

C GAZETA

L E K A R S K A

WYDANIE SPECJALNE

PISMO IZB
LEKARSKICH

SIŁA SAMORZĄDU

XVII KRAJOWY ZJAZD LEKARZY ZDECYDOWAŁ
O STRATEGII NA NAJBLIŻSZE LATA I WYBRAŁ NOWE
WŁADZE. JAKIE BĘDĄ PRIORYTETY X KADENCJI?

ANKIETA

LEKARZE NIE ZGADZAJĄ SIĘ
NA ROZDZIAŁ NA PUBLICZNY
I PRYWATNY SEKTOR
OCHRONY ZDROWIA

PRAKTYKA

EGZOTYCZNE
PODRÓŻE Z WIRUSAMI.
CZYM ZAKAŻAJĄ SIĘ
POLACY

STOMATOLOGIA

CORAZ WIĘCEJ
DENTYSTÓW ANGAŻUJE
SIĘ W DZIAŁANIA
SAMORZĄDU

TECHNOLOGIE

ASYSTENT GŁOSOWY
CEZ OPARTY NA AI MA
PRZEJĄĆ CZĘŚĆ ZADAŃ
REJESTRACJI. JAK DZIAŁA?

- 4 **Zjazd się obronił**
Piotr Kościelniak
- 4 **Siła samorządu**
Po wielogodzinnym maratonie wyborczym wyłoniono władze samorządu lekarskiego na lata 2026-2030.
- 8 **Mocne wsparcie dla szefa samorządu**
- 9 **Nocny dreszczowiec**
Najwięcej emocji budził proces wyboru prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej.
- 10 **Silny mandat, trudne czasy**
Mamy szansę na poprawę relacji z Ministerstwem Zdrowia i zasypanie podziałów w samorządzie. Ale muszą tego chcieć obie strony.
- 12 **Nowe składy organów NIL**
- 13 **Szkolenia, dobre relacje i mediacje**
- 14 **Fotogaleria**
- 18 **Uznanie dla zasłużonych**
- 20 **Newsy z kraju i ze świata**

WAŻNY TEMAT

- 22 **Pakuje walizkę?**
Nie zapomnij o EКУZ
Dzięki Europejskiej Karcie Ubezpieczenia Zdrowotnego koszty leczenia w wielu krajach naszego kontynentu nie zrujniają wakacyjnego budżetu.

AKTUALNOŚCI

- 24 **Nie chcą muru między sektorami**
Lekarze nie popierają pomysłu na twarde rozdzielanie publicznej i prywatnej ochrony zdrowia.
- 28 **PWZ dla obcokrajowców: spór o język i bezpieczeństwo**
- 30 **Amputacjom można zapobiegać. Powstaje system leczenia ran w Polsce**
- 32 **Armia znów stawia na własnych lekarzy**
Reaktywacja Wojskowej Akademii Medycznej w Łodzi staje się faktem.
- 34 **Europejskie fundusze dla lekarzy**



TEMAT NUMERU STRONY 4–18

XVII Krajowy Zjazd Lekarzy zdecydował o strategii na najbliższe lata i wybrał nowe władze. Jakie będą priorytety X kadencji?

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

PODATKI I FINANSE

- 35 **Czy OKI jest OK?**
Od nowego roku zyskamy nowe narzędzie do oszczędzania i inwestowania.

PRAWO I MEDYCINA

- 36 **Szpitala toną**
- 37 **Airbnb pod większą kontrolą**

PRAKTYKA LEKARSKA

- 40 **Dentyści u sterów samorządu lekarskiego**
- 42 **Wirusy wracają z wakacji. Egzotyczne infekcje coraz bliżej Polski**
- 44 **W zamkniętym kręgu obsesji i kompulsji**
- 47 **Wojna plemion**
Anna Gołębicka
- 48 **Epidemia słabych kości**
- 50 **Z krętych ścieżek na autostrady**
- 53 **Jedenaste: nie wychylaj się**
Jakub Sieczko
- 54 **Apteka dla aptekarza. Wojna trwa**
Mariusz Politowicz

WYWIAD LEKAR(S)KI

- 56 **Między rzetelnością i kontrowersją**

NOWE TECHNOLOGIE

- 60 **Bot na pierwszej linii**

OŚRODEK KSZTAŁCENIA

- 62 **Lekarz przyszłości – lekarz kompletny: podsumowanie**
- 63 **NIL IN blisko innowacji**

PO GODZINACH

- 65 **WAM 2.0, czyli recepta na medycynę wojskową**
- 68 **Podróże – Tam, gdzie natura wciąż rządzi światem**
- 72 **Rok Wajdy**
Jarosław Wanecki
- 73 **Nauczmy się żyć obok siebie**
- 74 **Błąd malarski – Na smutno**
- 76 **Czytelnia**
- 80 **Ogłoszenia**
- 82 **Jolka lekarska**

Zjazd się obronił

PIOTR KOŚCIELNIAK
REDAKTOR NACZELNY



To wydanie „Gazety Lekarskiej” wygląda inaczej niż zwykle. Z odczytanych przyczyn nie ma w nim otwierającego numer wstępniaka prezesa, felietonów wiceprezesów, tekstów sądowych i rzecznika. Wróć, gdy procedura wyborcza zapoczątkowana na Krajowym Zjeździe Lekarzy zakończy się w odniesieniu do wszystkich członków Prezydium i władz samorządu.

Sam zaś Zjazd, zresztą zgodnie z oczekiwaniami, dostarczył wielu emocji. Oj, dostarczył... Było jak na filmie Hitchcocka – zaczęło się od trzęsienia ziemi, a później napięcie nieprzerwanie rosło. Na samym początku części roboczej nastąpiła awaria systemu do elektronicznego głosowania. Delegaci zostali zmuszeni do głosowania przez podniesienie ręki (z plakietką z numerem mandatu). Eksperti z firmy dostarczającej urządzenie przyznali, że wszystko wskazuje na zakłócanie części pasma. Na miejsce została wezwana policja, prezes powiedział o celowym działaniu. Przez powstałe zamieszanie obrady zjazdu, głosowania i procedura wyborcza znacznie się opóźniły. Kto zakłócał? Tęgo zapewne już się nie dowiemy, ale przecież is fecit cui prodest.

Mimo że nowe urządzenie do głosowania dostarczono dość szybko, obrady przeciagnały się do rana. Były dyskusje – i to dość ostre, spory proceduralne, wnioski formalne, poprawki, protesty i wystąpienia „bez trybu” – czyli sól demokracji. Była też próba zerwania obrad: po zgłoszeniu wniosku o przeliczenie kworum część delegatów ruszyła do drzwi. „Nie dajcie się zeskanować” – grzmiał jeden z działaczy. Próba spaliła na panewce – kworum nadal

było, co oznaczało, że obrady można kontynuować, a przyjęte uchwały będą miały moc obowiązującą.

Zjazd się obronił. „Gazeta Lekarska” gratuluje wszystkim delegatom, którzy w tym wydarzeniu wzięli udział – zarówno tym, którzy odnieśli sukces wyborczy, jak i tym, którzy z Jachranki wyjechali z poczuciem niespełnienia.

Bo w tym wydarzeniu „Gazeta” miała swój istotny udział. Nasi dziennikarze relacjonowali obrady cały dzień i całą noc. Robili zdjęcia, wywiady, nagrywali filmy i obsługiwali media społecznościowe. Atrakcją, która pozwalała choć na chwilę rozluźnić napiętą atmosferę, była nasza fotobudka z „okładką” gazety.

Jestem też dumny z tego, że wśród sukcesów minionej kadencji prezes Łukasz Jankowski wymienił zmiany w „Gazecie Lekarskiej”. Pracujemy nie tylko nad papierowym wydaniem, ale też nad portalem gazeta-lekarska.pl. Na początku maja nasza strona przeszła gruntowną modernizację – jest optycznie lżejsza, przyjemniejsza dla oka i lepiej prezentuje

różnorodne treści, które dostarcza redakcja. Zmiany (prace jeszcze trwają) sięgają jednak głębiej: pojawił się dział Technologie, bo przecież nowoczesne rozwiązania oparte na AI wchodzą coraz śmielej do medycyny. Uruchomiliśmy również dział wideo – nasze filmy wreszcie można obejrzeć na stronie portalu w oddzielnej sekcji. Zapraszam do obejrzenia i oceny!



Zjazdy krajowe są okazją do podsumowania mijającej, czteroletniej kadencji władz Naczelnej Izby Lekarskiej oraz dyskusji na temat przyszłych wyzwań. Delegaci rozmawiają zarówno o tym, co udało się zrealizować, jak i o wciąż nierozwiązanych, a czasami wręcz narastających problemach. W kuluarach i na sali obrad pochwały przeplatają się z burzliwymi dyskusjami.

Nie inaczej było i tym razem. XVII Krajowy Zjazd Lekarzy w podwarszawskiej Jachrance (gmina Serock w powiecie legionowskim) zaplanowano na trzy dni – od czwartku do soboty (21–23 maja 2026 r.). Z pewnym zaskoczeniem należy odnotować więc fakt, że obrady zakończyły się już w piątek przed godz. 22. Nie oznacza to, że delegaci byli mało aktywni, a obradowano niewiele – pierwszy dzień zjazdu rozpoczął się bowiem ok. godz. 11, a zakończył przed godz. 5 rano. Był to więc wielogodzinny maraton, niezwykle intensywny i pełen emocji.

ATAK HAKERSKI?

Wydarzenie rozpoczęło się od wyświetlenia filmu podsumowującego ostatnie cztery lata samorządu. Zaraz potem uczestnicy zjazdu oddali hołd lekarzom i lekarzom dentystom działającym na rzecz izb, którzy odeszli na wieczny dyżur w trakcie minionej kadencji. Część oficjalną poprowadzili wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej Klaudiusz Komor i Iwona Kania z Działu Mediów i Komunikacji NIL.

Na przewodniczącego zjazdu prezes NRL Łukasz Jankowski zaproponował szefa Beskidzkiej Izby Lekarskiej Radosława Piwowarczyka. Innych zgłoszeń nie było. Przewodniczący XVII KZL od razu został rzucony na głęboką wodę – i to nie tylko ze względu na burzliwą dyskusję. Pierwsze głosowania proceduralne sparaliżował bowiem prawdopodobny cyberatak.

Łukasz Jankowski – po konsultacji z firmą obsługującą system – powiedział, że było to celowe działanie. O incydencie powiadomiono policję, która dość szybko pojawiła się na miejscu. Mimo opóźnienia zjazd przebiegał zgodnie z planem. Aby nie blokować

XVII KRAJOWY ZJAZD LEKARZY

Siła samorządu

MARIUSZ TOMCZAK

Po wielogodzinnym maratonie wyborczym wyłoniono władze samorządu lekarskiego na lata 2026-2030. Większość delegatów poparła wizję dotychczasowego prezesa NRL, skupioną wokół trzech haseł: jakość działania, elitarność zawodu i nowoczesny system.

obrad, podjęto decyzję o przejściu na tradycyjne głosowanie – przez podniesienie mandatów. Jednak niedługo potem możliwość głosowania elektronicznego została przywrócona.

NA POCZĄTEK: PODSUMOWANIE

Zjazd wysłuchał m.in. sprawozdań kadencyjnych organów samorządowych. W czasie wystąpienia podsumowującego czteroletnią kadencję prezes Łukasz Jankowski wspomniał m.in. o uchwaleniu nowego Kodeksu Etyki Lekarskiej, wprowadzeniu po raz pierwszy e-głosowania w wyborach do izb, podnoszeniu kompetencji lekarzy i lekarzy dentyistów w ramach szkoleń organizowanych na niespotykaną wcześniej skalę przez Centralny Ośrodek Badań, Innowacji i Kształcenia NIL, stworzeniu Sieci Lekarzy Innowatorów NIL IN czy zakupie i remoncie nowej powierzchni biurowej na potrzeby Naczelnego Sądu Lekarskiego i Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej.

Dodał, że samorząd stale poprawia standardy obsługi członków izb oraz konsekwentnie wspiera ich w trudnych sytuacjach zawodowych i osobistych. Zwrócił też uwagę na aktywny udział przedstawicieli samorządu w debacie publicznej, działalność Zespołu ds. Wizerunku Lekarzy i Lekarzy Dentyistów, profesjonalną i niezwykle aktywną obecność NIL w mediach społecznościowych oraz korzystne zmiany w „Gazecie Lekarskiej”, które pozwalają jej docierać do członków izb w całej Polsce.

WERDYKT DELEGATÓW

Najwięcej emocji budziły – jak na każdym zjeździe krajowym – wybory na prezesa NRL. W tajnym głosowaniu



▲ Zjazd w podwarszawskiej Jachrance zaplanowano na trzy dni

dotychczasowy szef samorządu lekarskiego pokonał Tadeusza Urbana – byłego prezesa Śląskiej Izby Lekarskiej, a obecnie jej wiceprezesa – stosunkiem głosów 266 do 193. Obaj mają tytuły doktora nauk medycznych, ale zupełnie inne specjalizacje – Łukasz Jankowski to nefrolog, a Tadeusz Urban ginekolog-położnik. Co ciekawe, wynik ten przypomina starcie sprzed czterech lat – wówczas Łukasz Jankowski otrzymał 252 głosy, a jego ówczesny rywal prof. Andrzej Matyja – 192.

Werdykt KZL nie pozostawia wątpliwości – dotychczasowy szef samorządu otrzymał od delegatów mandat na kolejną kadencję z wyraźną przewagą. „To wyraz poparcia dla dotychczasowych działań oraz potwierdzenie zaufania do wizji, jaką prezes Jankowski prezentuje

dla przyszłości polskiego samorządu lekarskiego” – napisano w komunikacie NIL opublikowanym zaraz po ogłoszeniu wyników. I dodano, że ten wynik świadczy też o akceptacji dla kierunku działań wyznaczonego cztery lata temu.

– Jestem niezwykle wzruszony i wdzięczny za to ogromne poparcie. To dla mnie nie tylko zaszczyt, ale przede wszystkim motywacja. Siła naszego samorządu tkwi w jedności i woli działania. Chcemy tworzyć nowoczesny, silny i wpływowy samorząd, który będzie gwarantem bezpieczeństwa zdrowotnego Polaków i wsparciem dla każdego lekarza i lekarza dentyisty – powiedział po ogłoszeniu wyniku nowy, a zarazem stary prezes NRL.

Wyniki ogłoszono ok. godz. 4:40 nad ranem. Mimo że za oknami

było już widno, na sali obrad wciąż było wielu delegatów. Część uczestników nie dotrwała jednak do końca, co jest zrozumiałe, biorąc pod uwagę, że niektórzy mieli za sobą nie tylko dzień intensywnych obrad, ale też podróż do Jachranki z odległych zakątków Polski.

Wybory lidera samorządu lekarzy i lekarzy dentystów poprzedziła prezentacja programów obu kandydatów na X kadencję. Delegaci nie szczędzili pytań, co stało się okazją do otwartej dyskusji i bezpośredniej polemiki z ubiegającymi się o stanowisko szefa NRL. O żadnej taryfie ulgowej nie mogło być mowy. Więcej o wyborach na stanowisko prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej na str. 9.

WYBRANI I ODZNACZENI

Dopiero po godz. 2.00 w nocy rozpoczęły się wystąpienia kandydatów do pełnienia funkcji NROZ w kolejnej kadencji. Oficjalne wyniki podano bladym świtem. Zwyciężył Jacek Opinc z OIL w Łodzi, uzyskując 242 głosy. W tajnym głosowaniu pokonał prof. Andrzeja Matyję z OIL w Krakowie (179 głosów) i dotychczasowego NROZ Zbigniewa Kuzyszyna z OIL w Opolu (43 głosy).

– Deklaruję uczciwość i pełne otwarcie. Mój telefon jest czynny całą dobę – powiedział tuż po ogłoszeniu wyników Jacek Opinc (rozmowa z nowym rzecznikiem na str. 13).

Poza prezesem NRL i NROZ na zjeździe dokonano wyboru zastępców NROZ oraz członków: NRL, NSL, Naczelnej Komisji Rewizyjnej i Krajowej Komisji Wyborczej (skład organów X kadencji prezentujemy na str. 12). Warto w tym miejscu podkreślić, że o wejście do NRL ubiegało się aż 106 kandydatów – na zjeździe wybrano 50 osób, w tym 40 lekarzy i 10 lekarzy dentystów (poza członkami Rady wybranymi przez delegatów jest w niej też szef NRL i 24 prezesów rad okręgowych).

W czasie zjazdu zostały wręczone najwyższe odznaczenia samorządu lekarskiego – „Meritus Pro Medicis”. Trafiły one do dziewięciu osób za zasługi dla polskiej medycyny i samorządu lekarskiego. Nazwiska wyróżnionych odczytywał kanclerz kapituły prof. Romuald Krajewski, przybliżając również ich dokonania (laureatów prezentujemy na str. 14). Po raz pierwszy w historii samorządu lekarskiego wręczono też odznaczenia „Amicus Medicorum” – są skierowane do osób spoza środowiska lekarskiego, które kiedyś czynnie je

wspierały lub w dalszym ciągu to czynią.

POLITYCY, URZĘDNICY I DZIAŁACZE

Do udziału w zjeździe było uprawnionych 495 delegatów, w tym 388 lekarzy i 107 lekarzy dentystów. Poza przedstawicielami wszystkich izb okręgowych i izby wojскоwej oraz byliymi prezesami NRL – Krzysztofem Madejem (II-III kadencja, lata 1993-2001), Konstantym Radziwiłłem (IV-V kadencja, lata 2001-2010) i wspomnianym wcześniej prof. Andrzejem Matyją (VIII kadencja, lata 2018-2022) – w Jachrance pojawiło się wielu znamienitych gości.

Najwięcej emocji budziły wybory prezesa NRL. Delegaci ponownie postawili na wizję samorządu opartą na jakości działania, elitarności zawodu i nowoczesnym systemie

Na szczególną uwagę zasługuje wystąpienie Rzecznika Praw Pacjenta Bartłomieja Chmielowca, który podziękował środowisku lekarskiemu za współpracę przy projektach skupionych na potrzebach pacjentów oraz podnoszeniu jakości leczenia. Za wspólny sukces uznał niedawne przyjęcie przepisów określanych „Lex szarlatan”. – Czuję głębokie przekonanie, że wszyscy patrzmy w jednym kierunku – dodał RPP, zwracając się do delegatów.

Poza nim w części oficjalnej zjazdu udział wzięli m.in.: Agnieszka Gorgoń-Komor, zastępca przewodniczącej senackiej Komisji Zdrowia, prof. Waldemar Kostewicz, prezes Polskiego Towarzystwa Lekarskiego, Grażyna Cebula-Kubat, prezes Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy, Jacek Krajewski, prezes Federacji „Porozumienie Zielenogórskie” oraz Bożena Janicka, prezes Porozumienia Pracodawców Ochrony Zdrowia.

Nie mogło zabraknąć przedstawicieli innych samorządów zawodowych. Obecni byli m.in. Przemysław Rosati, prezes Naczelnej Rady Adwokackiej, Włodzimierz Chróścik, prezes Krajowej Rady Radców Prawnych, Marek Mastalerek, prezes Krajowej Rady

Lekarsko-Weterynaryjnej, Anna Janik, wiceprezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, oraz Marian Witkowski, wiceprezes Naczelnej Rady Aptekarskiej.

PUSTE KRZESŁO MINISTER ZDROWIA

Szybko zauważona i szeroko komentowana była nieobecność minister zdrowia Jolanty Sobierańskiej-Grendy, jak i to, że na zjeździe nie pojawił się żaden z jej zastępców. List w imieniu szefowej resortu odczytał dyrektor Departamentu Lecznictwa w Ministerstwie Zdrowia Maciej Karaszewski. W piśmie skierowanym do delegatów minister zaznaczyła, jak ważną rolę w systemie ochrony zdrowia odgrywa samorząd lekarski. Zadeklarowała przy tym chęć merytorycznego dialogu i wypracowywania wspólnych rozwiązań.

Brak ścisłego kierownictwa resortu na tak ważnym wydarzeniu to bardzo czytelny sygnał niechęci do dialogu. Tym bardziej że termin obrad był znany od wielu miesięcy, a z centrum Warszawy do miejsca obrad jedzie się kilkadziesiąt minut. Być może urzędnicy nie chcieli tłumaczyć się z niepopularnych decyzji przed salą wypełnioną kilkuset lekarzami i lekarzami dentystami. W kuluarach część delegatów nie gryzła się w język, mówiąc, że dla decydentów głos środowiska lekarskiego i jego problemy weszły na dalszy plan.

Trzeba też pamiętać, że sytuacja na linii ministerstwo–NRL jest niezwykle napięta. Kilkanaście dni przed zjazdem Prezydium NRL zaapelowało do premiera Donalda Tuska o odwołanie wiceminister zdrowia Katarzyny Keckiej. Wśród przyczyn wskazano: brak współpracy, próbę narzucenia samorządowi działań sprzecznych z przepisami prawa oraz nieuzasadnioną ingerencję w procesy wyborcze – w tym ostatnim przypadku chodzi o kontrolę w NIL, uruchomioną kilka tygodni przed KZL. – To ministerstwo jest zobowiązane do prowadzenia z nami dialogu, a nie odwrotnie – podkreślił Łukasz Jankowski w czasie dyskusji nad sprawozdaniem kadencyjnym NRL IX kadencji.

Delegaci większością głosów udzielili Radzie absoltorium za kadencję 2022–2026. Zjazd przyjął

**STEFAN ANTOSIEWICZ,
PREZES ORL WOJSKOWEJ IZBY
LEKARSKIEJ**

Jako Wojskowa Izba Lekarska od lat podkreślamy znaczenie konstruktywnej współpracy z Naczelną Izbą Lekarską. Cieszy nas, że Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej wsparło projekt restytucji Wojskowej Akademii Medycznej – to dla nas ważny sygnał zrozumienia i partnerstwa. Liczymy również, że rozpoczęte w poprzedniej kadencji inicjatywy edukacyjne w zakresie medycyny wojskowej będą kontynuowane, także przy aktywnym udziale NIL.

**WIOLETTA SZAFRAŃSKA-KOCUŃ,
LUBELSKA IZBA LEKARSKA**

Tę kadencję samorządu lekarskiego oceniam bardzo pozytywnie i uważam, że Naczelna Izba Lekarska naprawdę wiele zrobiła. W wielu obszarach zaistnieliśmy na forum ogólnopolskim i to było ważne, bo było wyraźnie słycać nasz głos. Jedyнным mankamentem, który dostrzegalam, była praca Krajowej Komisji Wyborczej – przynajmniej do pewnego momentu. Pojawił się tam poważny konflikt, którego nie udało się w pełni rozwiązać. Myślę jednak, że w nadchodzącej kadencji sytuacja powinna wyglądać lepiej.

**PAWEŁ BARUCHA
ŚWIĘTOKRZYSKA IZBA LEKARSKA**

Na tym zjeździe lekarze dentyści ponownie byli bardzo silnie reprezentowani, choćby dlatego, że aż siedmiu z nich zostało prezesami okręgowych izb lekarskich. To wyraźnie pokazuje, że pozycja lekarzy dentyistów w samorządzie systematycznie rośnie, co bardzo nas cieszy. Oznacza to, że środowisko lekarskie docenia ich zaangażowanie i dostrzega potrzebę realnego pochylenia się również nad sprawami dotyczącymi stomatologii.

