych ingerujących w dotychczasowe zasady uzyskiwania tytułu specjalisty stanowi istotną zmianę, która nie została odpowiednio zakomunikowana, a uchwalenie i wejście w życie w czasie epidemii COVID-19 utrudniało lekarzom dostosowanie się do niej.

Zmiana przepisów i brak wcześniejszych informacji ze strony Ministerstwa Zdrowia, doprowadziła do sytuacji, w której część lekarzy i lekarzy denty stom – mimo ukończenia szkolenia specjalizacyjnego – została trwale pozbawiona możliwości uzyskania tytułu specjalisty. W ocenie samorządu lekarskiego sytuacja taka oznacza, że państwo polskie nie wykorzystuje potencjału swoich kadr medycznych. Lekarze, których dotknęła zmiana przepisów, przez szereg lat pracowali samodzielnie, a ich wiedza i praktyczne umiejętności wspierały działanie systemu ochrony zdrowia.

W ocenie samorządu lekarskiego wprowadzenie ograniczenia czasowego możliwości przystąpienia do PES w trybie przepisów przejściowych, dołączonych do bardzo obszernej i skomplikowanej ustawy, budzi wątpliwości co do zgodności

z zasadą ochrony praw nabytych oraz zasadą zaufania obywatela do państwa i stanowionego przez nie prawa. W szczególności dotyczy to lekarzy, którzy ukończyli szkolenie specjalizacyjne w okresie, kiedy ograniczeń czasowych przystąpienia do PES nie było.

Pozbawienie lekarzy, którzy ukończyli szkolenie specjalizacyjne możliwości przystąpienia do egzaminu PES, jest błędem systemowym i rażąca niesprawiedliwością, zwłaszcza że kwestionowany przepis nie pozwala uwzględnić indywidualnej sytuacji osobistej, zdrowotnej czy rodzinnej.

Naczelna Rada Lekarska zwraca się do Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej, Ministra Zdrowia i parlamentarzystów o zgłoszenie inicjatywy legislacyjnej, która pozwoliłaby przystąpić do PES lekarzom i lekarzom dentystom, którzy w dniu wejścia w życie nowelizacji ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, czyli w dniu 8 sierpnia 2020 r., posiadali potwierdzenie zakończenia szkolenia specjalizacyjnego albo decyzję dyrektora CMKP o uznaniu dotychczasowego dorobku naukowego i zawodowego za równoważny ze zrealizowaniem programu modułu specjalistycznego albo modułu jednolitego, albo posiadali decyzję Ministra Zdrowia o uznaniu dotychczasowego dorobku zawodowego i naukowego za równoważny z realizacją programu specjalizacji w nowej dziedzinie medycyny. Naczelna Rada Lekarska proponuje, aby lekarze ci zyskali możliwość przystąpienia do PES dwukrotnie w ciągu 3 lat liczonych od dnia wejścia w życie proponowanych przepisów. Aby uniknąć kolizji przepisów zasadne wydaje się także uchylenie przepisu art. 23 pkt. 1 ustawy z dnia 16 lipca 2020 r. o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz niektórych innych ustaw, która nakazywała liczyć 5-letni termin na przystąpienie do PES dla danej grupy lekarzy od dnia 8 sierpnia 2020 r.

Samorząd lekarski proponuje wprowadzenie - w ramach najbliższej nowelizacji ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty - przepisów o następującym brzmieniu:

1) „Lekarze i lekarze dentyści, którzy w dniu wejścia w życie ustawy z dnia 16 lipca 2020 r. o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1291, z późn. zm.) posiadali potwierdzenie zakończenia szkolenia specjalizacyjnego, o którym mowa w art. 16r ust. 6 pkt 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza

i lekarza dentysty (Dz.U. z 2026 r. poz. 37), albo decyzję, o której mowa w art. 16 ust. 7 i 9 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, ale nie złożyli z wynikiem pozytywnym Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego, zwanego dalej "PES", mogą przystąpić do PES dwukrotnie w terminie 3 lat od dnia wejścia w życie niniejszej ustawy.”
2) „W ustawie z dnia 16 lipca 2020 r. o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1291, z późn. zm.) w art. 23 uchyla się pkt 1,„