**AGNIESZKA GORGON-KOMOR,
BESKIDZKA IZBA LEKARSKA**

Wchodzimy w X kadencję Naczelnej Izby Lekarskiej: kadencję dialogu, co mocno podkreślił prezes NRL Łukasz Jankowski. Gratulacje od minister zdrowia Jolanty Sobierañskiej-Grendy pokazują jasno, że jest on konieczny i otwiera przestrzeń do rozmów o zmianach systemowych oraz o tym, co należy zrobić. Potrzebujemy prawdziwej reformy ochrony zdrowia, nie doraźnego łatania dziur, lecz przemyślanego procesu, wypracowanego wspólnie ze środowiskiem lekarskim, organizacjami pacjenckimi, decydentami i opozycją. To powinna być reforma oparta na dialogu. Dziś to wybrzmiało i bardzo mnie to cieszy, bo jestem przekonana, że tylko rozmowa może doprowadzić do kompromisu i rozwiązań, które będą satysfakcjonujące dla wszystkich.

**JOANNA SKONECKA,
OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA
W GDAŃSKU**

Myślę, że najbardziej palącym problemem, który dziś wybrzmiewa na szerokim forum, jest kwestia finansowania świadczeń przez płatnika, czyli NFZ. To temat, o którym wszyscy powinniśmy mówić jednym głosem – środowisko lekarskie, Ministerstwo Zdrowia, pacjenci oraz decydenci, w tym posłowie. Musimy usiąść do stołu i rozmawiać, bo mamy wspólny cel i wspólny kierunek. To powinno nas łączyć i pozwolić na spokojną dyskusję oraz wypracowanie najlepszego rozwiązania.

**MARCIN NOWIŃSKI,
PREZES ORL W GDAŃSKU**

Nie możemy zapominać, że jesteśmy samorządem zawodowym, a jego podstawowym obowiązkiem jest dbanie o lekarzy. Kluczowe jest dla mnie kontynuowanie działań na rzecz no fault, bo wiele naszych koleżanek i kolegów ponosi dziś niezasadne konsekwencje obecnych rozwiązań. Patrząc na doświadczenia krajów zachodnich, uważam, że dojrzeliliśmy do tego, by podobny system wprowadzić również w Polsce.

też sprawozdania kadencyjne NROZ, NSL, NKR i KKW. Poza tym w czasie zjazdu rozpatrzono m.in. projekt uchwały w sprawie programu samorządu lekarskiego na lata 2026–2030 oraz projekty zmian uchwał dotyczących regulaminu wyborów, regulaminu NRL, regulaminu działania KKW oraz regulaminu działania okręgowej komisji wyborczej.

DR FLOYD GASI EMOCJE

Zwieńczeniem niezwykle intensywnych dwóch dni, wypełnionych

dyskusjami i podejmowaniem decyzji ważnych dla całego środowiska lekarskiego, był koncert zespołu Dr Floyd, który odbył się tuż po oficjalnym zakończeniu obrad.

W organizację zjazdu zaangażowani byli wszyscy pracownicy NIL, a jego rozpoczęcie poprzedziły miesiące intensywnych przygotowań. Całe wydarzenie było relacjonowane godzina po godzinie przez „Gazetę Lekarską” – w naszym portalu internetowym publikowaliśmy nie

tylko zdjęcia, ale również materiały wideo.

Relacje na żywo z krajowych zjazdów prowadzimy już od 2014 r. Dwanaście lat temu NIL była pierwszym samorządem zawodów zaufania publicznego, który zdecydował się na tak transparentną formę informowania o swoich działaniach w czasie KZL. Dziś to już tradycja wpisana w – jak często mawiają delegaci – święto samorządowej demokracji, które po raz kolejny odbędzie się za cztery lata. ●

XVII KRAJOWY ZJAZD LEKARZY

Mocne wsparcie dla szefa samorządu

LIDIA SULIKOWSKA

Drugiego dnia Krajowego Zjazdu Lekarzy w Jachrance wybrano 40 lekarzy i 10 lekarzy dentyistów do Naczelnej Rady Lekarskiej X kadencji. Wyniki wskazują na kontynuację dotychczasowego kierunku działań władz centralnych samorządu.

W wyborach startowało 106 osób, w tym 85 lekarzy i 21 lekarzy dentyistów. Zgodnie z regulaminem było do obsadzenia 40 miejsc dla lekarzy i 10 dla lekarzy dentyistów. Największą liczbę głosów wśród lekarzy zdobył Jarosław Markowski (372). W przypadku lekarzy dentyistów bezkonkurencyjny okazał się Rafał Jackowski, na którego swój głos oddało 313 delegatów. Członkami Rady zostali m.in. wiceprezesa NRL IX kadencji (Paweł Barucha, Klaudiusz Komor, Mateusz Kowalczyk), a także dotychczasowy skarbnik NRL (Grzegorz Mazur), z-ca sekretarza NRL (Paweł Doczekalski) i częściowo członkowie Prezydium. Wyniki głosowania pokazują, że zwolennicy Łukasza Jankowskiego, który pozostał prezesem NRL na drugą kadencję, uzyskali wyraźną większość.

Co warte odnotowania, w NRL znalazł się Zbigniew Brzezina, który zasiada w tym gronie we wszystkich kadencjach. Zabrakło w niej natomiast Tadeusza Urbana, kontrkandydata Łukasza Jankowskiego w wyborach na prezesa NRL.

W sumie spośród 50 osób zasiadających skład NRL nowej kadencji znalazło się dziewięć kobiet, w tym trzy lekarki dentyistki. Wspólnie z prezesem NRL i prezesami okręgowych rad lekarskich tworzą pełny, 75-osobowy skład tego organu. O tym, kto zasiądzie w Prezydium nowo uformowanej NRL, zdecydują jej członkowie podczas posiedzenia, które zaplanowano na 12 czerwca w siedzibie NIL w Warszawie.

SKŁAD NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ X KADENCJI SAMORZĄDU LEKARSKIEGO:

LEKARZE WYBRANI PODCZAS XVII KZL:

Zbigniew Brzezina, Roman Budziński, Leszek Buk, Paweł Czekalski, Paweł Doczekalski, Igor Domański, Wojciech Domka, Piotr Fic, Magdalena Flaga-Łuczkiwicz, Mateusz Grochowski, Krzysztof Herman, Przemysław Janusz, Łukasz Jaśkiewicz, Marek Jodłowski, Grzegorz Kołodziej, Klaudiusz Komor, Jakub Kosikowski, Andrzej Kot, Jan Kowalczyk, Mateusz Kowalczyk, Stanisław Kowarzyk, Tomasz Koziół, Jarosław Markowski, Michał Matuszewski, Andrzej Matyja, Grzegorz Mazur, Diana Olczyk, Damian Patecki, Filip Pawliczak, Artur Płachta, Agnieszka Ponieważ, Piotr Potera, Kamila Radomska-Hnatyszyn, Rita Sharma, Krzysztof Siemianowicz, Natalia Sot-Muszyńska, Mateusz Szczupak, Łukasz Szymgel, Piotr Wincianus, Paweł Wojciechowski

LEKARZE DENTYŚCI WYBRANI PODCZAS XVII KZL:

Paweł Barucha, Rafał Jackowski, Dariusz Kutella, Anna Lella, Dariusz Paluszek, Andrzej Siarkiewicz, Maciej Sikora, Jolanta Smerkowska-Mokrzycka, Marcin Szczęśniak, Anna Zalewska

POZA OSOBAMI WYBRANYMI NA ZJEŹDZIE W SKŁAD NRL WCHODZI TEŻ PREZES NRL ŁUKASZ JANKOWSKI I 24 PREZESÓW OKRĘGOWYCH RAD LEKARSKICH:

Stefan Antosiewicz (Wojskowa Izba Lekarska w Warszawie), Marek Błaszczuk (Opolska Izba Lekarska w Opolu), Michał Balsa (Okręgowa Izba Lekarska w Szczecinie), Artur Drobnik (Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie), Wojciech Florjański (Dolnośląska Izba Lekarska we Wrocławiu), Łukasz Jasek (Okręgowa Izba Lekarska w Łodzi), Piotr Kochbach (Warmińsko-Mazurska Izba Lekarska w Olsztynie), Jacek Kotuła (Okręgowa Izba Lekarska w Zielonej Górze), Jarosław Kozaczyński (Okręgowa Izba Lekarska w Koszalinie), Marzena Ksel-Teleśnicka (Okręgowa Izba Lekarska w Krakowie), Mariusz Malicki (Okręgowa Izba Lekarska w Częstochowie), Krzysztof Marchewka (Okręgowa Izba Lekarska w Rzeszowie), Joanna Maślankowska (Okręgowa Izba Lekarska w Płocku), Marcin Nowiński (Okręgowa Izba Lekarska w Gdańsku), Marta Owczyńska (Okręgowa Izba Lekarska w Tarnowie), Anita Pacholec (Kujawsko-Pomorska Izba Lekarska w Toruniu), Radosław Piwowarczyk (Beskidzka Izba Lekarska w Bielsku-Białej), Przemysław Rosak (Śląska Izba Lekarska w Katowicach), Dariusz Samborski (Lubelska Izba Lekarska w Lublinie), Piotr Sielatycki (Okręgowa Izba Lekarska w Białymstoku), Andrzej Szmít (Okręgowa Izba Lekarska w Gorzowie Wielkopolskim), Mateusz Szulca (Wielkopolska Izba Lekarska w Poznaniu), Dorota Szyska-Skrobot (Świętokrzyska Izba Lekarska w Kielcach), Aleksandra Śremska (Bydgoska Izba Lekarska w Bydgoszczy)

XVII KRAJOWY ZJAZD LEKARZY

Nocny dreszczowiec

PIOTR KOŚCIELNIAK

Najwięcej emocji budził proces wyboru prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej. Po prezentacjach programowych i wielogodzinnej debacie Łukasz Jankowski ostatecznie pokonał Tadeusza Urbana stosunkiem głosów 266 do 193. Wyniki ogłoszono o godz. 4.40 w nocy.

To druga kadencja Łukasza Jankowskiego u sterów NRL. Tadeusz Urban, były prezes Śląskiej Izby Lekarskiej w Katowicach, był jego jedynym kontrkandydatem w tych wyborach. To pewne zaskoczenie, bowiem w kuluarach można było usłyszeć, że być może weźmie w nich udział również Michał Balsa, prezes Okręgowej Izby Lekarskiej w Szczecinie. Zarówno on, jak i Tadeusz Urban otwarcie krytykowali prezesa Jankowskiego. Próbowali doprowadzić do jego odwołania w trakcie trwania kadencji. Ostatecznie opozycja wobec władz IX kadencji zjednoczyła się wokół doświadczonego samorządowca ze Śląska.

Wszystko to sprawiło, że ta część Zjazdu przyniosła ogromne emocje. Procedura wyboru prezesa rozpoczęła się już po północy podczas – formalnie – pierwszego dnia obrad XVII Krajowego Zjazdu Lekarzy. Opóźnienie wynikało z awarii systemu do głosowania (usuniętej na szczęście dość szybko) oraz celowego przedłużania dyskusji przez część delegatów, sympatyków opozycji. Padały nawet wezwania do przerwania obrad, rozbicia części wyborczej na dwie części i przeniesienia głosowań na kolejny dzień.

Procedurę wyborczą rozpoczęły prezentacje kandydatów, podczas których przedstawiali wizje kolejnej kadencji władz samorządowych. Pierwszy wystąpił ustępujący prezes NRL.

Łukasz Jankowski zwrócił uwagę na dwa główne wyzwania nadchodzącej X kadencji samorządu lekarskiego: szczybla centralnego. Pierwsze to postępujący upadek systemu ochrony zdrowia, co ma sprawić, że lekarze będą nadal celem ataków resortu zdrowia. Drugie wyzwanie jest związane z szybkim rozwojem narzędzi cyfrowych, w tym sztucznej inteligencji.

– Przez długi czas będziemy pod presją decydentów, jesteśmy na pierwszej linii zmian. A kryzys systemu ochrony zdrowia



fot.: A. Szczepczyk

◀ **Tadeusz Urban i Łukasz Jankowski** w czasie wyborów prezesa NRL

murem. Do tej drużyny zapraszam każdego – podkreślił.

Po nim zabrał głos Tadeusz Urban. – Z wami, dla was – tak rozumiem misję samorządu. Jestem praktykiem, ginekologiem-położnikiem, od lat zaangażowanym w kwestie prawa medycznego. Ostatnie osiem lat poświęciłem pracy na rzecz Śląskiej Izby Lekarskiej – mówił. Wyjaśnił, że kandyduje z dwóch powodów. – Po pierwsze wartości, których dziś oczekuje środowisko: praworządność i dialog. Są mi one szczególnie bliskie i uważam, że muszą zostać przywrócone. Po drugie, mam doświadczenie, kompetencje i skuteczność, które pozwalają realnie budować silny, nowoczesny samorząd. Jak dodał: – Tylko zjednoczony samorząd będzie skutecznie działał. Podkreślił, że działając wspólnie, samorząd może stać się wiarygodnym partnerem dla państwa, a jego siła tkwi w jedności. Wymienił pięć priorytetów: prawo, bezpieczeństwo, transparentność, kształcenie oraz realne wsparcie dla środowiska.

Po prezentacjach rozpoczęła się dyskusja, w której delegaci mogli zadawać kandydatom pytania. Samo głosowanie miało tradycyjną formę – z użyciem papierowych kart, a nie systemu elektronicznego.

Komisja liczyła głosy do świtu. Wyniki nie pozostawiły wątpliwości co do kierunku działań samorządu – Łukasz Jankowski pokonał Tadeusza Urbana większą przewagą głosów niż cztery lata temu prof. Andrzeja Matyję. ●

przestaje być tematem do dyskusji, staje się rzeczywistością. Kolejnym wyzwaniem staje się szybki rozwój sztucznej inteligencji. W cyfryzacji należymy do europejskiej czołówki, tuż za Łotwą – podkreślił Jankowski.

Mówił też o potrzebie zmiany ustawy o izbach lekarskich, tak aby wzmocnić pion odpowiedzialności zawodowej. Podkreślił, że należy przypomnieć pacjentom, iż zawód lekarza jest zawodem elitarnym – w dobrym tego słowa znaczeniu. – Przystajemy się wstydić tego, że lekarz zarabia godnie. Bronimy interesów lekarzy i jesteśmy korporacją zawodową w dobrym sensie – stwierdził. Zwrócił również uwagę na konieczność dalszej cyfryzacji i unowocześnienia Centralnego Rejestru Lekarzy.

Odnosił się także do ciągle obecnego konfliktu w samorządzie lekarskim. – Odpowiedzią na polaryzację nie jest jednomyślność, lecz dialog. Startuję z hasłem „Silny Samorząd” – powiedział Łukasz Jankowski. Wyjaśnił, że silny samorząd to samorząd odważny, zdeterminowany, taki, w którym nie ma jednego lidera, a jest cała drużyna, która stoi za sobą

XVII KRAJOWY ZJAZD LEKARZY

Silny mandat, trudne czasy

Mamy szansę na poprawę relacji z Ministerstwem Zdrowia i zasypanie podziałów w samorządzie. Ale muszą tego chcieć obie strony – mówi wybrany przez XVII Krajowy Zjazd Lekarzy prezes Naczelnej Rady Lekarskiej **Łukasz Jankowski** w rozmowie z Piotrem Kościelniakiem.

Wygłał Pan dużą różnicą głosów, większą niż cztery lata temu. Po dwóch latach sporów w Naczelnej Radzie Lekarskiej takie zwycięstwo to na pewno duża satysfakcja.

Mam satysfakcję, że pomimo sporów, ale również pomimo metod, którymi starano się mnie zdyskredytować – mnie i moją drużynę – pomimo całej kampanii negatywnej, którą w ostatnich tygodniach prowadzono przeciwko mnie, udało mi się pokazać delegatom, jak w rzeczywistości wyglądała w tej kadencji praca Naczelnej Rady Lekarskiej i fakt, że postawiliśmy na kreowanie rzeczywistości, budowaliśmy, a nie staraliśmy się utrudniać i burzyć, zyskał przychylność Zjazdu.

Myślę, że może satysfakcja jest tutaj złym słowem. Na pewno czuję też pewną ulgę. Włożyliśmy z całą moją drużyną w działanie dla środowiska lekarskiego w mijającej kadencji naprawdę dużo pracy. Tak duża większość delegatów, która poparła moją wizję samorządu, pokazała mi, że obrany przez nas kierunek jest słuszny.

Powiedział Pan o potrzebie zasypania podziałów w samorządzie. To są ładne słowa, których na pewno wszyscy oczekiwali. Ale jak ma to wyglądać w praktyce?

Jestem już po rozmowach z prezesami okręgowych rad lekarskich. Jadę w najbliższych dniach odwiedzić Śląską Izbę Lekarską i porozmawiać tam na miejscu z działaczami. Jadę też do Wrocławia, a więc do izb, które do tej pory były przeciwne kierunkowi działań samorządu. Również tam widzę otwartość do rozmów i współpracy. Do zasypania podziałów potrzebna jest wola obu stron i taką wolę dzisiaj widzę. Mam też poczucie, że przyjęta przeze mnie strategia unikania „taplania się w błocie”, którym



▲ Moja wygrana taką różnicą głosów to zakończenie wielu sporów – mówi prezes **Łukasz Jankowski**

bardzo chcieli ubrudzić mnie ci, którzy prowadzili negatywną kampanię przeciwko mnie dla swoich personalnych ambicji, przynosi efekty. Z okręgowych izb lekarskich płyną sygnały, że potrzebny jest reset we wzajemnych relacjach. Chcemy wyjścia do przodu i rozmów o przyszłości.

Moja wygrana taką różnicą głosów to również zakończenie wielu sporów, które toczyły się na linii Naczelna Izba Lekarska – niektóre okręgowe rady lekarskie. Silne potwierdzenie mojego mandatu sprawia, że trudno jest dziś go podważać. Ale najważniejsze jest co innego – samorząd lekarski to narzędzie naszego środowiska do walki o korzystne zmiany w systemie dla wszystkich lekarzy. Ambicje i spory działaczy nie mogą mieć wpływu na działanie tego na-

rzędzia. Samorząd musi być silny i zjednoczony, by mógł spełniać optymalnie swoją funkcję. Dlatego dążę do resetu i podania ręki na zgodę wszystkim, którzy są na to gotowi, bo środowisko lekarskie potrzebuje dziś silnego samorządu. Personalne przepychanki z jednej strony, a z drugiej poczucie krzywdy spowodowane niesprawiedliwymi atakami, obecne u wielu działaczy z mojego otoczenia, nie ma prawa rzutować na pracę naszej izby. Tak naprawdę konflikty między osobami funkcyjnymi w samorządzie nie obchodzą lekarzy – ich interesuje sprawna izba, która dba o ich interesy. A moją rolą jest taki samorząd budować. Reset we wzajemnych relacjach postrzegam jako krok do tego celu.

Skoro jesteś przy sporach – w swojej prezentacji podczas zjazdu wskazywał Pan, że konflikt z Ministerstwem Zdrowia zapewne się nie zakończy. Finansowy kryzys systemu ochrony zdrowia będzie się pogłębiał, a resort za tę sytuację nadal zamierza obwiniać lekarzy.

Widzę lekką odwilż w kontaktach z Ministerstwem Zdrowia. Pani minister zadzwoniła do mnie i pogratulowała wyboru. Jednocześnie myślę, że atak na naszą grupę zawodową będzie trwać, pomimo że najnowsze dane AOTMiT pokazują, że 625 lekarzy w Polsce zarabia powyżej 100 tys. zł. To są 3 promile wszystkich lekarzy. Niestety, mimo istnienia twardych danych o naszych zarobkach wysokość wynagrodzeń wciąż będzie nam wypominana po to, żeby antagonizować naszą grupę zawodową ze społeczeństwem i przerzucać

odpowiedzialność za niewydolny system ochrony zdrowia.

Dzisiaj jesteśmy w przededniu zamykania niektórych szpitali powiatowych ze względu na brak finansowania i brak kadry. Już teraz widzimy znaczne limitowanie niektórych badań i zabiegów oraz wydłużanie się kolejek. W związku z tą sytuacją kontakty z ministerstwem będą zapewne trudne. Jeżeli nie zmieni podejścia do nas i nie zacznie traktować nas jako merytorycznego partnera, a takim chcemy być, to z pewnością nadal będziemy krytycznym recenzentem poczynań resortu. A na oszczędności za wszelką cenę, kosztem jakości leczenia naszych pacjentów, po prostu się nie zgodzimy.

Dały się również słyszeć głosy, że ministerstwo czeka na wybory władz samorządu lekarskiego i jest gotowe na nowe otwarcie. W Jachrance nie było jednak żadnego z wysokich przedstawicieli resortu. A pierwszego dnia po zjeździe wznowiono kontrolę w NIL.

Byliśmy umówieni na kontynuację tej kontroli, więc rozumiem, że jest to naturalna konsekwencja tych ustaleń. Widzę jednak pewną szansę na poprawę relacji. Na pewno atmosfera przedzjazdowa była bardzo napięta, wiele środowisk bacznie obserwowało wydarzenia w samorządzie, niekiedy stawiając się po jednej ze stron wyborczego procesu. Myślę, że wynik wyborów i zaufanie delegatów pokazują, że dzisiaj Naczelna Rada Lekarska ma mocny mandat środowiska do tego, żeby rozmawiać z Ministerstwem Zdrowia. Liczę na rozmowy w konstruktywnym duchu. Szansa na odwilż jest, ale musimy chcieć tego obie strony.

Mówił Pan również o wyzwaniu, jakim jest cyfryzacja i wprowadzanie sztucznej inteligencji. Jaki jest pomysł samorządu na przygotowanie lekarzy do cyfrowej rewolucji AI?

To prawda, mówiłem też o elitarności: po raz pierwszy odczarowaliśmy na zjeździe to pojęcie. Wcześniej lekarze bali się mówić o sobie, że są elitą. Nie chcieliśmy, aby ktoś przez to nazywał nas kastą, źle rozumiejąc elitarność. Dzisiaj trzeba przypomnieć, że jesteśmy elitą i że chcemy dbać o elitarność również przez usuwanie z zawodu czarnych owiec. Chodzi również o pokazanie wysokiej jakości naszych świadczeń zdrowotnych. Polscy lekarze naprawdę nie mają się czego wstydić. Możemy być wzorem dla wielu lekarzy w całej Europie zarówno jeżeli

chodzi o podejście do cyfryzacji, którą z sukcesem wprowadzamy, jak i jakość naszej pracy.

Wracając do pytania: cyfryzacja w ochronie zdrowia jest poważnym wyzwaniem. Podzieli lekarzy na tych, którzy będą używali narzędzi sztucznej inteligencji, i na tych, którzy nie będą z tych narzędzi korzystali i siłą rzeczy będzie im trudniej utrzymać się na szybko zmieniającym się rynku. Szczególnie że pacjenci również zaczynają korzystać z AI.

Jakie konkretnie działania podejmuje samorząd w tej sprawie?

Nasza sieć lekarzy innowatorów rozwija projekt NIL IN, a więc miejsce wsparcia dla lekarzy, którzy chcą brać aktywny udział w tej zmianie bądź sami tworzą rozwiązania z zakresu AI. Widzimy też potencjał w projekcie NIL IN Science, gdzie razem z instytucjami badawczymi chcielibyśmy kontynuować walidację rozwiązań cyfrowych w oparciu o dane naukowe.

Jednocześnie chcemy postawić na szkolenia lekarzy w tej dziedzinie. Chcemy również takich zmian prawnych, żeby tajemnica lekarska, a może – ze względu na dostępność do danych nie tylko lekarzy – tajemnica leczenia była lepiej chroniona w dobie sztucznej inteligencji.

Prezentując swój pomysł na samorząd, wspominał Pan o wzmocnieniu pionu odpowiedzialności zawodowej. Co dokładnie ma się wydarzyć?

Komisja Legislacyjna już pracuje nad zmianami w ustawie o izbach lekarskich, tak aby wzmocnić pion odpowiedzialności zawodowej, wprowadzić bardziej wydajną instytucję mediacji. Myślimy również o wprowadzeniu jakiejś formy immunitetu dla sędziów i rzeczników odpowiedzialności zawodowej po to, żeby mogli liczyć na ochronę państwa wobec ataków na nich. Jednocześnie chcemy wzmacniać pion odpowiedzialności zawodowej w zakresie kompetencji prawnych, jak również iść w kierunku etatyzacji, czyli otwarcia się nie tylko na członków wywodzących się spośród delegatów na zjazd, ale na wszystkich chętnych

lekarzy, którzy chcą się tego podjąć i charakteryzują się nienaganną postawą etyczną oraz oczywiście doświadczeniem w tym zakresie.

Częścią strategii cyfryzacji w tej kadencji ma być modernizacja Centralnego Rejestru Lekarzy.

Nasz dzisiejszy rejestr ulega multiplikacji raz dziennie. Wygląda to tak, że izby okręgowe wprowadzają dane do swoich rejestrów, a one multiplikują się do Centralnego Rejestru Lekarzy. Ten rejestr ma już kilkanaście lat. Od dawna samorząd starał się, aby go unowocześnić. To się dotychczas nie udało. Myślę, że trzeba pozyskać zewnętrzne finansowanie, stworzyć rejestr centralny, do którego dostęp będą miały izby okręgowe. Pozwoli to na dostęp do informacji w czasie rzeczywistym.

Modernizacja Centralnego Rejestru Lekarzy to wymóg nowoczesności, ale również szansa na to, aby powstały na przykład konta lekarzy, na których będziemy widzieć swoje punkty edukacyjne, które każdy będzie mógł na bieżąco sprawdzać i które będzie wprowadzał organizator szkolenia, odciążając lekarza.

Kolejną rzeczą, o którą samorząd stara się od lat, a na co bardzo liczą lekarze, jest wprowadzenie systemu no fault.

Temat no fault wybrzmiał również na zjeździe. Jesteśmy przygotowani do jego wprowadzenia i w zasadzie czekamy tylko na dobry moment polityczny.

Zjazdowe emocje już opadły, wracamy do codziennej pracy. Od czego Pan zacznie jako nowy-stary prezes?

Cały zespół Naczelnej Izby Lekarskiej musi odpocząć po bardzo wymagającym Krajowym Zjeździe Lekarzy. Trwa również kontrola rozpoczęta przez Ministerstwo Zdrowia i my w tej kontroli uczestniczymy. Zaczę od spotkania z Komisją Legislacyjną i sprawdzenia, na jakim etapie są prace nad zmianą ustawy o izbach lekarskich. Skontaktuję się również z Ministerstwem Cyfryzacji, próbując pozyskać środki na dalszą cyfryzację naszego samorządu. ●

XVII KRAJOWY ZJAZD LEKARZY

Nowe składy organów NIL

LIDIA SULIKOWSKA

Podczas XVII KZL poza wyborami na prezesa i członków NRL delegaci zdecydowali też, kto zostanie Naczelnym Rzecznikiem Odpowiedzialności Zawodowej. Wybrali także jego zastępców oraz członków Naczelnego Sądu Lekarskiego, Naczelną Komisji Rewizyjnej i Krajowej Komisji Wyborczej.

Naczelnym Rzecznikiem Odpowiedzialności Zawodowej X kadencji samorządu lekarskiego został Jacek Opinc, zdobywając 242 głosy. Przez ostatnie cztery lata funkcję tę pełnił Zbigniew Kuzyszyn, który w czasie majowego zjazdu starał się o reelekcję (głosowało na niego 43 delegatów). Był też trzeci kandydat – prof. Andrzej Matyja z Okręgowej Izby Lekarskiej w Krakowie, były prezes Naczelną Rady Lekarskiej (uzyskał 179 głosów).

Zbigniew Kuzyszyn w swoim wystąpieniu zadeklarował, że chciałby kontynuować to, co robił w mijającej kadencji. Podkreślił też wagę dalszej realizacji wypracowanego systemu szkoleń z przedstawicielami pionu odpowiedzialności zawodowej. Z kolei Andrzej Matyja zaproponował nową filozofię działania organu rzecznika odpowiedzialności zawodowej – takiego, który nie przekreśla, ale szuka rozwiązań, nie stygmatyzuje, ale rzetelnie dba o autorytet zawodu lekarza i lekarza dentysty, jest jego sojusznikiem, a nie wrogiem. Powiedział, że będzie strażnikiem KEL, będzie przestrzegać litery prawa, ale przede wszystkim będzie dbać o ducha prawa.

Jacek Opinc podkreślił z kolei, że jego wieloletnie doświadczenie i świeże spojrzenie pozwoli realnie poprawić te obszary pracy rzecznika, które tego wymagają. Zwrócił uwagę, że trzeba przywrócić dobre relacje pomiędzy NROZ a okręgowymi rzecznikami odpowiedzialności zawodowej. Stwierdził też, że należy wzmocnić ich rolę, ale też poprawić dyscyplinę dotyczącą terminowości prowadzonych postępowań. Dodał również, że zależy mu na wprowadzeniu cyklicznych szkoleń dla rzeczników.

SKŁADY ORGANÓW X KADENCJI

ZASTĘPCY NACZELNEGO RZECZNIKA ODPOWIEDZIALNOŚCI ZAWODOWEJ:

- **lekarze:** Robert Adamowicz, Zbigniew Antosz, Jacek Bierca, Leszek Czupryniak, Teresa Dobrzańska-Pielichowska, Jacek Gawron, Robert Jach, Marek Kaźmierczyk, Krzysztof Lubecki, Janusz Małecki, Elżbieta Narolska-Wierczewska, Joanna Szelağ, Łukasz Szpinda, Wanda Wenglarzy-Kowalczyk, Igor Wójciak, Lech Żak
- **lekarze dentyści:** Jolanta Hańcka, Anna Kot, Teresa Matthews-Brzozowska

CZŁONKOWIE NACZELNEGO SĄDU LEKARSKIEGO:

- **lekarze:** Stefan Bednarz, Anna Dec, Wojciech Derkowski, Jacek Fórmaniak, Ryszard Golański, Justyna Klimkiewicz, Jacek Kocot, Romuald Krajewski, Jerzy Kruszewski, Katarzyna Krystosik-Łasecka, Marek Kubasik, Zbigniew Kuzyszyn, Iwona Latos, Grażyna Lesyng-Pawłowska, Jerzy Matkowski, Paweł Matysiak, Jacek Mazur, Jacek Miarka, Maciej Miarka, Sylwia Miernik-Podleśko, Paweł Mieszczński, Piotr Minowski, Jerzy Nosarzewski, Leszek Orliński, Karol Początek, Małgorzata Popławska, Agnieszka Serwan, Zofia Waryszewska-Chrząstek, Michał Wępsięć, Krzysztof Zaorski, Wojciech Zelenay, Katarzyna Ziara
- **lekarze dentyści:** Justyna Grudziąż-Sękowska, Mariola Łyczewska, Ewa Miękus-Pączek, Jerzy Mucha, Michał Telega, Joanna Wysokińska-Miszczuk

CZŁONKOWIE NACZELNEJ KOMISJI REWIZYJNEJ:

- **lekarze:** Michał Brzezin, Jan Buxakowski, Bartosz Czaja, Kinga Czarnecka, Filip Korol, Piotr Lassota, Oleg Nowak, Bartosz Omasta, Mateusz Owsiak, Adam Szewc, Mariusz Witczak
- **lekarze dentyści:** Jarosław Lisiecki, Teresa Sierpińska, Bożena Sulma-Urban

CZŁONKOWIE KRAJOWEJ KOMISJI WYBORCZEJ:

- **lekarze:** Leszek Buk, Wojciech Grabczan, Krzysztof Hałdys, Barbara Hasiec, Lidia Klichowicz, Jan Kowalczyk, Stanisław Kowarzyk, Marzena Mazur, Adam Miller, Marta Owczyńska, Jacek Sowiński, Wioletta Szafrąńska-Kocuń, Tomasz Szcześniak, Anna Tokajuk, Zuzanna Wojdyńska
- **lekarze dentyści:** Małgorzata Filipowska, Beata Jarczewska-Głońska, Dariusz Kutella, Dariusz Samborski, Mery Topolska-Kotulecka

Podczas zjazdu wybrano także zastępców NROZ i członków Naczelnego Sądu Lekarskiego. Wyłoniono ponadto składy Naczelną

Komisji Rewizyjnej i Krajowej Komisji Wyborczej. W ramce zamieszczamy nowo wybrane składy wymienionych organów NIL. •

XVII KRAJOWY ZJAZD LEKARZY

Szkolenia, dobre relacje i mediacje

Jeśli chcemy radzić sobie z dużymi wyzwaniami, jak działalność tzw. receptomatów, antyszczepionkowców i szarlatanów, musimy grać do jednej bramki – mówi **Jacek Opinc**, Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej, w rozmowie z Lidią Sulikowską.

Decyzją delegatów XVII KZL został Pan Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej. Gratuluję. Trudno jest przejąć ster po poprzedniku, który starał się o reelekcję?

Bardzo trudno, tym bardziej że niezwykle cenię i szanuję dotychczasowego rzecznika Zbigniewa Kuzyszyna. Na szczęście nie ma pomiędzy nami złej krwi, za co mu jestem ogromnie wdzięczny.

Jakie ma Pan plany na najbliższe cztery lata?

Dla mnie najważniejszym zadaniem jest poprawa relacji między NROZ a okręgowymi rzecznikami odpowiedzialności zawodowej. Obecnie są one dość chłodne. Bardzo chciałbym to zmienić.

W jaki sposób?

Zależy mi na wzmocnieniu ich roli i zbliżeniu nas wszystkich do siebie. Mamy sporo doświadczonych ludzi w terenie. Warto z ich doświadczenia korzystać. Uważam, że Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej powinien być team leaderem – starszym bratem, który wsłuchuje się w głos wszystkich rzeczników. Ważny jest wzajemny szacunek, dbałość o skuteczny przepływ informacji, transparentność i przejrzystość.

Jeśli chcemy radzić sobie z dużymi wyzwaniami, jak działalność tzw. receptomatów, antyszczepionkowców i szarlatanów, musimy grać do jednej bramki. To określone, powtarzalne grupy spraw, z którymi wszyscy mamy do czynienia. Zamierzam powołać zespoły robocze, które będą pracować nad ujednoczeniem mechanizmów postępowania w takich sprawach w całej Polsce.

Podczas swojego wystąpienia wyborczego mówił Pan o potrzebie zwiększenia dyscypliny terminowości prowadzonych postępowań przez rzeczników. Jak to wygląda obecnie i co można zrobić, by tę sytuację poprawić?



foto: A. Szczyrzyk

Obecnie wiele spraw ulega przedawnieniu. Główną przyczyną są działania adwokatów, którzy robią wszystko, co mogą, żeby spowolnić tempo naszych prac i rzeczywiście wielokrotnie doprowadzają do tego, że sprawy się przedawniają. Musimy na to skutecznie reagować, np. jeżeli jakiś świadek nie zgłosi się na przesłuchanie, to wyznaczmy mu następne spotkanie za dwa tygodnie, a nie za 2,5 miesiąca.

Co jeszcze wymaga poprawy?

Chciałbym bardziej skupić się na edukacji. Należy wprowadzić systematyczne merytoryczne szkolenia dla rzeczników odpowiedzialności zawodowej i ich zastępców. Powinniśmy spotykać się online w ściśle określonych terminach, np. raz na kwartał na dwie godziny, by omawiać ważne dla nas zagadnienia.

Jakiej wiedzy potrzebują rzecznicy?

Mam nadzieję, że niejednokrotnie w tematyce tych spotkań będą nas inspirować sami zainteresowani. Powiem więcej, liczę na to, że część takich spotkań będą prowadzić okręgowi rzecznicy, np. przedstawiając jakiś ciekawy przypadek, z którego wszyscy będą mogli wyciągnąć wnioski na przyszłość.

◀ **Jacek Opinc** jest specjalistą ginekologii i położnictwa, od ponad 20 lat związany z pionem odpowiedzialności zawodowej – najpierw jako zastępca okręgowego rzecznika odpowiedzialności zawodowej OIL w Łodzi, następnie jako OROZ tej izby, a przez ostatnie cztery lata jako zastępca NROZ

Czy są potrzebne zmiany prawne regulujące działalność rzeczników odpowiedzialności zawodowej i ich zastępców?

Jestem gorącym zwolennikiem tego, by zaistniała możliwość wprowadzenia mediacji w trakcie prowadzenia postępowania. Obecnie rzecznik, który otrzymuje zawiadomienie o możliwości popełnienia przewinienia zawodowego, może albo tę sprawę uciąć, albo nadać jej dalszy bieg. Nie ma trzeciej drogi. Szkoda, bo za sprawą mediacji niejednokrotnie można by zaspokoić obie zważnione strony.

Podczas zjazdu w Jachrance wybrano 19 zastępców NROZ, a miejsc było 36. Jak sprawić, by lekarze chcieli się angażować w tę pracę?

Niewielu lekarzy interesuje ta działalność, bo tak naprawdę nikt nas, rzeczników, nie lubi. Ani pacjenci, którzy składają skargi, ani lekarze, wobec których te postępowania się toczą. Obie strony uważają, że chcemy zrobić im krzywdę. Nie chcę nikomu zrobić krzywdy, chcę tylko, by sprawiedliwość stało się zadość. Poza tym jesteśmy słabo wynagradzani w stosunku do tego, co moglibyśmy zarobić, pracując w tym czasie stricte w zawodzie, szczególnie będąc w kontrakcie. Myślę jednak, że tych 19 wybranych zastępców NROZ powinno dać radę – pod warunkiem że będą porządnie pracować. Bardzo na to liczę. ●

XVII KRAJOWY ZJAZD LEKARZY



XVII KRAJOWY ZJAZD LEKARZY



XVII KRAJOWY ZJAZD LEKARZY



XVII KRAJOWY ZJAZD LEKARZY



Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej i Naczelnego Rzecznika
alności Zawodowej: a) przedstawienie listy kandydatów na stan
Naczelnej Rady Lekarskiej (KKW), b) przedstawienie listy kandydat
Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej - (KKW),
w sprawie zamknięcia listy kandydatów na stanowisko Prezesa
w sprawie zamknięcia listy kandydatów na stanowisko Naczelne
odpowiedzialności Zawodowej, c) przedstawienie listy kandydatów na st
Naczelnej Rady Lekarskiej, f) przedstawienie listy kandydatów na stanowis
Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej, g) przedstawienie listy kandy
ka Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej i Naczelnego Rzecznika
alności Zawodowej.

w wyborów na stanowiska Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej i Naczelnego Rzecznika Odpow

wybranego Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej i Naczelnego Rzecznika Odpow

wybranego Naczelnego Rzecznika Odpow

aktu uchwały Krajowego Zjazdu Lekarzy i Krajowej Konferencji Członków Naczelnej
ków Naczelnego Rzecznika Odpow



XVII KRAJOWY ZJAZD LEKARZY

Uznanie dla zasłużonych

LIDIA SULIKOWSKA

Krajowy Zjazd Lekarzy to nie tylko wybory, dyskusje i rozpatrywanie uchwał ważnych dla środowiska lekarskiego. Tradycyjnie w czasie wydarzenia są wręczane najważniejsze odznaczenia samorządu lekarskiego.

Podczas XVII KZL w Jachrance siedmiu lekarzy i dwóch lekarzy dentyistów uhonorowano odznaczeniem „Meritus Pro Medicis”. Odebrali je lekarze Leszek Orliński (Świętokrzyska Izba Lekarska), Antoni Junosza-Szaniawski (Opolska Izba Lekarska), prof. Andrzej Matyja (OIL w Krakowie), Jacek Mazur (Opolska Izba Lekarska), Jolanta Orłowska-Heitzman (OIL w Krakowie), dr n. med. Artur de Rosier (Wielkopolska Izba Lekarska), Marek Zabłocki (Warmińsko-Mazurska Izba Lekarska), a także lekarze dentyści dr n.med. Bożena Hoffman-Golańska (OIL w Warszawie) i Dariusz Kutella (OIL w Gdańsku).

TO DLA MNIE WIELKA SPRAWA

– Dziś mamy święto samorządu, a to szczególnie moment tego święta – powiedział prof. Romuald Krajewski, kanclerz kapituły „Meritus Pro Medicis”, który wspólnie z prezesem NRL dr. n. med. Łukaszem Jankowskim wręczał odznaczenia. Wyróżnionych nazwał ludźmi wyjątkowymi. – Poświęcili pracy na rzecz samorządu nie tylko bardzo dużo czasu. Robili to wyjątkowo dobrze – podkreślił Romuald Krajewski. „Meritus Pro Medicis” jest wyrazem najwyższego uznania środowiska lekarskiego dla osób szczególnie zasłużonych dla samorządu lekarskiego. Może być przyznane zarówno lekarzom, jak i innym osobom. Odznaczenie nadaje kapituła w drodze tajnego głosowania, na wniosek organów lub członków izb lekarskich.

– Otrzymanie tego odznaczenia w tak znaczącym gronie to zaszczyt – powiedziała jedna z laureatek, Jolanta Orłowska-Heitzman. Dodała, że dzięki pracy w samorządzie lekarskim poznała wielu wspaniałych ludzi, z którymi czasem się zgadzała, a czasem nie, ale każda dyskusja była twórcza. – Fizycznie to odznaczenie jest

► Szczególnie zasłużone osoby otrzymały wyróżnienia



Fot. M. Tomczak

lekkie, ale emocjonalnie to wielka sprawa – stwierdziła z kolei Bożena Hoffman-Golańska i podziękowała lekarzom z pasjami twórczymi, tym, którzy malują, fotografują, śpiewają, piszą. – Bez nich moja praca byłaby bezużyteczna – podkreśliła.

DLA PRZYJACIÓŁ LEKARZY

To nie jedyni uhonorowani. Po raz pierwszy w historii samorządu lekarskiego wręczono odznaczenia „Amicus Medicorum” (Przyjaciel Lekarzy). Otrzymały je cztery osoby. – To nasi przyjaciele, którym pragniemy wyrazić wdzięczność i uznanie. Państwa działania zasługują na szczególne wyróżnienie – stwierdził Łukasz Jankowski, który wspólnie z wiceprezesem NRL Pawłem Baruchą wręczyli medale.

„Amicus Medicorum” mogą otrzymać osoby spoza środowiska lekarskiego za szczególne zasługi dla samorządu lekarskiego lub środowiska lekarskiego i lekarsko-dentystycznego.

Jako pierwszy odebrał je prof. dr hab. Paweł Łuków, autorytet w dziedzinie etyki, współtwórca

nowelizacji Kodeksu Etyki Lekarskiej. – Prof. Łuków stał się dla nas mentorem, przewodnikiem i drogowskazem w trudnych etycznych dylematach – powiedział Łukasz Jankowski. „Amicus Medicorum” otrzymał też aktor Tomasz Kot, który wziął udział w kampanii medialnej samorządu lekarskiego przybliżającej pacjentom realia codziennej pracy lekarzy i odpowiedzialności, która na nich spoczywa. – Dziękujemy, że dzięki panu pacjentowi lepiej rozumiemy naszą misję i wyzwania, z jakimi się mierzymy – powiedział prezes NRL. – Bardzo dziękuję, że mogę odebrać to wyróżnienie. Kiedy otrzymałem propozycję wzięcia udziału w kampanii „Jestem lekarzem, jestem człowiekiem”, nie wahałem się ani sekundy. Miałem poczucie, że jest to coś bardzo dobrego, pożytecznego – mówił aktor w swoim wystąpieniu.

Medalem zostali wyróżnieni także radca prawny Witold Preiss (za wkład w tworzenie i rozwój samorządu), a także aktorka Anna Dymna (związana z działalnością kulturalną samorządu lekarskiego).

gazetalekarska.pl

RZETELNIE, ODPOWIEDZIALNIE, DLA LEKARZY

Głos środowiska lekarskiego



Najważniejsze sprawy lekarzy.
Wydarzenia i opinie, z kraju i ze świata,
z rządu i samorządu, prawo i finanse,
edukacja i technologie, na serio
i po godzinach



AKTUALNOŚCI

Bądź na bieżąco
z najważniejszymi
wydarzeniami



OPINIE

Czytaj komentarze
ekspertów i głosy
środowiska



PRAWO

Poznaj najnowsze
przepisy i zmiany
ważne dla lekarzy



SAMORZĄD

Śledź działania,
decyzje
i inicjatywy



WPLYW

Twój głos ma
znaczenie w dyskusji
o ochronie zdrowia

dla lekarzy, o lekarzach, z lekarzami



ŚRODOWISKO

Ponad 180 tysięcy
lekarzy



DIALOG

Przestrzeń
merytorycznej
debaty



AUTORYTET

Rzetelne źródło
informacji



BĄDŹ BLISKO SPRAW, KTÓRE MAJĄ ZNACZENIE

www.gazetalekarska.pl

NEWSY Z KRAJU I ZE ŚWIATA

SYLWIA WAMEJ, LIDIA SULIKOWSKA

Nowe ognisko eboli

Władze WHO ogłosiły, że trwająca w Demokratycznej Republice Konga (DRK) epidemia gorączki krwotocznej Ebola wymaga podniesienia gotowości w krajach sąsiednich oraz wsparcia międzynarodowego, choć nie stanowi zagrożenia pandemicznego. W prowincji Ituri odnotowano dotychczas 246 zachorowań i 80 zgonów, z czego osiem przypadków potwierdzono laboratoryjnie. Choroba przekroczyła granicę z Ugandą. W Kampali potwier-



fot.: brossfeld/Pixabay.com

▲ 246 zachorowań i 80 zgonów – to żniwa eboli w DRK

dono dwa niezależne przypadki, w tym jeden śmiertelny: obie osoby niedawno przebywały w DRK. To 17. epidemia eboli w DRK od 1976 r., poprzednią zakończono pod koniec ubiegłego roku. Najpoważniejsza, z lat 2018–2020, spowodowała ponad tysiąc zgonów.

Lex szarlatan

Rząd przyjął projekt nowelizacji ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, której celem jest skuteczniejsze przeciwdziałanie pseudomedycynie, dezinformacji oraz działalności osób podszywających się pod specjalistów medycznych. Nowe przepisy mają chronić pacjentów przed niesprawdzonymi terapiami i dezinformacją medyczną. Minister zdrowia podkreśla, że państwo nie może tolerować praktyk żerujących na strachu i odciągających od skutecznego leczenia. Nowelizacja wzmacnia Rzecznika Praw Pacjenta, dając mu narzędzia do szybkiego blokowania nielegalnych praktyk i wydawania publicznych ostrzeżeń.

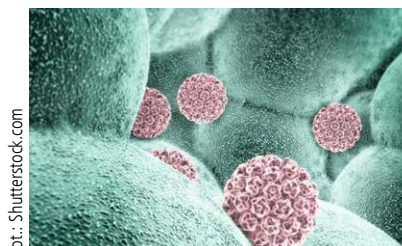
Podnosi też kary: do 1 mln zł za naruszanie zbiorowych praw pacjentów i 100 tys. zł za brak współpracy.

AI dla onkologów

Sztuczna inteligencja zaczyna realnie wchodzić w obszary dotychczas zarezerwowane dla specjalistów. W najnowszym wieloosrodkowym badaniu klinicznym (173 przypadki, pięć specjalności) system OncoBrain przygotowywał plany leczenia onkologicznego, które lekarze oceniali jako zgodne z wytycznymi, bezpieczne i klinicznie akceptowalne na poziomie porównywalnym z pracą doświadczonych onkologów. AI uzyskała bardzo wysokie noty m.in. za zgodność z dowodami (4,6–4,7/5) i brak błędów terapeutycznych (4,4–4,8/5). Podkreślono także realne oszczędności czasu i możliwość wykorzystania systemu jako „drugiego specjalisty” w ośrodkach z mniejszym doświadczeniem.