SEKRETARZ PREZES
Grzegorz Wrona Łukasz Jankowski

**UCHWAŁA NR 22/26/IX
KRAJOWEJ KOMISJI WYBORCZEJ
Z DNIA 17 KWIETNIA 2026 R.**

w sprawie wyrażenia
podziękowań dla lek. dent. Joanny
Maślankowskiej

Na podstawie § 7 ust. 1 Regulaminu działania Krajowej Komisji Wyborczej stanowiącego załącznik do uchwały nr 3 Nadzwyczajnego XVI Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 18 maja 2024 r. w sprawie przyjęcia Regulaminu działania Krajowej Komisji Wyborczej uchwała się co następuje:

§ 1.

Ustala się treść podziękowania dla lek. dent. Joanny Maślankowskiej które stanowi załącznik do niniejszej uchwały.

§ 2.

Upoważnia się Sekretarza Krajowej Komisji Wyborczej do:

- podjęcia działań zmierzających do opublikowania treści podziękowania, o którym mowa w § 1, w najbliższym numerze „Gazety Lekarskiej”;
- odczytania podziękowania na najbliższym posiedzeniu Naczelnej Rady Lekarskiej.

§ 3.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ PRZEWODNICZĄCA
KRAJOWEJ KRAJOWEJ
KOMISJI KOMISJI
WYBORCZEJ WYBORCZEJ
lek. Grzegorz Wrona lek. dent.
Mery Topolska-
Kotulecka

PODZIĘKOWANIE

Krajowa Komisja Wyborcza składa wyrazy szczerego uznania i podziękowania Pani doktor Joannie Maślankowskiej, Zastępcy Przewodniczącej Krajowej Komisji Wyborczej, za Jej zdecydowaną, odpowiedzialną i pełną zaangażowania postawę w kluczowym momencie prac Komisji.

W okresie, w którym Przewodniczący Komisji od wielu miesięcy konsekwentnie odmawiający zwołania posiedzenia Komisji na krótko powierzył Pani prowadzenie jej prac, podjęła Pani niezwłocznie decyzję o zwołaniu posiedzenia całej Krajowej Komisji Wyborczej. Dzięki temu możliwe było opracowanie i przyjęcie wniosku do Naczelnej Rady Lekarskiej w sprawie podziału mandatów na Krajowy Zjazd Lekarzy.