HPV HR zamiast cytologii

Analiza wyników pilotażowego badania opublikowana w „The Lancet Regional Health – Europe”, potwierdza, że testy HPV HR niemal dwukrotnie skuteczniej wykrywają stany przedrakowe szyjki macicy niż tradycyjna



fot.: Shutterstock.com

▲ Testy HPV HR są prawie dwa razy skuteczniejsze niż cytologia

cytologia. Ponad 33 tys. kobiet uczestniczyło w największym badaniu przesiewowym w regionie, które potwierdziło, że test HPV HR wykrywa zmiany CIN2+ prawie dwa razy skuteczniej niż cytologia. Wyniki polskiego pilotażu HPV-DNA, opublikowane w „The Lancet”, wyznaczają kierunek zmian dla krajów wciąż opierających screening na cytologii.

Pierwsza terapia PROTAC

FDA zatwierdziła Veppanu (vepdegestrant), pierwszą na świecie terapię PROTAC dla pacjentek z rakiem piersi HR+/HER2- z mutacją ESR1. Lek nie blokuje receptora, lecz usuwa go z komórki, przełamując jeden z głównych mechanizmów



fot.: Shutterstock.com

▲ Pierwsza na świecie terapia dla pacjentek z rakiem piersi została zatwierdzona

oporności na hormonoterapię. W badaniu VERITAC-2 Veppanu wykazała wydłużenie PFS i wyższą odpowiedź obiektywną w porównaniu z fulwestrantem, przy dobrej tolerancji. FDA przyznała leкови priority review, podkreślając przełomowy charakter technologii PROTAC. Eksperci oceniają, że terapia może zmienić standard leczenia u chorych z mutacją ESR1 i otworzyć drogę dla kolejnych leków degradujących białka w onkologii.

Lekcja o polio

WMuzeum Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku i Pałacu Branickich uruchomiono wystawę czasową o Albercie Sabinie – amerykańskim naukowcu i lekarzu polskiego pochodzenia, który opracował kolejną wersję (po preparacie innego Polaka – Hilarego Koprowskiego) szczepionki przeciwko wirusowi polio. Jak informuje UMB, na wystawie „Z Białegostoku do Ameryki – droga Alberta Sabina do zwycięstwa nad polio” można



foto.: Medyk Białostocki

▲ Wystawa o Albercie Sabinie w Białymstoku

obejrzyć m.in. sterylizator z kieliszkami używanymi do podawania szczepionki przeciwko polio (II poł. XX w.), amerykańskie znaczki pocztowe przedstawiające Alberta Sabina, a także zapoznać się z historią walki z epidemią polio na świecie. Wystawa potrwa do końca sierpnia.

Źródło: UMB

Nowa funkcja w mojeIKP

Waplikacji mojeIKP pojawiła się funkcja „Zweryfikuj pracownika medycznego”, która pozwala szybko sprawdzić, czy osoba udzielająca porad zdrowotnych ma prawo

wykonywania zawodu. To odpowiadź na rosnącą liczbę fałszywych profili podszywających się pod lekarzy i specjalistów w internecie. Nowy kafelek w sekcji „Pozostałe usługi” umożliwi weryfikację po imieniu i nazwisku lub numerze PWZ. Narzędzie obejmuje m.in. lekarzy, dentystów i farmaceutów. Za wdrożenie odpowiadają NIL IN, Ministerstwo Zdrowia i Centrum e-Zdrowia.

12 mln zł na walkę z rakiem

Konsorcjum czterech polskich uczelni będzie pracować nad terapią działającą na różne typy raka, selektywnie niszczącą komórki nowotworowe bez uszkodzenia zdrowych tkanek. Liderem przedsięwzięcia jest Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu, a jego partnerami są Uniwersytet Przyrodniczy we Wrocławiu, Uniwersytet Wrocławski oraz Politechnika Wroclawska. – Koncentrujemy się na białku aldolazie A, oznaczanej jako ALDOA. Jest to białko, które w wielu nowotworach występuje w zwiększonej ilości i pełni ważną funkcję w życiu komórki nowotworowej. Zespół badawczy chce wykorzystać fakt, że ALDOA bierze udział w stabilizacji cytoszkieletu, czyli wewnętrznego „rusztowania” komórki – tłumaczy kierownik projektu prof. Piotr Dziągiel z Zakładu Histologii i Embriologii UMW. Na realizację projektu ABM przyznała blisko 12 mln zł.

Źródło: UMW

Kolejne kraje wolne od jaglicy

Wostatnich tygodniach Światowa Organizacja Zdrowia ogłosiła sukces trzech krajów w walce z jaglicą (łac. trachoma). Choroba ta, będąca główną zakaźną przyczyną ślepoty na świecie, nie jest już problemem zdrowia publicznego w Australii, Algierii i Tunezji. Tym samym

już 31 krajów zostało przez WHO pozytywnie zweryfikowanych jako te, którym udało się wyeliminować chorobę. Jaglica niestety nadal

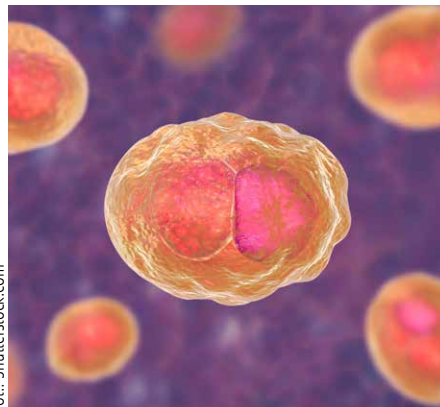


foto.: Shutterstock.com

▲ Chlamydia trachomatis

występuje endemicznie w niemal 30 krajach. W 1996 r. WHO powołała specjalny sojusz do walki z tą chorobą. Pierwotnie celem było wyeliminowanie jej jako problemu zdrowia publicznego na całym świecie do 2020 r. Obecnie obowiązująca data to 2030 r.

E-rejestracja się rozrasta

Od 1 sierpnia poszerza się zakres świadczeń, na które będzie się można zapisać w ramach centralnej e-rejestracji. Obejmie on pierwszą wizytę u angiologa lub chirurga naczyniowego, lekarza chorób zakaźnych, endokrynologa, lekarza chorób wątroby, lekarza chorób układu odpornościowego, nefrologa, neonatologa, lekarza chorób płuc. Przypominamy, że od 1 stycznia system umożliwia zapis na mammografię, test HPV HR i na pierwszą wizytę do kardiologa (wszystkie placówki oferujące te świadczenia na NFZ mają obowiązek podłączyć się do centralnej e-rejestracji do 1 lipca). Docelowo centralna e-rejestracja ma umożliwić zapis na wszystkie konsultacje u specjalistów finansowane przez NFZ.

źródło: pacjent.gov.pl

WAŻNY TEMAT

Pakujesz walizkę? Nie zapomnij o EKUZ

MARIUSZ TOMCZAK

Zagraniczny wyjazd to czasem też nieprzewidziane sytuacje, np. nagła wizyta u lekarza. Dzięki Europejskiej Karcie Ubezpieczenia Zdrowotnego koszty leczenia w wielu krajach naszego kontynentu nie zrujniają wakacyjnego budżetu.

Wielu Polaków podróżuje za granicę, ale nie wszyscy mają przy sobie Europejską Kartę Ubezpieczenia Zdrowotnego (EKUZ). Spora część z nas w ogóle o niej nie słyszała, a przecież jej wyrobienie to kwestia zaledwie kilku chwil. Nie zawsze zdajemy sobie również sprawę, że karta jest całkowicie bezpłatna, choć w kryzysowej sytuacji może być warta tysiące złotych.

Posiadanie jej w portfelu pozwoli nam spać spokojniej podczas całego urlopu, ponieważ w wielu sytuacjach uchroni przed koniecznością pokrycia kosztów leczenia w innym kraju – a te potrafią mocno uderzyć po kieszeni nawet osoby, które zarabiają całkiem nieźle. Polacy często nie zdają sobie sprawy, jak droga jest opieka medyczna na Zachodzie, i wcale nie chodzi tu wyłącznie o skomplikowane urazy czy pobyt w szpitalu w stanie zagrożenia życia.

CO TO ZA DOKUMENT?

Karta EKUZ jest dokumentem potwierdzającym prawo do bezpłatnego leczenia w czasie wyjazdów zarówno turystycznych, jak i zawodowych. Jest ważna tylko w placówkach działających w ramach publicznego systemu opieki zdrowotnej. Nie obejmuje jednak leczenia planowanego. Na przykład nie uprawnia do wykonania operacji plastycznej ani zabiegu korekty zaćmy, ale znajduje zastosowanie m.in. w przypadku udaru mózgu, zawału mięśnia sercowego czy silnego zatrucia pokarmowego.

Prawo do EKUZ ma każdy, kto jest objęty ubezpieczeniem zdrowotnym, a jej wyrobienie jest bezpłatne. Warto zabrać ją ze sobą nie tylko na wakacje, ale również wyjeżdżając na studia, praktyki studenckie lub podczas oddelegowania przez pracodawcę do pracy za granicą na nie

Karta działa w większości państw UE i EFTA, ale nie gwarantuje całkowicie darmowego leczenia. W wielu przypadkach pacjent musi pokryć część kosztów z własnej kieszeni

dłużej niż 12 miesięcy. Nie jest to dokument dla całej rodziny – osoba niepełnoletnia musi posiadać własną kartę. Jest ważna z dowodem tożsamości.

DŁUGA LISTA, ALE Z WYJĄTKAMI

Karta obowiązuje w państwach należących do Unii Europejskiej, Europejskiego Stowarzyszenia Wolnego Handlu (EFTA) – tj. Islandii, Liechtensteinie, Norwegii i Szwajcarii – a także w Zjednoczonym Królestwie Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej. Lista jest więc całkiem długa, a wiele z tych krajów to popularne cele podróży Polaków. Jeżeli ktoś nie jest obywatelem państwa członkowskiego UE, to nie może skorzystać

z leczenia w ramach EKUZ w Islandii, Norwegii, Liechtensteinie, Szwajcarii oraz – o czym nie każdy wie – Danii.

Co istotne, karta EKUZ jest ważna na terytoriach zamorskich Francji (Gwadelupa, Martynika, Reunion, Saint-Pierre i Miquelon, Gujana Francuska), Portugalii (Azory, Madera) oraz Hiszpanii (Majorka i Wyspy Kanaryjskie). Nie obowiązuje jednak w Monako, San Marino i Watykanie, a także na Wyspach Normandzkich i wyspie Man, posiadających status dependencji korony brytyjskiej.

Kilka lat temu w związku z Brexitem zmieniły się zasady korzystania z opieki zdrowotnej w Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej. Podczas tymczasowego pobytu posiadacze EKUZ mogą korzystać ze świadczeń na dotychczasowych zasadach w razie m.in. nagłego zachorowania, wypadku czy zaostrzenia objawów choroby przewlekłej. Kartę należy okazać brytyjskiemu świadczeniodawcy, a w razie jej braku można zwrócić się do NFZ o wystawienie certyfikatu tymczasowo zastępującego EKUZ.

NIE WSZYSTKO JEST BEZPŁATNE

Warto pamiętać, że posiadanie karty EKUZ nie oznacza, że każda usługa medyczna za granicą będzie bezpłatna. Osoba z taką kartą podlega prawom i obowiązkom wynikającym z przepisów kraju gospodarza,

► Na Lotnisku Chopina w Warszawie kartę EKUZ można otrzymać nawet tuż przed odlotem – dokument jest wydawany od ręki po potwierdzeniu uprawnień

którym podlegają osoby tam ubezpieczone. A to może oznaczać obowiązek uiszczenia opłaty za wybrane świadczenia, w tym nawet takie, które w Polsce standardowo są refundowane „od zawsze”.

Systemy opieki zdrowotnej w europejskich krajach różnią się od siebie i w niektórych istnieje obowiązek pokrywania części kosztów za wizytę u lekarza, za co polski turysta – mimo posiadania EKUZ – będzie musiał zapłacić z własnej kieszeni. „Np. we Francji zapłacisz 30 proc. honorarium lekarza, w Austrii – koszt wezwania karetki, w Niemczech – 10 euro za dzień pobytu w szpitalu” – czytamy w serwisie Ministerstwa Zdrowia i Narodowego Funduszu Zdrowia pacjent.gov.pl.

INNY KRAJ, INNE ZASADY

Zwykle rozliczanie kosztów leczenia odbywa się między instytucjami – tj. NFZ i jego odpowiednikiem w danym kraju – ale może się zdarzyć, że najpierw trzeba samodzielnie za nie zapłacić, a dopiero po powrocie do Polski złożyć wniosek o refundację. Aby uniknąć przykrych niespodzianek, warto zawniczyć się z zasadami dostępu do opieki zdrowotnej w państwie, do którego planujemy wybrać się na wakacje. Na miejscu dobrze jest też upewnić się, czy dany lekarz honoruje kartę EKUZ.

Jak przypomina oficjalna strona UE, której administratorem jest Dyrekcja Generalna ds. Rynku Wewnętrznego, Przemysłu, Przedsiębiorczości i MŚP, karty są akceptowane przez szpitale i lekarzy, którzy zawarli odpowiednią umowę z państwowym systemem opieki zdrowotnej. „Nie obejmują one usług prywatnej opieki zdrowotnej. W przypadku korzystania z prywatnej opieki zdrowotnej zawsze trzeba zapłacić pełną cenę leczenia. Możesz jednak ubiegać się o częściowy zwrot kosztów” – podkreślono.

IGNORANTIA IURIS NOCET

W ramach EKUZ nie jest dostępne leczenie planowane. Jeżeli ktoś chce skorzystać z takiej opcji na koszt NFZ, trzeba najpierw otrzymać od urzędników zielone światło. „Zgoda ma formę decyzji administracyjnej i musisz ją dostać przed rozpoczęciem leczenia. Musisz złożyć odpowiedni wniosek wypełniony w III części przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, specjalistę we właściwej dla wniosku dziedzinie



foto: Shutterstock.com

medycyny” – czytamy w magazynie „Ze zdrowiem” (nr 16/2025), wydawanym przez NFZ i dostępnym w internecie, gdzie w przystępny sposób opisano szczegółowe kwestie związane z EKUZ.

Karta nie obejmuje też kosztów powrotu do kraju w związku z nagłym zachorowaniem. Jeśli jednak ktoś jest leczony w szpitalu za granicą na podstawie karty EKUZ i chce wrócić do Polski na dalsze leczenie szpitalne, może złożyć wniosek w oddziale NFZ o pokrycie kosztów transportu do kraju. Aby uzyskać taką zgodę, łączny koszt transportu sanitarnego i dalszego leczenia w Polsce powinien być niższy niż leczenia poza granicami naszego kraju.

Osoby, które wyjeżdżają w celach sportowych (a nie tylko rekreacyjnych) lub planują uprawiać ryzykowne dyscypliny, powinny rozważyć wykup dodatkowego ubezpieczenia. Warto też pamiętać, że w niektórych państwach za pomoc ratowników górskich trzeba zapłacić z własnej kieszeni, co, nawiasem mówiąc, czasami słono kosztuje.

NIE CZEKAJ NA OSTATNIĄ CHWILĘ

Wniosek o EKUZ złożymy na kilka sposobów, np. osobiście w oddziale lub delegaturze NFZ – wówczas dokument odbierzemy na miejscu. Do odbioru karty można upoważnić pełnomocnika, co pozwoli zaoszczędzić trochę czasu. Wniosek można

też złożyć tradycyjną pocztą albo bez wychodzenia z domu – e-mailem, poprzez ePUAP, Internetowe Konto Pacjenta czy aplikację mojeIKP.

Sam zdecydowałem się na zamówienie przez internet i karta przysłała po nieco ponad tygodniu, a w przypadku kilku moich znajomych czas oczekiwania był podobny. Zdecydowanie nie warto jednak czekać na ostatnią chwilę. Jeśli jednak komuś bardzo się spieszy, najlepiej złożyć wniosek osobiście w NFZ – wówczas dostaniemy kartę od ręki.

NAWET DWIE DEKADY

Okres ważności karty jest bardzo zróżnicowany – zależy od wieku oraz statusu ubezpieczenia. EKUZ jest ważna aż 20 lat w przypadku osób, które otrzymują emeryturę i osiągnęły wiek emerytalny (60 lat dla kobiet, 65 lat dla mężczyzn). U osób niepełnoletnich karta wygasa najpóźniej w dniu ich 18. urodzin.

Na trzy lata dokument otrzymują osoby zatrudnione, prowadzące działalność gospodarczą oraz osoby pobierające zasiłek lub świadczenie przedemerytalne. Na okres 6 miesięcy karta wydawana jest osobom nieubezpieczonym ze szczególnymi uprawnieniami – przykładem są kobiety w ciąży posiadające polskie obywatelstwo i mieszkające na terenie kraju.

PORADY DLA SPÓŹNIALSKICH

Jeśli ktoś nie zdąży uzyskać karty przed wyjazdem albo utracił ją np. na skutek kradzieży, może otrzymać certyfikat potwierdzający prawo do leczenia w czasie pobytu w krajach UE i EFTA. „Certyfikat zastępujący EKUZ może być wydany wstecznie. Jest wydawany na ściśle określony okres, zazwyczaj na czas udzielenia świadczeń. Możesz go przekazać placówce, która udzieliła Ci pomocy, drogą e-mailową” – czytamy na portalu pacjent.gov.pl.

Na Lotnisku Chopina w Warszawie funkcjonuje punkt NFZ, w którym można otrzymać kartę dosłownie w ciągu kilku minut. Wystarczy wypełnić krótki formularz, a po potwierdzeniu uprawnień jest ona drukowana i wydawana od ręki. Punkt jest zwykle czynny od poniedziałku do piątku. Bardzo łatwo go znaleźć – znajduje się w ogólnodostępnej strefie C. ●

AKTUALNOŚCI

Nie chcą muru między sektorami

MAŁGORZATA SOLECKA

Lekarze nie popierają politycznych pomysłów na twarde rozdzielenie publicznej i prywatnej ochrony zdrowia. Jednocześnie dostrzegają potrzebę zmian, które zwiększą przejrzystość systemu i ograniczą konflikty interesów.

Wyniki ankiety przeprowadzonej przez samorząd lekarski pokazują, że środowisko oczekuje raczej uporządkowania zasad niż administracyjnych zakazów.

POLITYCZNY POMYSŁ NA SYSTEMOWE PROBLEMY

Kiedy dochodzi do kryzysu systemu, politycy najczęściej poszukują prostych – ujmując rzecz eufemistycznie – rozwiązań skomplikowanych problemów. Często są to problemy, które sami stworzyli lub przynajmniej znacząco pogłębili. Jednym z nich jest bez wątpienia silna pozycja prywatnego sektora medycznego, który w niektórych obszarach może dziś śmiało konkurować z sektorem publicznym.

Nie chodzi przy tym wyłącznie o formę własności placówek. W debacie publicznej pojęcie „prywatny” oznacza przede wszystkim świadczenia finansowane komercyjnie – w ramach abonamentów medycznych, prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych lub bezpośrednich płatności pacjentów.

Na tle krajów Unii Europejskiej udział prywatnych wydatków na ochronę zdrowia w Polsce pozostaje stosunkowo wysoki. W Czechach wydatki prywatne stanowią 14–15 proc. wszystkich nakładów na leczenie. W Polsce wskaźnik ten jest wyższy o kilka, a niekiedy nawet o kilkanaście punktów procentowych. Jego poziom zmienia się wraz z sytuacją w publicznym systemie ochrony zdrowia. W latach 2022–2023 udział wydatków

prywatnych nieco się zmniejszył, jednak od 2024 r. ponownie rośnie.

DWIE DROGI: POLSKA I CZESKA

Skąd te różnice? Czechy już na początku lat dziewięćdziesiątych przyjęły założenie, że będą budować jeden silny publiczny system ochrony zdrowia, wzorowany na rozwiązaniach funkcjonujących w Europie Zachodniej. Choć po 1989 r. prywatyzacja

Większość lekarzy odrzuca zakaz pracy w obu sektorach, ale aż 72 proc. popiera rozdzielenie kolejek, harmonogramów i rozliczeń

nie budziła negatywnych skojarzeń, w ochronie zdrowia postawiono na rozwój systemu publicznego. Cel był ambitny – dogonić Zachód.

– Na początku transformacji byliśmy pewni, że za trzydzieści lat będziemy już w tym samym miejscu co kraje Europy Zachodniej – wspominał podczas polsko-czeskiego szczytu zdrowotnego w Opolu prof. Petr Fiala, wiceprzewodniczący Stowarzyszenia Szpitali Czeskich i Morawskich.

Jak przyznał, celu nie udało się w pełni osiągnąć, ponieważ kraje zachodnie nadal rozwijają swoje systemy. Nie zmienia to jednak faktu,

że spośród państw dawnego bloku wschodniego to właśnie Czechy są dziś najbliższe zachodnioeuropejskim standardów organizacyjnych i finansowych. Potwierdzają to również badania opinii publicznej – około 80 proc. Czechów dobrze ocenia funkcjonowanie własnego systemu ochrony zdrowia.

Polska obrała zupełnie inną drogę. Co ciekawe, w przeciwieństwie do Czech także w okresie PRL funkcjonowały prywatne gabinety oraz spółdzielnie lekarskie i lekarsko-dentystyczne. Po 1989 r. żadna siła polityczna nie sformułowała jednak ambitnego celu w rodzaju „dogonić Zachód” w obszarze ochrony zdrowia. Przeciwnie, przez wiele lat temat pozostawał na marginesie zainteresowania polityków. Kiedy po dekadzie rozpoczęto reformy, decyzje dotyczące przede wszystkim finansowania wskazywały raczej na próbę utrzymania systemu przy życiu niż jego rzeczywiste uzdrowienie i wzmocnienie.

W takich warunkach sektor prywatny rozwijał się bez większych przeszkód. Zaspokajał potrzeby części społeczeństwa, stając się swoistym by-passem dla niedomagań systemu publicznego. Jednocześnie zaczął konkurować z nim o zasoby kadrowe.

Dziś politycy coraz częściej zapowiadają próbę odwrócenia tego procesu. W kwietniu Prawo i Sprawiedliwość powołało zespół, który

ma przygotować rozwiązania prowadzące do wyraźnego rozdzielenia sektora publicznego i prywatnego. Na jego czele stanął były marszałek Senatu Stanisław Karczewski, a w składzie znalazła się również była minister zdrowia Katarzyna Sójka.

LEKARZE PRZECIW ZAKAZOM, ALE ZA WIĘKSZĄ PRZEJRZYSTOŚCIĄ

– Pomysł rozdzielenia publicznej i prywatnej ochrony zdrowia nie jest ani nowy, ani charakterystyczny dla jednej partii politycznej. Dlatego w pierwszej kolejności zapytaliśmy polityków, czy dysponują jakimikolwiek analizami dotyczącymi skutków takich rozwiązań dla zdrowia Polaków oraz potencjalnego powstawania „białych plam” na mapie świadczeń. Nie doczekaliśmy się odpowiedzi, dlatego zapytaliśmy samych lekarzy, jak podchodzą do tego pomysłu – mówił podczas spotkania z dziennikarzami prezes Naczelnej Rady Lekarskiej dr n. med. Łukasz Jankowski.

Prezentowany raport „Perspektywa '27” powstał na podstawie ankiety, którą na przełomie kwietnia i maja wypełniło 2243 lekarzy. Choć badanie nie miało charakteru reprezentatywnego, liczba respondentów pozwala na wyciągnięcie istotnych wniosków dotyczących nastrojów w środowisku.

Jak podkreślał Artur Białoszewski, ekspert Naczelnej Izby Lekarskiej i współautor raportu, celem badania nie było wyłącznie ustalenie, czy lekarze są za, czy przeciw rozdziałowi obu sektorów. Odpowiedź na to pytanie okazała się zresztą dość jednoznaczna.

Twardy podział publicznej i prywatnej ochrony zdrowia popiera jedynie 15 proc. ankietowanych. Przeciwno takiemu rozwiązaniu opowiedziało się niemal 68 proc. respondentów.

Nie oznacza to jednak aprobaty dla utrzymania obecnego stanu rzeczy. Blisko 23 proc. lekarzy uważa, że osoba wykonująca określone świadczenia w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia nie powinna świadczyć ich prywatnie, ponieważ może to prowadzić do konfliktu interesów.

Jeszcze bardziej wymowne są odpowiedzi dotyczące przejrzystości funkcjonowania systemu. Aż 72 proc. respondentów popiera rozdzielenie kolejek, harmonogramów oraz zasad rozliczeń w sektorze publicznym i prywatnym.

– Poparcie dla przejrzystości jest kilkakrotnie wyższe niż dla pełnego zakazu łączenia pracy w obu sektorach – podkreśla Artur Białoszewski.

Lekarze są więc gotowi poprzeć rozwiązania ograniczające nadużycia, przede wszystkim sytuacje, w których pacjenci po wcześniejszej prywatnej konsultacji uzyskują uprzywilejowany dostęp do świadczeń finansowanych ze środków publicznych.

JAKIE WARUNKI SKŁONIŁYBY DO PRACY W PUBLICZNYM SYSTEMIE?

Badanie pokazało również, że część lekarzy byłaby skłonna rozważyć pracę wyłącznie w publicznym systemie ochrony zdrowia. Taką możliwość dopuszcza blisko 57 proc. respondentów. Jednak dla dwóch trzecich z nich podstawowym warunkiem byłoby odpowiednio wysokie i gwarantowane wynagrodzenie.

Co oznacza „odpowiednio wysokie”? Co piąty lekarz wskazał przedział 25–30 tys. zł brutto miesięcznie. Tyle samo respondentów uznało za satysfakcjonujące wynagrodzenie w wysokości 30–40 tys. zł brutto. Ponad 15 proc. ankietowanych oczekiwałoby pensji w przedziale 40–60 tys. zł brutto. Jednocześnie co dziesiąty lekarz zadeklarował, że zaakceptowałby wynagrodzenie nieprzekraczające 20 tys. zł brutto miesięcznie.

Nie chodzi jednak wyłącznie o pieniądze. Co dziesiąty respondent zaznaczył, że niezależnie od wysokości wynagrodzenia nie zdecydowałby się na pracę wyłącznie w sektorze publicznym, jeśli nie zostałyby spełnione inne warunki.

Wśród nich najczęściej wymieniano ograniczenie biurokracji i uproszczenie dokumentacji medycznej. Taką potrzebę wskazał niemal co drugi ankietowany. Podobny odsetek respondentów podkreślał konieczność zapewnienia minimalnych norm zatrudnienia oraz racjonalnej liczby pacjentów przypadających na jednego lekarza. Wyraźnie wybrzmiewał również postulat wprowadzenia przejrzystych i atrakcyjnie wynagradzanych zasad pełnienia dyżurów oraz pracy w godzinach nadliczbowych.

RYZYKO ODPLYWU KADR

Co się stanie, jeśli politycy zdecydują się na wprowadzenie twardego rozdziału sektorów bez spełnienia wskazywanych przez lekarzy warunków?

Zdaniem respondentów skutki byłyby łatwe do przewidzenia. Lekarze zaczęliby odchodzić z sektora publicznego do prywatnego. Jak podkreślali przedstawiciele samorządu lekarskiego, nie musiałby to być nawet proces masowy. Dla zachwiania stabilności publicznej ochrony zdrowia wystarczyłoby odejście specjalistów z kilku kluczowych dziedzin.

Taki scenariusz za realny uznaje trzy czwarte uczestników badania. Blisko 60 proc. ankietowanych przewiduje, że bezpośrednim skutkiem byłoby wydłużenie kolejek do specjalistów. Pogorszyłaby się także dostępność świadczeń w mniejszych miejscowościach, szczególnie na poziomie powiatowym.

Samorząd lekarski wskazuje jednak możliwość kompromisu. Jednym z rozwiązań mogłoby być ograniczenie możliwości łączenia pracy w obu sektorach przez osoby pełniące określone funkcje kierownicze, takie jak ordynatorzy, kierownicy oddziałów czy klinik. Zdaniem przedstawicieli środowiska kluczowe znaczenie miałyby jednak uporządkowanie zasad funkcjonowania kolejek i przepływu pacjentów między systemami, a nie administracyjne

ograniczanie miejsca pracy poszczególnych lekarzy.

NOWY FRONT SPORU: WYNAGRODZENIA I KONTRAKTY

Wiele wskazuje na to, że w najbliższych miesiącach dyskusja o lekarzach będzie dotyczyła przede wszystkim ich wynagrodzeń.

Ministerstwo Zdrowia pracuje nad przepisem, który umożliwi gromadzenie danych o zarobkach lekarzy – niezależnie od formy zatrudnienia – według numeru prawa wykonywania zawodu (lub numeru PÉSEL, bo resort chce mieć kontrolę nad umowami zawieranymi przez osoby, które nie mają PWZ). Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji ma uzyskać możliwość

Dyskusja o relacjach między sektorem publicznym i prywatnym dopiero się rozpoczyna, a jej konsekwencje odczują przede wszystkim pacjenci

analizowania łącznych dochodów osiągniętych przez poszczególnych lekarzy.

Ministerstwo Zdrowia nie zapowiada obecnie powrotu do dyskusji o limitach wynagrodzeń kontraktowych. Warto jednak przypomnieć, że jeszcze kilkanaście miesięcy temu pojawiały się propozycje objęcia limitami wszystkich umów zawieranych przez lekarzy w publicznym systemie ochrony zdrowia.

Istotne jest jednak coś innego. Politycy nieustannie poszukują rozwiązań, które – niezależnie od barw partyjnych – mogą prowadzić do podobnych skutków. Jednym z głównych argumentów przeciwko wprowadzeniu limitów dla kontraktowców była obawa, a właściwie pewność, że część specjalistów zrezygnuje z pracy w sektorze publicznym. Najbardziej odczuliby to pacjenci. Nie można wykluczyć, że temat powróci. Trudno bowiem zakładać, że dane o wynagrodzeniach będą gromadzone bez zamiaru ich późniejszego wykorzystania.

Do dyskusji regularnie wracają nie tylko decydenci, ale również związki zawodowe, szczególnie przy okazji debat o ustawie regulującej

minimalne wynagrodzenia w ochronie zdrowia. Przedstawiciele części organizacji pracowniczych zarzucają resortowi zdrowia zbyt daleko idące ustępstwa wobec środowiska lekarzy kontraktowych. Niewykluczone więc, że agregowanie danych według numeru prawa wykonywania zawodu stanie się początkiem szerszej debaty o zasadach wynagradzania i organizacji pracy w ochronie zdrowia.

Choć w tym roku Ministerstwu Zdrowia nie udało się przeprowadzić zmian tzw. ustawy podwyżkowej, trudno przypuszczać, by temat zniknął z agendy. Nawet tegoroczne podwyżki, które najprawdopodobniej zostaną zrealizowane w ograniczonym zakresie, mogą stać się pretekstem do wznowienia dyskusji.

Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji ma przedstawić warianty rekomendacji 9 czerwca. Jeszcze przed publikacją dokumentu nieoficjalnie mówiło się o dwóch scenariuszach: minimalnym, wartym około 3,5 mld zł, oraz rozszerzonym, obejmującym dodatkowo korektę części wycen świadczeń za niespełna miliard złotych więcej.

W obu wariantach środki mają pokryć podwyżki dla pracowników etatowych, których wynagrodzenia pozostają poniżej poziomów określonych ustawowo. Szpitale nie otrzymają natomiast dodatkowych pieniędzy na wzrost wynagrodzeń pracowników zatrudnionych na kontraktach.

Jednocześnie Ministerstwo Zdrowia sygnalizuje – choć jeszcze bez żadnych konkretów – potrzebę ograniczenia udziału kosztów pracy w budżetach szpitali. Według resortu sytuacja, w której placówki przeznaczają na wynagrodzenia 85, 90, a nawet 100 proc. przychodów z kontraktów, jest jedną z przyczyn pogłębiającego się kryzysu finansowego i pogarszającej się dostępności świadczeń.

W środowisku ochrony zdrowia mówi się, że docelowo koszty pracy mogłyby stanowić od 60 do 75 proc. budżetu szpitala w zależności od poziomu referencyjności placówki. Taka zmiana mogłaby stać się również impulsem do konsolidacji części podmiotów leczniczych. ●

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

AKTUALNOŚCI

PWZ dla obcokrajowców: spór o język i bezpieczeństwo

SYLWIA WAMEJ

Czy lekarz może leczyć pacjentów bez potwierdzonej znajomości języka polskiego? Wokół wygaszania warunkowych praw wykonywania zawodu dla medyków spoza UE narasta spór między zwolennikami utrzymania rygorów a tymi, którzy obawiają się pogłębienia braków kadrowych.

Warunkowe prawo wykonywania zawodu zostało wprowadzone w czasie pandemii COVID-19 jako rozwiązanie kryzysowe, pozwalające szybko uzupełnić braki kadrowe. Po wybuchu wojny w Ukrainie uproszczona ścieżka stała się podstawą zatrudnienia kolejnej grupy lekarzy spoza Unii Europejskiej. PWZ miało charakter czasowy, a jego utrzymanie uzależniono od przedstawienia certyfikatu znajomości języka polskiego na poziomie B1.

Przez dwa lata obowiązywania przepisów samorząd lekarski wielokrotnie podkreślał, że rozwiązanie to nie może stać się trwałym mechanizmem omijania standardów. Wskazywano również, że lekarze pracujący w Polsce muszą spełniać takie same wymogi jak polscy medycy, a znajomość języka jest warunkiem bezpieczeństwa pacjentów.

DZIAŁANIA SAMORZĄDU

W ostatnich miesiącach NIL prowadziła intensywne działania informacyjne i organizacyjne. Do lekarzy z Ukrainy kierowano komunikaty o konieczności przystąpienia do egzaminu językowego, izby okręgowe organizowały spotkania i konsultacje, a część z nich uruchomiła kursy języka medycznego. Warto podkreślić, że prezydium NRL kilkakrotnie apelowało do Ministerstwa Zdrowia o utrzymanie obowiązujących terminów, wskazując, że dalsze przedłużanie okresu przejściowego podważa sens regulacji.

Samorząd przygotował również analizy prawne dotyczące bezpieczeństwa

pacjentów oraz zestawienia pokazujące, jak wymogi językowe wyglądają w innych krajach UE. Wskazywano, że Polska jest wyjątkiem, ponieważ w większości państw europejskich lekarze spoza UE muszą zdać nie tylko egzamin językowy, ale także testy praktyczne lub odbyć staż adaptacyjny.

O tym, gdzie przebiega granica między bezpieczeństwem pacjentów a potrzebami kadrowymi ochrony zdrowia, rozmawiali w Pałacu Prezydenckim prezes NRL Łukasz Jankowski i Karol Nawrocki

SYTUACJA LEKARZY Z UKRAINY

Wśród lekarzy z Ukrainy sytuacja była zróżnicowana. Część z nich przystąpiła do egzaminów i uzyskała certyfikat, inni zgłaszali trudności: brak czasu na naukę przy pełnym etacie, ograniczoną dostępność kursów, różnice w systemach edukacyjnych. Była także grupa, która mimo upływu dwóch lat nie podjęła żadnych działań w kierunku zdobycia certyfikatu.

Egzamin z języka polskiego dla lekarzy obejmuje nie tylko podstawowe słownictwo, ale również

terminologię medyczną, komunikację kliniczną, opis przypadków i elementy dokumentacji. Składa się z części pisemnej i ustnej, a poziom B1 w medycynie jest znacznie bardziej wymagający niż standardowy egzamin ogólny.

SKALA I KONSEKWENCJE

Od początku maja okręgowe izby lekarskie rozpoczęły wygaszanie PWZL osobom, które nie przedstawiły certyfikatu. Do 12 maja wygaszono 208 uprawnień, a łącznie od początku obowiązywania przepisów ok. 230. Najwięcej decyzji zapadło w izbach mazowieckiej, warmińsko-mazurskiej, podlaskiej, lubelskiej i śląskiej.

Co ważne, w niektórych regionach wygaszanie uprawnień spowodowało problemy kadrowe, zwłaszcza w szpitalach powiatowych, gdzie lekarze z Ukrainy stanowili istotne wsparcie. Dyrektorzy placówek sygnalizowali trudności w obsadzeniu dyżurów, szczególnie na oddziałach internistycznych i ratunkowych. Jednocześnie Ministerstwo Zdrowia podkreśla, że są to sytuacje jednostkowe, a nie zjawisko o charakterze systemowym.

W ostatnich miesiącach pojawił się również problem różnic w interpretacji przepisów przez poszczególne izby. Część z nich wygaszała PWZL automatycznie, inne dawały lekarzom dodatkowy

czas, powołując się na indywidualne okoliczności. NIL podejmowała działania mające na celu ujednoczenie praktyki, wskazując, że przepisy nie pozostawiają pola do dowolności.

SPOTKANIE W PAŁACU PREZYDENCKIM

W tej sytuacji prezes Naczelnej Rady Lekarskiej zwrócił się do Prezydenta RP o pilne spotkanie, które odbyło się 20 maja 2026 r. Podczas rozmowy Łukasz Jankowski przedstawił argumenty samorządu dotyczące konieczności utrzymania wymogów językowych. – Warunkiem skutecznego leczenia jest zrozumienie pacjenta przez lekarza – podkreślił. I dodał: – Jeśli ktoś przez dwa lata nie osiągnął poziomu B1, nie powinien liczyć na kolejne przedłużenia.

Prezes NRL zwrócił uwagę, że Polska jest jedynym krajem w Europie, który dopuszcza do wykonywania zawodu lekarzy bez formalnego potwierdzenia kompetencji językowych. Podkreślił również, że bezpieczeństwo pacjentów musi pozostać nadrzędnym kryterium, a system ochrony zdrowia nie może być oparty na rozwiązaniach tymczasowych.

NOWELIZACJA USTAWY: MOŻLIWE SCENARIUSZE

Nowelizacja wydłużająca termin przedstawienia certyfikatu do 2027 r. jest obecnie procedowana w Senacie. Samorząd lekarski apeluje o wprowadzenie poprawek, które przywrócą pierwotny termin lub skrócą okres przejściowy, wprowadzą obowiązek potwierdzenia znajomości języka przed rozpoczęciem pracy z pacjentem, ujednoczą zasady w całym kraju, zapewnią, że bezpieczeństwo pacjentów pozostanie priorytetem.

W zależności od decyzji Senatu możliwe są dwa scenariusze: utrzymanie obecnych wymogów lub ich dalsze poluzowanie. W pierwszym przypadku proces wygaszania PWZL będzie kontynuowany, w drugim – lekarze z Ukrainy zyskają dodatkowy rok na zdobycie certyfikatu.

POTRZEBA SYSTEMOWYCH ROZWIĄZAŃ

Dyskusja o PWZ stawia wiele pytań, ale i odsłania także szerszy problem. Chodzi głównie o brak spójnej strategii dotyczącej integracji lekarzy spoza UE w polskim systemie ochrony zdrowia. Obecne rozwiązania mają charakter doraźny i reagują na kryzysy, takie jak pandemia, wojna, braki kadrowe, zamiast tworzyć stabilny model funkcjonujący niezależnie od sytuacji politycznej czy

demograficznej. Eksperti podkreślają, że konieczne są nie tylko programy adaptacyjne i kursy języka medycznego, ale również jednolite, przejrzyste procedury weryfikacji kompetencji zawodowych, które pozwolą ocenić realne umiejętności kliniczne lekarzy przyjeżdżających do Polski.

W wielu krajach europejskich funkcjonują rozbudowane modele wsparcia: od obowiązkowych staży

Brak jest spójnej strategii dotyczącej integracji lekarzy spoza Unii Europejskiej w polskim systemie ochrony zdrowia

adaptacyjnych, przez mentoring, po egzaminy praktyczne, które pomagają lekarzom odnaleźć się w nowym systemie, a jednocześnie chronią pacjentów przed ryzykiem wynikającym z różnic w standardach kształcenia.

W Polsce takich rozwiązań wciąż brakuje. Uproszczone ścieżki wprowadzone w czasie pandemii nie zostały zastąpione trwałym, przemyślanym systemem, a lekarze spoza UE trafiają do placówek bez wsparcia, które pomogłoby im zrozumieć specyfikę polskiego prawa medycznego, dokumentacji, organizacji pracy czy komunikacji z pacjentem. W efekcie część z nich oczywiście radzi sobie dobrze, lecz inni mimo przecież dobrych intencji napotykać bariery, które utrudniają im wykonywanie zawodu na poziomie zgodnym z polskimi standardami. To z kolei rodzi napięcia w zespołach, obawy pacjentów i poczucie nierówności wśród polskich lekarzy, którzy muszą spełniać znacznie bardziej rygorystyczne wymogi.

NAUKA I SZKOLENIA

Samorząd lekarski od miesiący podkreśla, że konieczne jest stworzenie kompleksowego modelu integracji, który obejmowałby zarówno naukę języka, jak i szkolenia z zakresu prawa medycznego,

komunikacji klinicznej, dokumentacji medycznej oraz specyfiki polskiego systemu ochrony zdrowia. W ocenie NRL dopiero połączenie tych elementów może zapewnić, że lekarze spoza UE będą w stanie pracować w Polsce w sposób bezpieczny i zgodny ze standardami. Jednocześnie NIL zwraca uwagę, że wsparcie dla szpitali w regionach o największych niedoborach kadrowych powinno mieć charakter systemowy, a nie doraźny – tak aby placówki nie były zmuszone do opierania swojej działalności na rozwiązaniach tymczasowych, które w dłuższej perspektywie mogą okazać się niestabilne.

W debacie coraz częściej pojawia się również postulat stworzenia centralnego programu adaptacyjnego dla lekarzy z zagranicy, prowadzonego we współpracy z uczelniami medycznymi i izbami lekarskimi. Taki model mógłby obejmować intensywne kursy języka medycznego, praktyczne zajęcia z komunikacji z pacjentem, szkolenia z zakresu dokumentacji i prawa medycznego oraz egzamin końcowy potwierdzający gotowość do pracy. Rozwiązania tego typu funkcjonują w wielu krajach UE i są uznawane za skuteczne narzędzia podnoszenia jakości opieki, a jednocześnie ułatwiają integrację lekarzy w nowych warunkach.

Samorząd lekarski deklaruje gotowość współpracy przy tworzeniu takich rozwiązań, podkreślając, że jakość leczenia i bezpieczeństwo pacjentów muszą pozostać nadrzędnym kryterium. NIL zwraca uwagę, że integracja lekarzy spoza UE jest możliwa i potrzebna, ale wymaga jasnych zasad, konsekwencji i odpowiedzialności. W ocenie samorządu tylko spójna, długofalowa polityka kadrowa pozwoli uniknąć sytuacji, w której system ochrony zdrowia będzie balansował między potrzebą uzupełnienia braków kadrowych a ryzykiem obniżenia standardów bezpieczeństwa. Dyskusja o PWZ może stać się impulsem do stworzenia takiego systemu, pod warunkiem że decyzje legislacyjne będą uwzględniały zarówno realne potrzeby kadrowe, jak i fundamentalną zasadę, że bezpieczeństwo pacjenta nie może być przedmiotem kompromisu. ●

AKTUALNOŚCI

Amputacjom można zapobiegać. Powstaje system leczenia ran w Polsce

SYLWIA WAMEJ

Setki tysięcy pacjentów z ranami przewlekłymi nie mają zapewnionej skoordynowanej opieki. Polskie Towarzystwo Leczenia Ran rozpoczyna proces profesjonalizacji leczenia, uruchamiając program certyfikacji lekarzy i pielęgniarzek.

Pierwszy nabór do programu zostanie uruchomiony wkrótce. Celem jest stworzenie kadry, która pomoże ograniczyć liczbę amputacji, hospitalizacji i ciężkich powikłań.

Cukrzyca dotyczy w Polsce blisko 4 mln osób, a szacuje się, że 200–250 tys. pacjentów zmaga się obecnie z raną stopy cukrzycowej. Co czwarty chory w ciągu życia doświadczy owrzodzenia stopy, a śmiertelność pięcioletnia w tej grupie sięga 30 proc. W przypadku pacjentów po amputacji aż 60 proc. umiera w ciągu pięciu lat. Mimo tak poważnych danych leczenie ran wciąż nie funkcjonuje jako odrębna, ustrukturyzowana dziedzina medycyny. Brakuje jednolitych standardów kształcenia, a wiedza pozostaje rozproszona między różne specjalizacje. Polskie Towarzystwo Leczenia Ran (PTLR) – największa ogólnopolska organizacja ekspercka w tym obszarze – od lat buduje zaplecze naukowe i edukacyjne. Inicjuje również rozwiązania systemowe.

CZTERY WAŻNE KOMPETENCJE

Teraz priorytetem są cztery obszary: leczenie stopy cukrzycowej, leczenie odleżyn, leczenie ran żylnych oraz leczenie ran atypowych, w tym nowotworowych. Zdaniem prezesa PTLR dr. n. med. Przemysława Lipińskiego najważniejszym obszarem działań pozostają rany stopy cukrzycowej.

– Na tym poważnym powikłaniu cukrzycy koncentrujemy obecnie największą część naszych wysiłków. Oczekujemy nowelizacji rozporządzenia, do którego

ma zostać dołączona lista umiejętności, w tym nasze cztery kluczowe punkty. Mamy deklarację, że zostaną uwzględnione, jednak proces legislacyjny trwa, a Ministerstwo Zdrowia rozważa nawet szerszą zmianę ustawy o zawodzie lekarza. Postęp jest powolny, ale kierunek właściwy. Nie zamierzamy jednak biernie czekać. Już teraz budujemy cały system certyfikacji zgodnie z wytycznymi resortu,

Dobrze zorganizowana opieka pozwala uratować kończynę u zdecydowanej większości pacjentów zagrożonych amputacją

mimo że formalnie nie zostaliśmy jeszcze w nim ujęci. Dzięki temu, gdy tylko pojawi się odpowiedni akt prawny, nasze certyfikaty zyskają pełną podstawę prawną. Do tego czasu wydajemy certyfikaty towarzystwa. Przygotowujemy osobne certyfikaty dla lekarzy i pielęgniarzek, bo praca w tym obszarze wymaga współdziałania obu grup – mówi prezes PTLR. I dodaje: – Jednocześnie wprowadzamy barierę wejścia: chcemy, aby do programu trafiły osoby z doświadczeniem, pracujące już w miejscach, gdzie mają kontakt z pacjentami wymagającymi takiej opieki. Nie chodzi o naukę od

zera, lecz o rozwijanie kompetencji u praktyków.

Proces certyfikacji ma charakter wieloetapowy i obejmuje: cztery kursy online zakończone testami cząstkowymi, egzamin teoretyczny (30 pytań jednokrotnego wyboru, próg zaliczenia 70 proc.), jednodniowy sześciogodzinny staż w ośrodku referencyjnym, egzamin praktyczny przed Komisją PTLR.