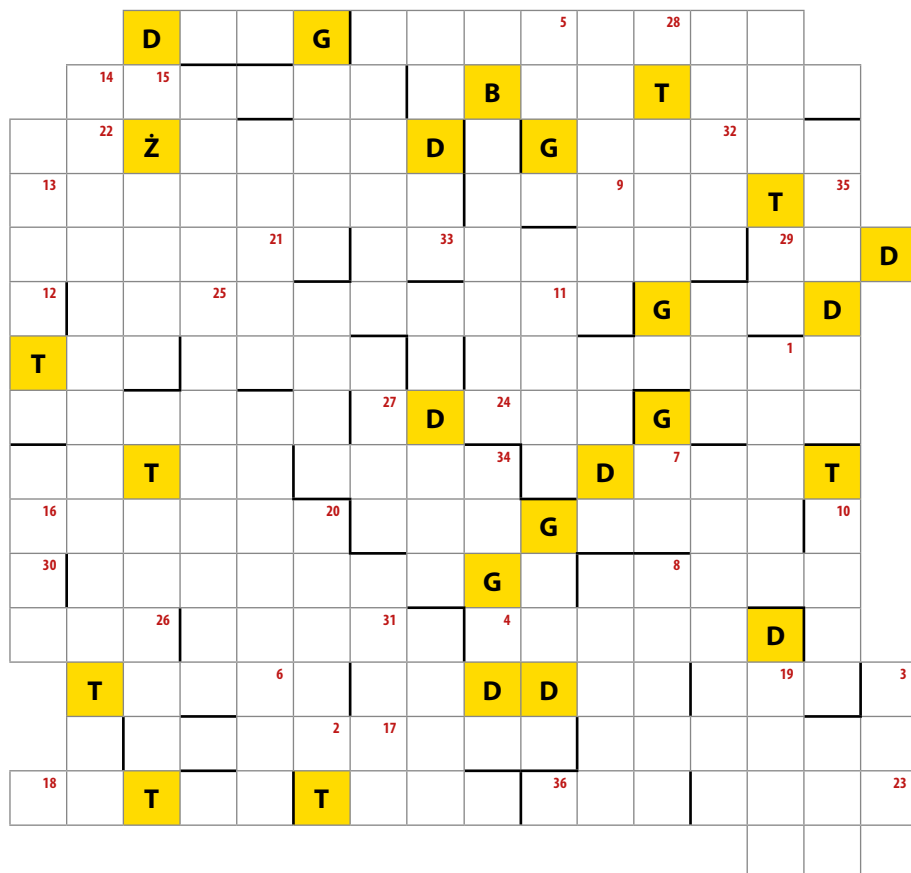
Działanie to zapobiegło powstaniu poważnej luki prawnej, która mogłaby uniemożliwić okręgowym izbom lekarskim wybór delegatów na Zjazd Krajowy, a w konsekwencji doprowadzić do głębokiego kryzysu funkcjonowania samorządu lekarskiego. Krajowa Komisja Wyborcza wyraża Pani Doktor wdzięczność za profesjonalizm, odpowiedzialność oraz troskę o ciągłość i stabilność prac organów samorządu lekarskiego. Pani postawa stanowi przykład rzetelnego i oddanego działania na rzecz naszego środowiska.

Z satysfakcją odnotowujemy również fakt, że została Pani wybrana na stanowisko Prezesa Okręgowej Izby Lekarskiej w Płocku. Traktujemy to jako wyraz zaufania środowiska lekarskiego oraz potwierdzenie Pani kompetencji, które tak wyraźnie ujawniły się w pracach Krajowej Komisji Wyborczej.

JOLKA LEKARSKA 314



Wydawnictwo Lekarskie PZWL
to specjalści, wiedza i zaangażowanie.



Objaśnienia 77 haseł podano w przypadkowej kolejności.

W diagramie ujawniono wszystkie litery: B, D, G, T i Ż. Na ponumerowanych polach ukryto 36 liter hasła, które stanowią rozwiązanie. Jest to kontrowersyjna myśl Konfucjusza.

Hasło należy przysłać na kartce pocztowej do redakcji lub e-mailem na adres: jolka@gazetalekarska.pl do 20 maja 2026 r. Wśród autorów prawidłowych rozwiązań wyłonimy laureatów, którzy otrzymają nagrody książkowe (prosimy o podanie specjalizacji i adresu do wysyłki).

* Francesco, odkrył larwy przywr * bzdura * szkoła filozoficzna
z Diogenesem * flirt, pieszczota * antylopa Derbiego * arena aktora
* autentyk * mieszkają w Baku * skorzonera * nad oczami * August II
* córka Alkinoosa * różanecznik * między argonem a wapniem * Północna
z Władykaukazem * między reneem a irydem * Szalony u Ariosto
* największe jezioro Australii * tenisowa lub kosmiczna * ostroga (łac.)
* pożyczka, kredyt * imię pani Le Pen * opad z bryłek lodu * lingwistyka
* arbusz po hiszpańsku * cierpi na spasmofemię * kraj z Mosulem * waluta
Słowacji * płynię w Olsztynie * palce stopy (ang.) * Indianin z USA
i Kanady * między kadmem a cyną * zmysłowa wersja bielizny damskiej
* czas służby marynarza * tabletki przeciwgorączkowe lub miasto w Ohio
* poziomicca * jednostka dziedziczności * inkaust * karmi Egipt * Panie,
zmiłuj się (łac.) * skrzydło (łac.) * kumak australijski * blokowanie ciosu
* gniazdo Formicidae * popisy kowbojów * tymczasowe uwięzienie * darem
życia * parcie do celu * spadają w zemście * dzięki oberki * zjawisko