CERTYFIKACJA POTWIERDZA KOMPETENCJE

Do programu mogą przystąpić lekarze i pielęgniarzki z aktywnym prawem wykonywania zawodu, posiadający udokumentowane doświadczenie w leczeniu ran oraz uczestniczący w wydarzeniach edukacyjnych PTLR.

Certyfikacja ma charakter cykliczny i potwierdza realne kompetencje kliniczne.

– Certyfikacja PTLR to zaawansowany proces weryfikacji wiedzy i umiejętności praktycznych, zgodny z wytycznymi Ministerstwa Zdrowia. Naszym celem jest przygotowanie personelu do pracy z pacjentem z raną przewlekłą w sposób bezpieczny i zgodny z aktualną wiedzą medyczną – podkreśla prezes Lipiński.

EDUKACJA, KTÓRA ZMIENIA WYNIKI LECZENIA

Doświadczenia z pilotażowego programu leczenia cukrzycowej

► Koniec leczenia „po omacku”; PTLR wprowadza certyfikację w terapii ran przewlekłych

choroby stóp, obejmującego 430 pacjentów zagrożonych amputacją, pokazują, że odpowiednio zorganizowana interdyscyplinarna opieka pozwala uniknąć amputacji w 97 proc. przypadków. Wyniki te jednoznacznie wskazują, że jakość organizacji opieki oraz przygotowanie personelu mają bezpośredni wpływ na ograniczenie powikłań i poprawę rokowania.

– W Polsce wciąż zbyt często leczymy powikłania, zamiast budować system, który im zapobiega. Certyfikacja porządkuje standardy postępowania i wzmacnia odpowiedzialność kliniczną – zaznacza dr n. med. Adam Węgrzynowski, członek zarządu PTLR.

Właściwie prowadzone leczenie ran oznacza krótszy czas terapii, mniej hospitalizacji oraz ograniczenie kosztów społecznych związanych z niepełnosprawnością i wykluczeniem pacjentów.

BUDOWA SIECI WYSPECJALIZOWANYCH OŚRODKÓW

Jednym z kluczowych postulatów PTLR jest utworzenie wyspecjalizowanych ośrodków leczenia cukrzycowej choroby stóp w każdym województwie. Certyfikacja ma stanowić fundament budowy takich struktur, zapewniając przygotowanie kadry zdolnej do pracy w interdyscyplinarnych zespołach.

– Jeśli chcemy realnie ograniczyć liczbę amputacji, potrzebujemy jasno określonych ścieżek postępowania, wyspecjalizowanych ośrodków i personelu z potwierdzonymi kompetencjami. Certyfikacja PTLR to krok w kierunku trwałych rozwiązań organizacyjnych – mówi dr hab. n. med. Beata Mroziakiewicz-Rakowska, członek Zespołu ds. Opracowania Procedur w zakresie Zespołu Stopy Cukrzycowej przy Ministerstwie Zdrowia.

– Dlatego też chcemy zapewnić odpowiednie kształcenie. W pewnym stopniu wzorujemy się na Polskim Towarzystwie Leczenia Otyłości, które bardzo dobrze zorganizowało swój system i osiągnęło realne efekty. Problemy, z jakimi mierzą się ich pacjenci, są zresztą częściowo podobne do tych, które widzimy u naszych. Od dawna prowadzimy szkolenia, jednak dotychczas miały one charakter dobrowolny, a uczestnicy – lekarze i pielęgniarki – otrzymywali jedynie certyfikat udziału. Teraz chcemy to sformalizować, ponieważ istnieje rozporządzenie ministra zdrowia dotyczące umiejętności lekarskich.



for.: Shutterstock.com

Wpisał się w ten system, złożyliśmy dokumenty i czekamy na finalną decyzję. Mamy już akceptację merytoryczną, ale potrzebne jest oficjalne ujęcie naszych umiejętności w rozporządzeniu – wyjaśnia Przemysław Lipiński.

ŚCISŁA WSPÓŁPRACA CHIRURGA I DIABETOLOGA

Skuteczna terapia wymaga jednoczesnego prowadzenia leczenia rany i wyrównania cukrzycy, co jest możliwe wyłącznie w ramach ścisłej współpracy chirurga i diabetologa, działających jako zespół wielodyscyplinarny. Model oparty jedynie na wzajemnych konsultacjach jest niewydolny i nie odpowiada współczesnym standardom.

Prawidłowo funkcjonująca jednostka typu Diabetic Foot Unit obejmuje poradnię stopy cukrzycowej połączoną z wyspecjalizowanym oddziałem szpitalnym. Zdecydowana większość świadczeń realizowana jest ambulatoryjnie, natomiast hospitalizacja jest zarezerwowana wyłącznie dla przypadków wymagających określonych procedur. Po ich wykonaniu pacjent wraca do leczenia ambulatoryjnego. Taki model zapewnia najlepsze wyniki przy najniższych kosztach.

W odniesieniu do skali problemu epidemiologicznego w Polsce potrzeba znacznie więcej takich jednostek niż obecnie istniejących oddziałów leczenia raka piersi. Ze względu jednak na konieczność wyszkolenia odpowiedniej kadry lekarskiej i pielęgniarskiej Polskie Towarzystwo Leczenia Ran postuluje utworzenie na

początek jednej wyspecjalizowanej jednostki ambulatoryjno-szpitalnej w każdym województwie.

PIERWSZA PLACÓWKA W LONDYNIE

Od ponad 40 lat placówki tego typu są standardem na świecie. Pierwsza powstała w Londynie w 1981 r. i wyznaczyła kierunek skutecznej opieki. Obecnie funkcjonują one w większości krajów Europy, obu Amerykach, Australii, państwach Zatoki Perskiej, Rosji, Indiach i wielu innych regionach świata.

– Z nadzieją przyjmujemy fakt, że Ministerstwo Zdrowia dostrzegło problem już trzy lata temu i przeprowadziło pilotażowy program leczenia stopy cukrzycowej, aby ocenić zasadność wdrożenia takiego modelu w Polsce. Program objął 430 pacjentów zagrożonych amputacją. Wyniki były jednoznaczne: amputacji wymagało jedynie 11 osób. Oznacza to, że większości amputacji w przebiegu stopy cukrzycowej można skutecznie zapobiec – podkreśla Polskie Towarzystwo Leczenia Ran.

Obecnie Ministerstwo analizuje wyniki pilotażu, natomiast Polskie Towarzystwo Leczenia Ran podejmuje dalsze działania. Zgłoszenia do Programu przyjmowane są wyłącznie poprzez formularz dostępny na stronie: ptlr.org/certyfikacja. Na stronie znajdują się również: pełny regulamin, zakres zagadnień egzaminacyjnych, harmonogram, lista ośrodków referencyjnych. Organizatorem Programu Certyfikacji jest Polskie Towarzystwo Leczenia Ran. ●

AKTUALNOŚCI

Armia znów stawia na własnych lekarzy

MARIUSZ TOMCZAK

Reaktywacja Wojskowej Akademii Medycznej w Łodzi staje się faktem – uczelnia zacznie funkcjonować już od 1 lipca, a pierwsi studenci rozpoczną naukę najpóźniej w roku akademickim 2027/2028.

Takie terminy przewiduje ustawa o utworzeniu Wojskowej Akademii Medycznej, którą Sejm uchwalił 15 maja. Za jej przyjęciem było 275 posłów, 163 wstrzymało się od głosu, jedna osoba była przeciw. Tydzień później Senat wprowadził do ustawy 16 poprawek.

WAM będzie uczelnią publiczną, kształcąca studentów-żołnierzy pod nadzorem ministra obrony narodowej. Jak informuje Kancelaria Prezesa Rady Ministrów, ustawa „odpowiada na rosnące potrzeby Sił Zbrojnych RP i wojskowej służby zdrowia, które wymagają wykwalifikowanych kadr medycznych. Ponadto dzięki utworzeniu WAM Polska chce wzmocnić zdolności obronne kraju i wesprzeć NATO, jeśli chodzi o medyczne zabezpieczenie misji wojskowych”.

– Medycyna pola walki i doświadczenia z Ukrainy sprawiają, że musimy zainwestować w budowę wojsk medycznych i wojskową służbę zdrowia oraz przeszkolić jak najwięcej lekarzy, pielęgniarek i ratowników medycznych, żeby byli gotowi do wsparcia systemu wojskowego w czasie bezpośredniego zagrożenia, a w czasie pokoju żeby dobrze służyli wszystkim pacjentom – mówi Władysław Kosiniak-Kamysz, wicepremier, minister obrony narodowej.

DLACZEGO W ŁODZI?

Prace nad reaktywacją Akademii trwają już od dłuższego czasu. Na początku maja podpisano listy intencyjne w sprawie przejścia przez resort obrony Wojewódzkiego Specjalistycznego Szpitala

im. M. Pirogowa w Łodzi na potrzeby nowej-starej uczelni. Będzie ona mogła korzystać też z klinik Szpitala Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Łodzi.

Jak mówi płk Robert Gregulski, wiceszef Dowództwa Wojsk Medycznych, a jednocześnie pełnomocnik ministra obrony do spraw utworzenia WAM, w tym mieście są optymalne

Likwidacja WAM była szkodliwa dla obronności państwa. Wracamy do idei, która przez dekady zapewniała Polsce dobrze przygotowane kadry lekarzy wojskowych

warunki do kształcenia medycznego przyszłych wojskowych, co wynika zarówno z dotychczasowych doświadczeń, jak i wieloletniej tradycji.

– Nie ma takiego szpitala, który zabezpieczyłby wszystkie oddziały dla ponad trzydziestu specjalizacji. Dla WAM szpital MSWiA będzie główną placówką, w której zaangażowana będzie większość klinik. Potrzeby uzupełnimy szpitalem im. Pirogowa, który jednocześnie stanie się szpitalem wojskowym w województwie łódzkim – mówi płk Robert Gregulski w rozmowie z Polską Agencją Prasową.

– Lokalizacja przemawia za istnieniem w Łodzi dużego szpitala o profilu zabiegowym, dla którego organem tworzącym jest minister obrony narodowej. To istotne zaplecze medyczne dla sił zbrojnych w centralnej Polsce i ważny element systemu obronnego państwa – dodaje płk rez. dr n. med. Stefan Antosiewicz, który od marca stoi na czele Okręgowej Rady Lekarskiej Wojskowej Izby Lekarskiej.

SAMORZĄD JEST ZA

Projekt ustawy o utworzeniu WAM został przygotowany przez MON we współpracy z resortami zdrowia oraz nauki. Poparła go m.in. Wojskowa Izba Lekarska, dając temu wyraz kilkoma uchwałami rady okręgowej i w jednej z uchwał podjętych w marcu przez Okręgowy Zjazd Lekarzy.

Projekt został też pozytywnie zaopiniowany przez Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej. W stanowisku podjętym pod koniec kwietnia podkreślono, że WAM będzie źródłem wykwalifikowanych kadr medycznych przygotowanych do służby w jednostkach wojskowych, a także kadry naukowo-dydaktycznej. W ocenie Prezydium NRL zapewni to ciągłość kształcenia i w obszarze medycyny wojskowej.

– Oczywiście można spierać się na temat pewnych szczegółów zawartych w ustawie, ale co do głównej idei nie mam żadnych wątpliwości.



fot.: st. kpr. Wojciech Król/CO MON

▲ WAM będzie uczelnią publiczną, kształcąca studentów pod nadzorem ministra obrony narodowej

Likwidacja WAM była krótkowzroczna i niezwykle szkodliwa dla obronności państwa. Pod względem kadrowym bardzo szybko okazało się, że pewien nadmiar lekarzy wojskowych pozostających w rezerwie przemienił się w gigantyczny deficyt – mówi płk rez. dr Stefan Antosiewicz.

– Jak wiadomo, samorząd lekarski nie jest szczególnie entuzjastą twórczą nowych uczelni. W przypadku reaktywacji WAM jednak można powiedzieć, że nie do końca powstaje kolejna placówka, a chodzi raczej o uproszczenie istniejącego modelu kształcenia lekarzy wojskowych. Ten, z którym mamy do czynienia od ponad dwudziestu lat, to przewidywanie. Studia odbywają się na Uniwersytecie Medycznym w Łodzi, a podchorążowie podlegają rektorowi Akademii Wojsk Lądowych we Wrocławiu – dodaje prezes WIL.

KILKA TYSIĘCY OFICERÓW

WAM powstała w początkowym okresie rządów Władysława Gomułki na podstawie uchwały Rady Ministrów z 7 listopada 1957 r. Było to urzeczywistnienie idei powstałej już w II Rzeczypospolitej. Uczelnia rozpoczęła działalność 1 lipca 1958 r., a formalnie do jej zakończenia doszło 30 września 2002 r.

W ciągu prawie 45 lat swojej działalności wykształciła prawie 6 tys. oficerów medycyny wojskowej, w tym lekarzy, lekarzy dentyistów, farmaceutów, psychologów klinicznych i analityków medycznych. Poza tym mury uczelni opuściło ok. 2 tys. doktorów, 340 doktorów habilitowanych i 220 profesorów. Liczby te pokazują, jak

znacząco przysłużyła się rozwojowi medycyny w Polsce.

Likwidacja WAM miała miejsce za rządów Leszka Millera. Był to okres, gdy wielu polityków – zresztą nie tylko w naszym kraju – uwierzyło w „koniec historii” przepowiadany przez Francisa Fukuyamę w jego bardzo głośnej książce. Fukuyama twierdził, że zachodnie wartości wygrały, a z upływem czasu kolejne kraje będą przyjmować model demokratyczny. W efekcie świat stanie się bezpieczniejszy, a rywalizacja przeniesie się z pól bitewnych do sfery gospodarczej.

NA GRUZACH DWÓCH AKADEMII

W 2002 r. w wyniku połączenia WAM z cywilną Akademią Medyczną w Łodzi powstał tamtejszy Uniwersytet Medyczny. Od dwóch dekad jest to jedyna wyższa uczelnia medyczna w Polsce, w której kształcą się kandydaci na żołnierzy zawodowych w ramach limitu MON. Odbywa się to we współpracy z Akademią Wojsk Lądowych we Wrocławiu i Wojskowym Centrum Kształcenia Medycznego w Łodzi.

W uzasadnieniu do projektu ustawy czytamy, że taka struktura jest „skomplikowana”, a rezygnacja z zaangażowania wielu podmiotów w proces kształcenia kadr na potrzeby wojskowej służby zdrowia przyczyni się do bardziej efektywnego kształtowania postaw żołnierskich i budowania już od początku silniejszych relacji w środowisku wojskowym. Kandydaci do zawodowej służby nie będą studentami kolegium wojskowo-lekarskiego na uczelni cywilnej, ale staną się – jak podkreślono – „studentami-żołnierzami odrębnej uczelni wojskowej”.

SI VIS PACEM, PARA BELLUM

W myśl sentencji „chcesz pokoju, szykuj się do wojny” zawsze trzeba być przygotowanym na potencjalny konflikt. Dobrze przygotowana armia jest najlepszym sposobem na odstraszenie agresora i pielęgnowanie pokoju. Za utrzymanie zdolności bojowej sił zbrojnych oraz zapewnienie specjalistycznej opieki żołnierzom w warunkach, których medycyna cywilna często nie obejmuje, w dużym stopniu odpowiadają lekarze wojskowi.

Jak wskazano w ocenie skutków regulacji (OSR), towarzyszącej

projektowi ustawy, braki kadrowe w wojskowej służbie zdrowia są szacowane – w zależności od specjalizacji – na 40–60 proc. Największe deficyty dotyczą obszarów kluczowych dla zabezpieczenia działań bojowych i misji zagranicznych. Chodzi o takie specjalności, jak: chirurgia urazowa, anestezjologia, intensywna terapia i medycyna ratunkowa.

„Na 1506 etatów obsadzonych jest jedynie 888 (59 proc.), co oznacza deficyt 618 lekarzy. Największe braki dotyczą psychiatrii, anestezjologii, chirurgii i interny. Obsada ratowników medycznych to 57 proc. Główne przyczyny to nadmierna biurokracja, brak ścieżki kariery, niewydolny system szkolenia po likwidacji WAM, ograniczona liczba miejsc specjalizacyjnych MON” – napisano w OSR.

NIE TYLKO LEKARZE

– W Sojuszu Północnoatlantyckim nie ma sił zbrojnych funkcjonujących bez lekarzy wojskowych, a ich obecność w armii to obowiązek wynikający z członkostwa w NATO. Ale lekarze nie są jedyną grupą w medycznym korpusie osobowym w wojsku. To grupa wiodąca, tak jak piloci w lotnictwie, ale bardzo ważni są też m.in. ratownicy medyczni, pielęgniarki czy farmaceuci oraz lekarze dentyści, choć obecnie w Wojsku Polskim jest ich niewiele. Oni również będą kształcić się w WAM – tłumaczy płk rez. dr Stefan Antosiewicz.

Pod koniec kwietnia, podczas wspólnego posiedzenia sejmowych komisji Obrony Narodowej i Zdrowia, wiceszef MON Cezary Tomczyk mówił, że reaktywację uczelni należy postrzegać jako jeden z elementów długofalowej polityki naszego państwa w zakresie wzmocnienia obronności i odporności na potencjalne kryzysy.

– Z analiz NATO wynika, że systemy medyczne państw członkowskich muszą przygotować się na scenariusze długotrwałych operacji o dużej intensywności, charakteryzujące się znaczną liczbą rannych, którzy będą wymagać natychmiastowej pomocy medycznej – podkreślił wiceminister.

Rozmowa z ostatnim rektorem WAM w Łodzi – prof. Krzysztofem Zemanem str. 65

AKTUALNOŚCI

Europejskie fundusze dla lekarzy

PIOTR KOŚCIELNIAK

Ponad 13 mln zł trafi do programu podnoszenia kompetencji zawodowych lekarzy i lekarzy dentyistów. Prowadzony przez NIL projekt przewiduje stworzenie platformy e-learningowej i organizację 11 kursów szkoleniowych. Ma potrwać do czerwca 2029 r.

Wniosek o dofinansowanie z programu Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego (FERS) Naczelna Izba Lekarska złożyła w marcu 2026 r. Projekt poprawnie przeszedł ocenę merytoryczną i został skierowany do finansowania. Celem inicjatywy o nazwie „Ogólnopolski program rozwoju kompetencji medycznych personelu lekarskiego” jest kształcenie podyplomowe ok. 1500 lekarzy i lekarzy dentyistów w obszarach kluczowych z punktu widzenia potrzeb epidemiologiczno-demograficznych Polski. Szkolenia obejmować będą m.in. umiejętności w dziedzinie medycyny pola walki i warunków kryzysowych, geriatry i opieki koordynowanej, diagnostyki stomatologicznej – szczególnie w zakresie ochrony radiologicznej, orzecznictwa lekarskiego i odpowiedzialności zawodowej, a także wykorzystanie nowych technologii w praktyce klinicznej, w tym sztucznej inteligencji.

Oddzielną częścią programu jest stworzenie studia nagraniowego i wyposażenie go w odpowiedni sprzęt audio-wizualny oraz stworzenie i utrzymanie platformy e-learningowej, dzięki czemu szkolenia będą mogły odbywać się online.

Całkowita wartość projektu to 13 141 902 zł, a wkład własny Naczelnej Rady Lekarskiej wynosi 3 proc. Członkowie Rady Naukowej COBIK NIL będą również pełnić nadzór merytoryczny nad programami szkoleń, ich zakresami oraz doбором kadry dydaktycznej.

– Kształcenie podyplomowe lekarzy jest ustawowym zadaniem samorządu lekarskiego. Projekt, do którego wykonania właśnie przystępujemy, wpisuje się wprost w realizację tych zadań – podkreśla Katarzyna Sadowska-Cioch,

Cel inicjatywy to kształcenie podyplomowe ok. 1500 lekarzy i lekarzy dentyistów w obszarach kluczowych z punktu widzenia potrzeb epidemiologiczno-demograficznych Polski

zastępca dyrektora COBIK, odpowiadająca za wdrożenie projektu z FERS. – Zarówno platforma szkoleniowa, jak i studio nagraniowe pozostają własnością NIL i będą nam służyć także po zakończeniu projektu.

Katarzyna Sadowska-Cioch zwraca również uwagę na duże doświadczenie NIL w tej dziedzinie – w latach 2022–2025 zrealizowano 1118 szkoleń, które zgromadziły łącznie 150 tys. uczestników.

Czego dokładnie dotyczyć będą szkolenia? Lekarze różnych specjalizacji mogą zgłosić się na kursy „Medycyna cyfrowa”, „Orzecznictwo lekarskie”, „Organizacja Ochrony Zdrowia Wojsk”, „Flebologia”,

„Całościowa ocena geriatryczna” czy szkolenie dla rzeczników odpowiedzialności zawodowej i sądów lekarskich. W każdym szkoleniu jednorazowo może wziąć udział od ok. 20 do 40 osób – przewidziano kilka edycji. Te kursy, realizowane metodą hybrydową, pochłoną największą część środków programu – blisko 60 proc. całego budżetu.

Dla lekarzy dentyistów przewidziano kursy „Inspektor ochrony radiologicznej”, „Ochrona radiologiczna pacjenta”, „Tomografia stożkowa – podstawy i zastosowania kliniczne”, „Diagnostyka stomatologiczna z wykorzystaniem obrazów 2D” oraz „Implantologia”. Tu również przewidziano kilka edycji każdego kursu i grupy liczące od 20 do 50 osób. Większość szkoleń odbywać się będzie online. Wyjątkiem jest kurs „Implantologia” ze względu na specjalistyczny charakter certyfikacji, dużo zajęć zdalnego nauczania (70 godzin w każdej edycji) oraz bardzo rozbudowany egzamin składający się z części pisemnej, ustnej i praktycznej.

Przewidywany termin rozpoczęcia realizacji programu to połowa 2026 r. W pierwszym kroku planowany jest zakup sprzętu do studia nagraniowego (m.in. kamera 4K, obiektywy, oświetlenie itp.) oraz wdrożenie platformy szkoleniowej. Koordynatorzy programu przewidują, że pierwsze kursy wystartują jeszcze w tym roku. ●

PODATKI I FINANSE

Czy OKI jest OK?

MARIUSZ TOMCZAK

Od nowego roku zyskamy nowe – w pełni dobrowolne – narzędzie do oszczędzania i inwestowania na preferencyjnych warunkach. Niestety, podatek Belki nadal będzie uszczuplał nasze zyski.

Na początku maja Rada Ministrów przyjęła zapowiadany od dawna projekt ustawy o osobistych kontach inwestycyjnych (OKI). Wobec tego, że szybko wpłynął do łaski marszałkowskiej, już wkrótce może trafić pod obrady Sejmu. Rząd chce, by nowe rozwiązanie – wzorowane na Szwecji – weszło w życie od początku 2027 r.

OKI są skierowane zarówno do osób początkujących, jak i dysponujących większą wiedzą i doświadczeniem. Jednym z głównych powodów jego utworzenia jest promowanie kultury inwestowania. „Według danych Narodowego Banku Polskiego depozyty i gotówka stanowią obecnie drugi najwyższy udział w strukturze aktywów finansowych gospodarstw domowych w Unii Europejskiej – wynosi on 51,9 proc.” – czytamy w ocenie skutków regulacji, dołączonej do projektu ustawy. Dodano, że „niski odsetek osób pomnażających kapitał ogranicza finansowanie przedsięwzięć innowacyjnych i w konsekwencji rozwój gospodarczy kraju”.

BEZ UTRATY ULG

OKI będą mogły oferować m.in. banki, domy maklerskie, zakłady ubezpieczeń, fundusze inwestycyjne i dobrowolne fundusze emerytalne tylko osobom pełnoletnim. Umożliwią one lokowanie środków w różne instrumenty finansowe, np. akcje, obligacje, fundusze inwestycyjne czy niskokosztowe fundusze ETF (ang. exchange-traded fund). Podstawowe czynności, takie jak otwarcie konta, wpłaty i wypłaty, zostaną zwolnione od opłat z mocy ustawy. Jedna osoba będzie mogła posiadać kilka kont.

Ważną cechą OKI ma być możliwość wypłaty środków w każdej chwili. To bardzo dobra wiadomość dla wszystkich,

którzy nie chcą dzielić się całym wypracowanym zyskiem z fiskusem, bo – w przeciwieństwie do indywidualnego konta emerytalnego (IKE), indywidualnego konta zabezpieczenia emerytalnego

OKI będą mogły oferować m.in. banki, domy maklerskie, zakłady ubezpieczeń, fundusze inwestycyjne i dobrowolne fundusze emerytalne tylko osobom pełnoletnim

(IKZE) czy ogólnoeuropejskiego indywidualnego produktu emerytalnego (OIPE), o których szerzej pisałem m.in. kilka tygodni temu (nr 4/2026) – nie będzie się to wiązało z utratą ulg podatkowych.

NOWY PODATEK

Środki na OKI zostaną zwolnione z tzw. podatku Belki. W ich miejsce będzie wprowadzony podatek od wartości aktywów naliczany na podstawie sumy średniej wartości posiadanych aktywów z danego roku podatkowego. Istotne jest tutaj rozróżnienie na aktywa inwestycyjne (np. akcje) i aktywa oszczędnościowe (np. lokata bankowa, detaliczne obligacje skarbowe) – te pierwsze mają podlegać zwolnieniu do kwoty 100 tys. zł, a dla tych drugich limit wyniesie tylko 25 tys. zł.

Stawka podatku od wartości aktywów wyniesie 19 proc. wartości stopy referencyjnej NBP obowiązującej na dzień 31 października roku poprzedzającego rok podatkowy, ale

nie mniej niż 0,1 proc. W pierwszym roku funkcjonowania OKI, tj. w 2027 r., wyniesie 0,85 proc. Od 2030 r. kwota aktywów zwolnionych z opodatkowania od ich wartości ma być waloryzowana o wskaźnik inflacji z pierwszych trzech kwartałów roku poprzedniego. Co ważne, podatek od wartości aktywów będzie wymagany także w przypadku poniesienia straty. Wszystko to wydaje się skomplikowane, prawda? A miało być bardzo prosto.

NIESPELNIONA OBIETNICA

Kilka tygodni przed planowanymi na październik 2023 r. wyborami parlamentarnymi najważniejsza w tamtym czasie partia opozycyjna, Platforma Obywatelska, obiecała likwidację podatku Belki. W czasie konwencji wyborczej taką deklarację złożyła wiceprzewodnicząca tego ugrupowania Izabela Leszczyna, która w latach 2013–2015 pełniła funkcję sekretarza stanu w Ministerstwie Finansów, a trzy lata temu była typowana na przyszłą szefową tego resortu. Po wyborach okazało się, że stanie jednak na czele Ministerstwa Zdrowia, a podatek Belki nie zniknie.

Podsumowując, OKI nie oznacza likwidacji podatku Belki, który wielu Polaków traktuje jako karę za oszczędzanie, ale jedynie wprowadza zwolnienie z niego do określonych limitów i pod pewnymi warunkami. Nowe rozwiązanie pozwoli uniknąć jego zapłaty, zwłaszcza jeśli osoby oszczędzające lub inwestujące dysponują mniejszymi środkami, ale nadzieje rozbudzone przez polityków były dużo większe. ●

PRAWO I MEDYCINA

Szpitala toną

MARTYNA ANTOSIEWICZ-ZAJĄC

ADWOKAT, DORADCA RESTRUKTURYZACYJNY, MEDIATOR

Długi placówek nie znikną po uchwale Sądu Najwyższego. Zmieni się jedynie sposób mierzenia się z nimi i to może mieć znaczenie dla całego systemu ochrony zdrowia.

Sąd Najwyższy zamknął 14 maja br. drzwi, które dla zadłużonych szpitali publicznych były ostatnią realną drogą wyjścia. Izba Cywilna rozstrzygnęła w sprawie III CZP 41/25, że samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej nie ma zdolności restrukturyzacyjnej w rozumieniu ustawy Prawo restrukturyzacyjne. Na pisemne uzasadnienie uchwały nadal oczekujemy. To właśnie ono powinno stanowić punkt wyjścia do pogłębionej i merytorycznej dyskusji o kierunku zmian prawa restrukturyzacyjnego w sektorze ochrony zdrowia. Już dziś jednak warto postawić pytanie, jakie praktyczne znaczenie ma ta uchwała oraz czyje interesy w największym stopniu zabezpiecza.

KONIEC RESTRUKTURYZACYJNEJ FURTKI

Bezpośrednim tłem uchwały była sprawa Szpitala Powiatowego w Lesku, wobec którego prowadzone było postępowanie układowe. Jeden z wierzycieli zakwestionował możliwość prowadzenia restrukturyzacji, podnosząc, że dłużnik – jako SPZOZ – nie posiada zdolności restrukturyzacyjnej.

Sąd rejonowy oddalił ten wniosek, odwołując się do uchwały Sądu Najwyższego z 2005 r., w której przyjęto, że SPZOZ może być uznany za przedsiębiorcę w rozumieniu Kodeksu cywilnego. Odmiennie wątpliwości powziął jednak Sąd Okręgowy w Rzeszowie, który, rozpoznając zażalenie, skierował do Sądu Najwyższego pytanie prawne. Odpowiedź jest jednoznaczna.

Przez ostatnie miesiące kilka polskich szpitali próbowało skorzystać z Prawa restrukturyzacyjnego jako realnego narzędzia wyjścia z zadłużenia.

W lutym 2026 r. Sąd Rejonowy Poznań-Stare Miasto otworzył postępowanie sanacyjne dla szpitala w Kole. Sąd w Rzeszowie zatwierdził układ częściowy dla placówki w Ustrzykach Dolnych. Sąd w Kielcach prowadził postępowanie wobec szpitala w Skarżysku-Kamiennej. Każda z tych decyzji była przemyślaną odpowiedzią sądu na wieloletni problem zadłużenia.

Wyłączenie SPZOZ-ów z restrukturyzacji nie likwiduje ich zobowiązań. Odbiera jedynie możliwość uporządkowanego wyjścia z zadłużenia

Rok 2025 był rekordowy dla restrukturyzacji w Polsce. Według raportu MGBI postępowanie restrukturyzacyjne otworzyło 5132 firm – wzrost rok do roku o blisko 15 proc. i pierwszy w historii wynik przekraczający pięć tysięcy. Jednocześnie upadłość ogłosiło 416 przedsiębiorstw – drugi najwyższy wynik w ostatnich pięciu latach. Trend jest czytelny: firmy w trudnej sytuacji sięgają po restrukturyzację, unikając upadłości. Ustawa stworzyła narzędzia pozwalające zarządzać kryzysem w sposób kontrolowany. SPZOZ-y szły tym samym tropem – działają w obrocie gospodarczym, zaciągają

zobowiązania, odpowiadają za nie własnym majątkiem.

DŁUGI NIE ZNIKAJĄ

Uchwała Sądu Najwyższego przesądza, że SPZOZ nie może skutecznie korzystać z instrumentów przewidzianych w Prawie restrukturyzacyjnym, w tym złożyć wniosku o otwarcie postępowania restrukturyzacyjnego. W praktyce oznacza to również brak ochrony przed egzekucją komorniczą, którą daje restrukturyzacja. Konsekwencje tej wykładni mogą być jednak daleko idące. Szpitale, które już dziś funkcjonują w warunkach trwałego zadłużenia, zostają pozbawione jednego z potencjalnych narzędzi uporządkowania zobowiązań i wyjścia ze spirali długu. Może to przełożyć się nie tylko na sytuację dostawców i wierzycieli, lecz także na codzienne funkcjonowanie placówek – presję na zatrudnienie, organizację dyżurów, ograniczenie inwestycji w sprzęt, a w skrajnych przypadkach również na dostępność świadczeń i utrzymanie poszczególnych oddziałów.

Argument, że uchwała chroni wierzycieli, jest niepełny. Wyłączenie SPZOZ-ów z restrukturyzacji nie likwiduje ich zobowiązań wobec dostawców – zmienia wyłącznie tryb, w jakim te zobowiązania będą regulowane: z kontrolowanego i transparentnego na chaotyczny. Doświadczenie szpitala w Skarżysku-Kamiennej jest tu wymowne: problemy z kredytowaniem dostaw leków pojawiły się nie dlatego, że

PRAWO I MEDYCINA

Airbnb pod większą kontrolą

ANNA WOJDA

Koniec anonimowego wynajmu mieszkań turystom. Unijne przepisy już obowiązują, a właściciele lokali – także lekarze inwestujący w nieruchomości – muszą przygotować się na rejestrację, większą kontrolę i kary sięgające nawet 50 tys. zł.

szpital się restrukturyzował, ale dlatego że jego zadłużenie było realne. Restrukturyzacja nie tworzyła tego ryzyka – jako jedyna pozwalała nim zarządzać.

CZAS NA DECYZJĘ

Uchwała przenosi problem na poziom ustawodawcy. Od września 2025 r. obowiązuje nowelizacja ustawy o działalności leczniczej, która nakłada na samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej obowiązki wdrożenia programu naprawczego, w przypadku gdy strata netto przekroczy 1 proc. wartości osiągniętych przychodów. Program ten podlega następnie szczegółowej weryfikacji. To oczywiście krok w dobrym kierunku, ale instrument niewystarczający wobec skali zadłużenia wielu szpitali powiatowych.

Zgodnie z danymi Ministerstwa Zdrowia zobowiązania SPZOZ ogółem wynoszą 27,7 mld zł według stanu na III kwartał 2025 r. Skala ta pokazuje, że problem nie ma charakteru incydentalnego, lecz systemowy. Rada Dialogu Społecznego w kwietniu 2026 r. apelowała o jednoznaczne ustawowe wyłączenie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej spod zakresu stosowania Prawa restrukturyzacyjnego. Celem tego postulatu było ograniczenie ryzyka przerzucania ciężaru zadłużenia publicznych placówek na prywatnych dostawców, wykonawców usług, lekarzy kontraktowych oraz przedsiębiorców z sektora MŚP. Uchwała Sądu Najwyższego stanowi zatem istotny krok w kierunku postulowanym przez Radę Dialogu Społecznego i może być postrzegana jako potwierdzenie zasadności zgłaszanych obaw. Temat pozostaje w obiegu politycznym i legislacyjnym, jednak wciąż wymaga jednoznacznego rozstrzygnięcia ustawowego.

Prawo przewiduje odrębne procedury restrukturyzacyjne dla deweloperów, emitentów obligacji i rolników. Trudno racjonalnie uzasadnić, dlaczego szpitale pozostają poza jakimkolwiek regulowanym mechanizmem odciążenia.

Długi szpitale nie znikną po tej uchale – przeniosą się jedynie na samorządy i Skarb Państwa. Zamknięto jeden rozdział sporu interpretacyjnego, ale otwarto lukę legislacyjną, którą ustawodawca musi wypełnić. ●

Najem krótkoterminowy przez lata był dla wielu właścicieli mieszkań prostym sposobem na dodatkowy dochód. Szczególnie w dużych miastach i miejscowościach turystycznych mieszkania wynajmowane „na doby” potrafiły przynosić wyższe zyski niż tradycyjny najem długoterminowy. Teraz jednak rynek czekają największe od lat zmiany regulacyjne, a właściciele lokali powinni przygotować się na nowe obowiązki.

Od 20 maja 2026 r. w całej Unii Europejskiej obowiązuje rozporządzenie STR dotyczące najmu krótkoterminowego. Jego celem jest uporządkowanie rynku i ograniczenie szarej strefy. Państwa członkowskie mają prowadzić rejestry lokali oferowanych turystom, a platformy, takie jak Airbnb czy Booking, będą zobowiązane do przekazywania danych o wynajmie.

W Polsce pełne przepisy wdrażające unijne regulacje nadal są jednak na etapie prac legislacyjnych. Rząd przygotowuje ustawę, na mocy której ma powstać Centralny Wykaz Turystycznych Obiektów Noclegowych. Każdy lokal przeznaczony pod najem krótkoterminowy ma otrzymać numer identyfikacyjny, a brak rejestracji lub podawanie nieprawdziwych danych może skutkować karą sięgającą nawet 50 tys. zł.

Do czasu uruchomienia centralnego systemu część samorządów zaczęła wykorzystywać istniejące ewidencje gminne. W Warszawie, Sopocie czy Poznaniu właściciele mogą już zgłaszać mieszkania przeznaczone pod wynajem turystyczny. Samorządy podkreślają, że ma to pomóc w ograniczaniu szarej strefy oraz uporządkowaniu rynku noclegowego.

Zmiany wynikają nie tylko z potrzeby lepszej kontroli podatkowej. Od

lat narasta bowiem konflikt między mieszkańcami budynków a właścicielami lokali wynajmowanych turystom. Skargi dotyczą hałasu, imprez, zniszczeń części wspólnych czy poczucia utraty bezpieczeństwa w budynkach, które zaczęły przypominać nieformalne hotele.

To właśnie dlatego część polityków chce dać wspólnotom mieszkaniowym i spółdzielniom większy wpływ na możliwość prowadzenia najmu krótkoterminowego. Polska 2050 proponuje, by mieszkańcy mogli współdecydować, czy w danym budynku dopuszczalny będzie wynajem „na doby”. Rządowy projekt jest ostrożniejszy i przewiduje przede wszystkim możliwość tworzenia przez gminy stref ograniczających taki najem.

Przeciwnicy ostrzejszych regulacji zwracają jednak uwagę, że zbyt daleko idące ograniczenia mogą naruszać prawo własności. Eksperti rynku nieruchomości przypominają, że właściciele kupują mieszkania często jako inwestycję i oczekują możliwości swobodnego dysponowania lokalem. Pojawiają się też obawy, że część proponowanych wymogów technicznych – zwłaszcza przeciwpożarowych – może okazać się kosztowna albo wręcz niemożliwa do spełnienia w istniejących budynkach.

W praktyce właściciele mieszkań powinni przygotować się na większą formalizację działalności. Warto sprawdzić, czy lokal powinien zostać wpisany do gminnej ewidencji, uporządkować kwestie podatkowe oraz śledzić dalsze prace nad ustawą. Choć ostateczny kształt przepisów nadal może się zmienić, jedno wydaje się przesądzone – najem krótkoterminowy przestaje być słabo kontrolowaną formą dodatkowego zarobku i staje się coraz bardziej regulowaną częścią rynku usług turystycznych. ●

PRAKTYKA LEKARSKA

Dentyści u sterów samorządu lekarskiego

ARTUR PEDRYC

Kiedys domagali się większej autonomii, chcieli odłączyć się od izby lekarskiej i utworzyć własną korporację. Dziś dążenia separatystyczne praktycznie nie istnieją. Coraz więcej stomatologów angażuje się w działania samorządu i z sukcesem sięga po najwyższe funkcje w izbach okręgowych. Coś, co jeszcze kilkanaście lat temu było nierealne, staje się normą.

Jeszcze kilkanaście lat temu w środowisku stomatologów regularnie powracał temat odłączenia od wspólnego samorządu lekarskiego. Część dentyistów uważała, że ich interesy są marginalizowane w strukturach Naczelnej Izby Lekarskiej, gdzie dominują lekarze innych specjalności. Dziś emocje wokół tego pomysłu wyraźnie osłabły, ale czy można pokusić się o stwierdzenie, że już nie istnieją?

KIEDYŚ OSOBNO, DZIŚ RAZEM

Fundamentem polskiego samorządu lekarskiego była ustawa z 2 grudnia 1921 r. Na jej mocy powołano do życia Naczelną Izbę Lekarską oraz izby wojewódzkie, które uzyskały między innymi prerogatywy do nadawania prawa wykonywania zawodu. W 1938 r. powołano Izby Lekarsko-Dentystyczne. Zadania i struktura organizacyjna izby lekarzy dentyistów były analogiczne do zadań i struktury izb lekarskich.

Powołanie odrębnego samorządu dentyistów w okresie międzywojennym miało głębokie uzasadnienie, a jego podłożem była historia naszego kraju. Przed odzyskaniem niepodległości w 1918 r. proces kształcenia lekarzy i lekarzy dentyistów znacznie różnił się w poszczególnych zaborach. Dla przykładu na terenach zagarniętych przez Rosję stomatologii nauczano w trzyletnich szkołach techniki dentyistycznej o profilu rzemieślniczym, natomiast pod zaborami austriackim i pruskim dopiero po ukończeniu uczelni medycznej można było specjalizować

się w tej dziedzinie. Różnice te odciśnieły głębokie piętno, które przez całe dwudziestolecie międzywojenne dzieliło środowisko lekarzy i dentyistów. Spora grupa medyków uznawała wręcz, że stomatologia jest bardziej rzemiosłem niż zawodem lekarskim.

Spór na tym tle był tak duży, że gdy w 1938 r. utworzone zostały Izby Lekarsko-Dentystyczne, nie brakowało protestów i postulatów, by z nazwy usunąć słowo „lekarsko”.

Coraz większą uwagę zaczęto zwracać na to, co konkretne osoby wnoszą do samorządu, a nie na to, czy są lekarzami, czy lekarzami dentyistami

Wybuch II wojny światowej sprawił, że dentyści nie cieszyli się długo swoją autonomią. Wprowadzane zmiany mające na celu uregulowanie rynku usług stomatologicznych przeważały atak hitlerowskich Niemiec. Warto jednak odnotować, że jednym z pierwszych zarządzeń NIL-D było wprowadzenie jednolitych zasad dotyczących sposobu reklamowania się w prasie codziennej oraz umieszczania szyldów przed gabinetami.

Po zakończeniu II wojny światowej izby zaczęły działać, ale na skutek wprowadzenia zarządców komisarycznych przez ówczesny resort

zdrowia trudno było mówić o pełnej swobodzie i samostanowieniu. Na początku lat 50. władze komunistyczne przystąpiły do likwidacji niezależnych struktur. Izby lekarskie zostały rozwiązane, a ich majątek przejęło podporządkowane partii Zrzeszenie Lekarzy Polskich.

Dopiero zmiany ustrojowe zapoczątkowane pod koniec lat 80. ubiegłego wieku dały lekarzom i lekarzom dentyistom możliwość walki o odbudowanie swojego samorządu zawodowego. Przełomem okazała się ustawa z 17 maja 1989 r., która przywróciła samorząd lekarski, gwarantując mu niezależność i autonomię, a jednocześnie dając podwaliny pod budowę obecnych struktur.

TARCIA WEWNĘTRZNE

Przez pierwsze kilkanaście lat od chwili odrodzenia samorządu lekarskiego z mniejszą lub większą mocą wybrzmiewały głosy niezadowolenia – głównie ze strony dentyistów – z powodu funkcjonowania w ramach wspólnego samorządu. Historyczne przypomnienia odrębności co jakiś czas wracały w dyskusjach o niezależności środowiska stomatologów. W pierwszych dekadach po transformacji wielu podnosiło argument, że specyfika ich zawodu znacząco różni się od pracy lekarzy szpitalnych czy internistów. Dotyczyło to między innymi modelu prowadzenia prywatnych gabinetów,

rozliczeń z NFZ, szkolenia zawodowego czy regulacji dotyczących rynku usług stomatologicznych, który podobnie jak cała polska gospodarka przechodził dynamiczne przemiany.

Drugim najczęściej podnoszonym argumentem było przekonanie, że we wspólnym samorządzie głos dentystów jest zbyt słabo reprezentowany, a struktury samorządu zdominowane są przez lekarzy niebędących stomatologami. W efekcie co pewien czas wracały pomysły secesji.

Apogeum sporu przypadło na przełom XX i XXI wieku. Mimo napięć nie doszło do procesu legislacyjnego prowadzącego do rozdziału samorządu. Kolejne władze Naczelnej Izby Lekarskiej utrzymywały, że wspólna reprezentacja wzmacnia pozycję całego środowiska medycznego. Dodatkowo, między innymi w wyniku unijnych wymogów prawnych, wprowadzono urzędowy podział i zmieniono nazwę zawodu na „lekarz dentysta” zamiast „lekarz stomatolog”, a także nadano zawodowi dentysty odrębną, oficjalną tożsamość zawodową. Zapewniono stomatologom większą autonomię decyzyjną i samorządową w ramach istniejących struktur.

WAŻNA ROLA STOMATOLOGÓW

Choć zmiany strukturalne w dużej mierze spełniły postulaty dentystów, w dalszym ciągu pojawiały się zarzuty marginalizowania ich przez trudniejszy dostęp do wyższych stanowisk w strukturach samorządowych. Z biegiem czasu coraz powszechniejszy stawał się pogląd, że wspólna reprezentacja wzmacnia pozycję całego środowiska medycznego, a wprowadzone zmiany sprawiły, że postulaty dentystów coraz skuteczniej forsowane są na szczeblu krajowym. Coraz większą uwagę zaczęto zwracać na to, co konkretne osoby wnoszą do samorządu, a nie na to, czy są lekarzami, czy lekarzami dentystami. Te dwie zmiany sprawiły, że dentyści dziś coraz częściej zostają prezesami izb okręgowych.

Po tegorocznych wyborach tak stało się w kolejnych czterech izbach: w Lublinie, Koszalinie, Płocku i Wrocławiu. W tym ostatnim przypadku prezesem został Jerzy Florjański, posiadający podwójne prawo wykonywania zawodu. Tym samym obecnie na czele siedmiu izb spośród 24 najważniejszą funkcję pełnią dentyści: w Koszalinie jest to lek. dent. Jarosław Kozaczyński, w Lublinie dr n. med. Dariusz Samborski, w Płocku lek. dent. Joanna Maślankowska, w Toruniu lek. dent. Anita Pacholec, na czele Śląskiej Izby Lekarskiej stoi

dr n. med. Przemysław Rosak, zaś Dolnośląską Izbą Lekarską kieruje dr n. med. Jerzy Florjański, posiadający podwójne prawo wykonywania zawodu.

DOWÓD NA...

– To, że coraz więcej dentystów jest wybieranych na stanowiska prezesów, moim zdaniem świadczy o dwóch rzeczach – mówi lek. dent. Paweł Barucha, wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej. – Po pierwsze o tym, że interesy dentystów są coraz lepiej reprezentowane w ramach struktur naszego samorządu, a po drugie o tym, że nastroje separatystyczne wśród dentystów to przeszłość. Zawsze uważałem, że w jedności siła. Dzięki tej jedności udało nam się tyle osiągnąć w ciągu mijającej kadencji – uważa Barucha.

To dzięki jego staraniom cztery lata temu przy ministrze zdrowia powstała Rada do spraw Rozwoju Stomatologii, a on sam był pierwszym jej przewodniczącym. Jednocześnie Barucha zaznacza, że dentystom dużo trudniej jest zostać prezesem ORL, ponieważ muszą zdobyć poparcie zarówno lekarzy dentystów, jak i lekarzy innych specjalności, podczas gdy lekarze „ogólni” stanowią 80 proc. delegatów na zjazd okręgowy i nie muszą zabiegać o poparcie dentystów, by uzyskać większość.

Czy to, że dentyści stają na czele izb okręgowych, świadczy, że podzieliły na lekarzy i lekarzy dentystów, tak silne przed laty, oraz postulaty separatystyczne dziś już nie istnieją?