w USG * sygnał ostrzegawczy * tenisistka, Iga * wilczyca * między azotem
a fluorem * syn Dymitra Dońskiego * gród u ujścia Welny do Warty * twórcza
szkoła glosatorów * najdłuższy dopływ Sawy * motyl nocny * osiedle
z Narodowym Instytutem Kardiologii * japońska gorzala * ...amatoria
Owidiusza * warunki ułatwiające życie * rodzaj gemmy * najjaśniejsza
w Lutni * imię irackiego Husajna * miasto we Friuli * wejście w kompie
* napięcie mięśniowe (łac.) * partner DNA * Johann, rozwinął teorię
absurdy jedności przyrody * Hieronim w powstaniu styczniowym * tkanina
na bandaże * miasto z głównym lotniskiem Cypru * główny czynny wulkan
Sumatry * drapieżniki oceanu

Jerzy Badowski

Rozwiązanie jolki lekarskiej 312 Chirurg to internista, który umie operować

Nagrody otrzymują:

Aneta Dzierwa-Gawron (Tarnów), Michał Tarka (Gdańsk), Daria Pająk
(Bydgoszcz), Jadwiga Wezgraj (Koszalin), Magdalena Kamińska-Chamera
(Gajewo)

Fundatorem nagród jest Wydawnictwo Lekarskie PZWL,
www.pzwl.pl. Nagrody prześlemy pocztą.

Klauzula informacyjna na str. 71/ Regulamin konkursu dostępny
na www.gazetalekarska.pl

WYDAWCA

NIL Naczelna
Izba Lekarska

Gazeta Lekarska dla członków
izb lekarskich bezpłatna

Nakład: 43 470 egz.

Kolegium redakcyjne

Piotr Kościelniak, Jacek Bujko, Paweł
Doczekalski, Klaudiusz Komor, Maria
Kłosińska, Ryszard Golański, Dariusz
Samborski, Mikołaj Sinica, Anna Wojda,
Mariusz Tomczak

Redakcja

ul. Jana III Sobieskiego 110,
00-764 Warszawa
tel.: (22) 558 80 40

Dyżur telefoniczny w każdy wtorek w godz. 10.00-14.00

Poza tym terminem prosimy
kontaktować się mailowo:
redakcja@gazetalekarska.pl

Piotr Kościelniak

(redaktor naczelny)
piotr.koscielniak@nil.org.pl

Anna Wojda

(sekretarz redakcji)
anna.wojda@nil.org.pl

Lidia Sulikowska

(dziennikarz)
tel.: 698 633 755
lidia.sulikowska@nil.org.pl

Mariusz Tomczak

(redaktor portalu internetowego)
tel. (22) 558 80 40
mariusz.tomczak@nil.org.pl
www.gazetalekarska.pl

Sylvia Wamej

(redaktor portalu internetowego)
sylvia.wamej@nil.org.pl

Reklama i ogłoszenia

Agata Bryk
ogloszenia@gazetalekarska.pl

Stale z nami współpracują

Jerzy Badowski, Adam Czerwiński,
Lucyna Krysiak, Zbigniew Kuzyszyn,
Jacek Miarka, Agata Morka, Małgorzata
Solecka, Jarosław Wanecki

Projekt, projekt okładek

Michał Trusz

Skład

Montownia/Teresa Urawska

Druk

Eurodruk-Poznań Sp. z o.o.

W celu zmiany adresu wysyłki „Gazety Lekarskiej” prosimy kontaktować się z właściwą okręgową izbą lekarską.

Materiałów niezamówionych redakcja nie zwraca
i zastrzega sobie prawo do skrótoń, adaptacji, zmiana
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).