– Niestety zdarzają się jeszcze takie poglądy, na szczęście rzadko i głównie wśród starszych samorządowców. Zwykle pojawiają się w kontekście indywidualnych ambicji personalnych – mówi dr n. med. Dariusz Samborski, dentysta, który w tym roku został prezesem Okręgowej Izby Lekarskiej w Lublinie.

On sam uważa, że pomysły rozłamowe w samorządzie były płytkie i żywe głównie wśród tak zwanej stałej opozycji. Nigdy nie popierał takich dążeń, a wręcz uważał je za głupie.

– Przecież wiadomo, że siła jest w jedności, a podzieloną grupą łatwiej sterować czy rządzić. Obecna sytuacja polityczna dała możliwość

wdrożenia dobrych pomysłów. Powołanie Rady do spraw Rozwoju Stomatologii przy ministrze zdrowia jest niewątpliwym sukcesem. Dzięki niej doszło do pozytywnych zmian, jak choćby rozszerzenie koszyka świadczeń gwarantowanych czy zmiana wycen niektórych procedur stomatologicznych. Choć do ideału jeszcze daleka droga, to będziemy chcieli w przyszłości jeszcze silniej naciskać na rządzących, aby zwiększać nakłady na stomatologię i ją rozwijać – mówi dr Samborski.

NA DOBREJ DRODZE

Wiosną tego roku na czele Dolnośląskiej Izby Lekarskiej stanął dr n. med. Wojciech Florjański, posiadający podwójne prawo wykonywania zawodu. Pytany, jak ocenia sytuację panującą obecnie na Dolnym Śląsku i czy w kierowanej przez niego izbie wciąż tlą się nastroje separatystyczne, wyjaśnia: – Wydaje mi się, że takie nastroje istnieją, szczególnie wśród bardziej doświadczonych samorządowców. Z całą pewnością nie są one tak silne jak kiedyś, ale się zdarzają. Przyczyny są identyczne jak dawniej: część dentystów uważa, że powinni wybierać się sami, a w obecnym układzie ich możliwość samostanowienia jest ograniczona. Częściowo podzielam pogląd o ograniczeniu samostanowienia, ale kładę akcent bardziej na to, jak kto działa, niż na to, jakie skończył studia, bo lekarze i lekarze dentyści mogą wspólnie walczyć o postulaty, które jednej z tych grup bezpośrednio nie dotyczą, tylko ze względu na solidarność.

Dr Florjański jako jedną z najpilniejszych spraw do załatwienia wskazuje potrzebę dalszego zwiększania stawek dla dentystów pracujących w ramach kontraktów z NFZ.

– Były ostatnio podwyżki, ale stawki nadal są dalekie od poziomu cen rynkowych – zauważa. Chciałbym także, aby dentyści mieli możliwość wystawiania karty DiLO – mówi. Zaznacza przy tym, że podjęte w kończącej się właśnie kadencji NIL działania to właściwy kierunek. – Jesteśmy na dobrej drodze i mam nadzieję, że podążanie tą ścieżką przyniesie wymierne efekty w najbliższych latach – podsumowuje Florjański. ●

Wirusy wracają z wakacji. Egzotyczne infekcje coraz bliżej Polski

MARGIT KOSSOBUDZKA-LIPIŃSKA

Denga, chikungunya, malaria czy hantawirusy przestały być problemem odległych kontynentów. Coraz częściej trafiają do Europy razem z podróżnymi, a zmiany klimatu sprzyjają ekspansji komarów i innych nosicieli groźnych chorób.

Zarówno hantawirusy, jak i wirus Ebola są przenoszone ze zwierząt na ludzi. Niestety, takich patogenów jest więcej i coraz częściej „opuszczają” one wraz z ludźmi swoje rdzenne miejsca pochodzenia. Powodów jest kilka: coraz większa ingerencja ludzi w dzikie obszary; zmiany klimatu, które poszerzają strefy wpływu danych wirusów i zwierząt je przenoszących; wreszcie stale rosnąca globalizacja, także w podróżach. Coraz więcej osób stać na to, by w kilkanaście godzin znaleźć się na drugim końcu świata. Polska nie jest samotną wyspą, stąd wzrost także u nas przypadków egzotycznych chorób wirusowych.

HANTAWIRUS I EBOLA

Zakażenia hantawirusami zdarzają się w Polsce, choć należą do rzadkich. Ich liczba sięga zwykle kilku-kilkunastu przypadków rocznie. W niektórych latach nie rejestruje się żadnego zachorowania, w innych pojawiają się pojedyncze przypadki lub małe ogniska, głównie na południu i południowym wschodzie kraju.

Od 2007 do 2017 r. w Polsce odnotowano łącznie 128 potwierdzonych zakażeń hantawirusami. Zdecydowana większość – w województwie podkarpackim. Pojedyncze zachorowania zgłoszono również w innych częściach kraju: trzy w Małopolsce, jeden na Opolszczyźnie oraz jeden w województwie łódzkim. Do końca stycznia 2024 r. rozpoznano łącznie 242 przypadki zakażenia hantawirusami. Niemal wszyscy pacjenci byli hospitalizowani.

W Polsce występują głównie wirusy szczepów Puumala i Dobrava, przenoszone przez nornice i myszy polne. Mogą one wywoływać gorączkę krwotoczną z zespołem nerkowym, czyli HFRS, zwykle o łagodniejszym przebiegu niż w Azji czy Amerykach.

Wirus Ebola jest dobrze znany nauce. Jego ostatni potężny atak miał

Wystarczy kilkanaście godzin lotu, by przywieźć do Europy wirusa, który jeszcze dekadę temu wydawał się problemem wyłącznie tropików

miejsce w afrykańskiej Gwinei. Epidemia rozpoczęła się tam w 2014 r. i trwała w Afryce Zachodniej dwa lata. Według danych oficjalnych zmarło wtedy łącznie ponad 2,5 tys. osób.

Dziś z epidemią mierzy się Demokratyczna Republika Konga. Niedawno Światowa Organizacja Zdrowia uznała epidemię za zagrożenie dla zdrowia publicznego o znaczeniu międzynarodowym.

Organizacja ostrzega, że możemy mieć do czynienia z epidemią o znacznie większym zasięgu niż ten obserwowany obecnie. Istnieje też poważne ryzyko, że wirus

rozprzestrzeni się na skalę regionalną, ponieważ liczba osób zakażonych i zgonów szybko rośnie.

Oba te wirusy są groźne, ponieważ mogą przenosić się pomiędzy ludźmi. To zawsze jest sytuacja, której obawiają się epidemiolodzy. Widzieliśmy, jakie są skutki takiej pandemii na przykładzie COVID-19.

CO GRYZIE RODAKÓW NA WYJEŹDZIE

W Polsce dotychczas nie zdarzył się przypadek osoby zakażonej wirusem Ebola. Jednak lekarze specjalizujący się w chorobach zakaźnych spotykają się z innymi wirusami, które „przyjeżdżają do Polski” wraz z osobami zakażonymi za granicą. Najczęściej diagnozowane choroby to:

Denga – wirusowa choroba przenoszona przez komary z rodzaju *Aedes*, która obecnie zajmuje pierwsze miejsce wśród chorób tropikalnych notowanych w kraju. Objawy obejmują wysoką gorączkę, silne bóle głowy i mięśni.

Malaria – wywoływana przez pierwotniaki przenoszone przez komary z rodzaju *Anopheles*. Wymaga natychmiastowej diagnozy, a jej głównym objawem są nawracające, silne dreszcze i gorączka.

Żółta febra (żółta gorączka) – poważna choroba krwotoczna, która uszkadza wątrobę i nerki.

Chikungunya i Zika – choroby wirusowe związane z ukąszeniami komarów, które w Polsce

diagnozowane są głównie u osób powracających z Ameryki Południowej, Środkowej czy Azji Południowo-Wschodniej.

Z WIATREM W SKRZYDŁACH

Wirusowi chikungunya warto się bliżej przyjrzeć, ponieważ zagrożenie nim w Europie jest stosunkowo nowe. To przenoszony przez komary alfawirus, występujący w tropikalnych i subtropikalnych regionach świata, który spowodował epidemie w ponad 100 krajach.

Choroba objawia się gorączką i bólami stawów. Oprócz wywoływania chorób u mieszkańców obszarów zagrożonych gorączką chikungunya, zakażenia mogą wystąpić u osób podróżujących do tych obszarów. Zakażeni wirusem mogą następnie wprowadzić go do nowych regionów, gdzie komary mogą lokalnie rozprzestrzenić infekcję.

Podróże międzynarodowe oraz ocieplenie związane ze zmianą klimatu wzmacnia czynniki transmisji wirusa (np. zwiększoną przeżywalność komarów, większy zasięg występowania tych owadów, szybszą replikację wirusa). Sytuacja ta już doprowadziła do wzrostu liczby zachorowań na gorączkę chikungunya i dotkniętych nią obszarów geograficznych.

W niedawnym raporcie opublikowanym w piśmie „Journal of the American Medical Association” szacuje się, że na całym świecie co roku występuje do 35 mln zakażeń wirusem chikungunya. Wirus ten, pierwotnie zidentyfikowany w latach 50. ubiegłego wieku w Tanzanii w Afryce, powoduje sporadyczne infekcje i nieprzewidywalne epidemie, w których zakażonych jest od 30 do 70 proc. nieodpornej populacji.

W latach 2014–2015 po raz pierwszy odnotowano lokalne przypadki transmisji w kontynentalnej części Stanów Zjednoczonych, z przypadkami na Florydzie i Teksasie. W 2025 r. gorączka chikungunya ponownie pojawiła się w kilku krajach, a także na obszarach nowych. Znaczące ogniska wystąpiły w południowych Chinach (ponad 25 tys. potwierdzonych przypadków), na Kubie (około 50 tys. przypadków na dzień 3 stycznia 2026 r.) oraz w krajach Oceanu Indyjskiego, w tym na wyspie La Reunion (około 54 tys. potwierdzonych przypadków).

W Europie w 2025 r. ogniska gorączki chikungunya wystąpiły we Włoszech (384 przypadki) i Francji (805 przypadków), w tym w nowych regionach kraju. W Stanach Zjednoczonych w 2025 r. zgłoszono ponad 450 przypadków związanych z podróżami, z czego około 75 proc. dotyczyło podróży na Kubę, a przypadki

zakażenia lokalnego odnotowano na Long Island, w Nowym Jorku i na Florydzie.

Na razie w Polsce chikungunya może wystąpić wyłącznie jako choroba zawleczona, ponieważ nie ma u nas jeszcze komarów, które przenoszą wirusa.

GORĄCZKA I BÓL

Wirus gorączki chikungunya przenosi się na ludzi głównie poprzez ukąszenia zakażonych komarów (*Aedes aegypti* i *Aedes albopictus*), a ludzie są głównymi żywicielami podczas epidemii. Cykl transmisji jest kontynuowany, jeśli komary zakażają się po ukąszeniu człowieka z wysokim poziomem cząstek wirusowych we krwi, a następnie przenoszą je na innych ludzi poprzez ukąszenia. Rzadziej wirus chikungunya może być przenoszony wewnątrzmacicznie, podczas porodu, poprzez przeskórne ukłucie igłą lub kontakt w warunkach laboratoryjnych.

Zasięg występowania komarów *Aedes* rozszerzył się ostatnio na niemal cały świat. Komary *A. aegypti* dobrze czują się w środowisku miejskim, gryzą w pomieszczeniach i na zewnątrz w ciągu dnia i preferują krew ludzką nad zwierzęcą. Komary *A. albopictus* mogą przetrwać w niższych temperaturach niż *A. aegypti* i występują w strefach o klimacie umiarkowanym. Wzrost temperatur pozwala komarom przetrwać w nowych miejscach i sprzyja szybszej replikacji i rozprzestrzenianiu się wirusa wśród tych owadów, co nasila transmisję.

U większości osób zakażonych wirusem chikungunya występują objawy infekcji, czyli nagłe wystąpienie gorączki (ponad 39 st. C) i ból wielostawowy. Ostra choroba gorączkowa trwa średnio siedem dni. Bóle stawów, zgłaszane w ponad 90 proc. przypadków, są często silne i upośledzające, zazwyczaj obustronne i symetryczne, najczęściej obejmują dłonie i stopy, ale mogą również wpływać na inne stawy.

Inne często zgłaszane objawy to wysypka (zwykle plamisto-grudkowa), ból głowy, bóle mięśni, nudności, wymioty i nieropne zapalenie spojówek. Powikłania występują w mniej niż 1 proc. przypadków i obejmują zapalenie mięśnia sercowego, choroby oczu (np. zapalenie błony naczyniowej oka, zapalenie siatkówki),

zapalenie wątroby i zdarzenia neurologiczne (np. zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych i mózgu, zespół Guillaina-Barrégo). Zgony są rzadkie i występują głównie u niemowląt i starszych pacjentów z cukrzycą, chorobą naczyniowo-mózgową lub niedokrwioną serca.

Po zakażeniu chikungunya u ponad połowy pacjentów mogą utrzymywać się lub nawracać objawy, zwłaszcza bóle stawów, sztywność i zmęczenie. Bóle stawów, często powodujące niepełnosprawność, mogą utrzymywać się miesiącami lub latami, choć na ogół ustępują z czasem.

JAK ROZPOZNAĆ ZAKAŻENIE

Zakażenie gorączką chikungunya należy podejrzewać u podróżnych powracających z obszarów ryzyka, u których występuje gorączka i ból stawów. Laboratoryjne potwierdzenie zakażenia jest ważne, ponieważ gorączka chikungunya może przypominać dengę, wirusa Zika oraz inne choroby zakaźne i niezakaźne, takie jak septyczne zapalenie stawów i choroby autoimmunologiczne.

Według „JAMA” rozpoznanie można postawić poprzez identyfikację RNA wirusa gorączki chikungunya w surowicy, zazwyczaj wykrywalnego do 5–8 dni po wystąpieniu objawów, lub przeciwciał IgM swoistych dla wirusa, zazwyczaj wykrywalnych od 4 do 5 dni po wystąpieniu objawów i obecnych przez miesiące, a nawet lata.

Obecnie nie ma dostępnego leczenia przeciwvirusowego wirusa chikungunya, dlatego standardem jest leczenie podtrzymujące. Są to zarejestrowane na świecie dwie szczepionki: żywa atenuowana szczepionka (IXCHIQ) dopuszczona w listopadzie 2023 r. oraz rekombinowana szczepionka zawierająca cząsteczki wirusopodobne (VIMKUNYA) – w lutym 2025 r. Szczepionki są dostępne w wielu krajach.

W Polsce mamy szczepionkę IXCHIQ. Można ją podawać osobom od 12. roku życia narażonym na częste ugryzienia komarów potencjalnie zakażonych wirusem. Szczepienie jest szczególnie zalecane osobom planującym podróże do rejonów endemicznych i tropikalnych, takich jak niektóre kraje Afryki, Azji Południowo-Wschodniej czy Ameryki Południowej i Środkowej. ●

PRAKTYKA LEKARSKA

W zamkniętym kręgu obsesji i kompulsji

OCD to rodzaj syzyfowej pracy. Każdego dnia pojawiają się natrętne myśli, które wymuszają wykonywanie czasochłonnych rytuałów – mówi **dr n. med. Maciej Zerdziński**, ordynator Oddziału Psychiatrycznego II Centrum Psychiatrii w Katowicach im. dr. Krzysztofa Czumy, w rozmowie z Lidią Sulikowską.

Jak dużo osób ma zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne (ang. *obsessive-compulsive disorder, OCD*)?

Dane dotyczące epidemiologii są zasadniczo stałe i podobne w wielu krajach. Na podstawie dostępnych badań można oszacować, że na OCD cierpi około 2,5 proc. populacji. Przez pewien czas obserwowano wyraźny wzrost rozpoznawalności tego zaburzenia – nawet do 7–10 proc. Był to okres pandemii COVID-19, a wzrost dotyczył głównie natręctw związanych ze sferą czystości.

Natrętne myśli związane z brudem/skażeniem i silna potrzeba reakcji na nie to tylko jeden z wymiarów OCD. Jest ich zdecydowanie więcej.

To prawda. Natręctwa często dotyczą religii, sfery seksualnej, agresji, porządkowania, a także potrzeby kontroli i sprawdzania. Sama treść obsesji może być bardzo zróżnicowana, ale jedno je łączy: są niechciane, natrętne i wywołują fatalny, trudny do opisania dyskomfort. Im bardziej dotyczą wrażliwych obszarów życia, tym bywają bardziej dręczące.

Co istotne, obsesji nie da się po prostu zatrzymać – uporczywe myśli nawracają wbrew woli chorego, powodując narastające napięcie. To z kolei prowadzi do wykonania kompulsji, czyli swoistych rytuałów mających zneutralizować ten dyskomfort. Przynoszą one chwilową ulgę, ale po pewnym czasie natrętne myśli pojawiają się ponownie, uruchamiając błędne koło OCD. Przykładowo osoby szczególnie wrażliwe na kwestie higieny mogą mieć obsesje dotyczące

brudu i kompulsyjnie reagować poprzez częste mycie rąk. Z kolei osoby stale wątpiące, czy wykonały jakąś czynność, na przykład zamknęły drzwi lub wysłały e-maila, często wielokrotnie to sprawdzają. Natręctwa przybierają jednak niekiedy znacznie bardziej specyficzne formy.

Obsesji nie da się po prostu zatrzymać – uporczywe myśli nawracają wbrew woli chorego

To znaczy?

Między innymi mogą przybrać postać natręctw kontrastowych. Wówczas osoba lub wartość, które są dla nas szczególnie ważne, stają się treścią nagłych, niechcianych i głęboko nieakceptowanych impulsów lub wyobrażeń, dotyczących na przykład skrzywdzenia bliskiej osoby, ukochanego zwierzęcia albo profanacji symboli religijnych. Tego rodzaju treści wywołują silny lęk oraz poczucie winy i często prowadzą do wykonywania złożonych rytuałów, które w skrajnych przypadkach mogą trwać wiele dni, a nawet tygodni, praktycznie uniemożliwiając normalne funkcjonowanie. To patomechanizm, który może całkowicie zniewolić wolę chorego.

Dla przykładu, jeśli natręctwa dotyczą treści religijnych, osoba wierząca przystępuje do spowiedzi. Przynosi ona chwilową ulgę, która jednak szybko ustępuje, co prowadzi do powtórzenia tego rytuału, niekiedy kilkadziesiąt razy. Innym przykładem może być natrętne wizja zasztytowania własnej matki, po której pojawia się przymus wielogodzinnych ablucji, mających symbolicznie „zmyć” poczucie psychicznego brudu.

Pacjent zdaje sobie sprawę, że wykonywanie kompulsji jest irracjonalne?

Pacjent najczęściej zdaje sobie sprawę, że jego obawy i związane z nimi rytuały są nadmierne lub nieracjonalne, ale mimo to nie jest w stanie przeciwstawić się przymusowi ich wykonania. Poziom inteligencji, wykształcenie czy pozycja zawodowa nie mają tu większego znaczenia. OCD występuje również u osób piastujących wysokie stanowiska oraz wykonujących bardzo odpowiedzialne zawody, takich jak piloci i lekarze.

Przymus wykonania rytuałów może być niezwykle silny. Zdarza się, że pacjent przerywa podróż i wraca do domu, aby upewnić się, czy na pewno zakręcił gaz. Inna osoba wykonuje po kilkadziesiąt telefonów dziennie do bliskiej osoby, ponieważ nie potrafi uwolnić się

od myśli, że mogło jej się coś stać. W przypadku obsesji związanych z kontrolą i sprawdzaniem pacjent często traci zaufanie do własnej pamięci. Robi zdjęcia zamkniętych drzwi, ale i to nie znosi konieczności ponownego sprawdzenia.

Obsesja zawsze skutkuje kompulsją?

Owszem, chociaż kompulsje mogą być wykonywane w ukryciu, tak aby nikt ich nie zauważył. Co więcej, nie muszą mieć charakteru wyłącznie behawioralnego. Często pacjent neutralizuje natrętne myśli poprzez rytuały mentalne. Niektórzy się modlą, inni powtarzają w myślach określone słowa lub odliczają. To tylko kilka przykładów.

Takie fenomeny opisywano już w średniowieczu. W źródłach historycznych można znaleźć relacje osób duchownych, które doświadczwały natrętnych myśli o opętaniu i wielokrotnie powtarzały w myślach określone formuły, aby je zneutralizować. Pokazuje to, że mechanizm OCD pozostaje zasadniczo niezmienny od stuleci.

Codziennosc osób z tymi zaburzeniami musi być bardzo wyczerpująca.

Badania jednoznacznie potwierdzają, że jakość życia osób z OCD należy do najbardziej obniżonych spośród wszystkich chorób i zaburzeń. Konsekwencje tego schorzenia obejmują praktycznie każdy obszar funkcjonowania – pracę zawodową, relacje, pasje i codzienne obowiązki. To rodzaj syzyfowej pracy. Każdego dnia pojawiają się natrętne myśli, które wymuszają wykonywanie czasochłonnych rytuałów. Jest to także ogromne obciążenie dla rodziny chorego. Pacjent potrafi godzinami zajmować łazienkę i zużywać duże ilości wody albo domagać się przytrzymywania kubka pod określonym kątem, bo inaczej nie jest w stanie się napić. Niekiedy rytuały angażują bliskich do tego stopnia, że muszą oni ograniczyć lub nawet porzucić pracę zawodową.

Kiedy te zaburzenia mają wymiar kliniczny? Wiele osób ma jakieś natręctwa.

Występująca skłonność do obsesji i kompulsji nabiera znaczenia klinicznego wtedy, gdy wyraźnie zaburza rytm i jakość życia. Krótko



foto: archiwum prywatne

◀ **dr n.med. Maciej Żerdziński** jest psychiatrą, klinicystą i naukowcem, specjalistą w zakresie leczenia zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych. Kieruje Oddziałem Psychiatrycznym II Centrum Psychiatrii w Katowicach oraz jest z-cą kierownika i adiunktem Katedry Psychiatrii i Seksuologii Akademii Śląskiej w Katowicach. Jest również pisarzem science fiction, rysownikiem i muzykiem.

również współwystępować ze schizofrenią.

Zdarza się, że pacjenci wstydzą się opowiedzieć lekarzowi o swoim zaburzeniu?

Pacjenci bardzo rzadko spontanicznie opowiadają o swoich obsesjach i kompulsjach. Dla wielu z nich są to doświadczenia głęboko wstydlive i kompromitujące. Trudno przecież bez skrępowania powiedzieć, że ktoś jest dręczony bluźnierczymi myślami, wyobrażeniami skrzywdzenia bliskiej osoby albo uporczywym poczuciem, że „coś nie jest idealnie”.

OCD często rozpoczyna się już w dzieciństwie, okresie dojrzewania lub wczesnej dorosłości. Z tego powodu bywa chorobą ukrytą, rozpoznawaną dopiero po wielu latach, a niekiedy w ogóle nierozpoznaną, mimo że skuteczne leczenie mogłoby przynieść znaczną ulgę. Zdarza się również, że pacjenci otrzymują błędne rozpoznania.

Niestety pytania o OCD nie stanowią rutynowego elementu podstawowego badania psychiatrycznego. Mam wrażenie, że problem ten bywa traktowany zbyt marginalnie, mimo że jest to fenomenologicznie i historycznie dobrze ugruntowany obszar psychiatrii.

Oceniając tok i treść myślenia, koncentrujemy się zazwyczaj na pytaniach o urojenia, zapominając o obsesjach. Równie rzadko pytamy o kompulsje. Co ważne, nie wystarczy zapytać pacjenta, czy ma obsesje i kompulsje. Trzeba w prosty i obrazowy sposób wyjaśnić, czego dotyczą te objawy, ponieważ wielu chorych nie utożsamia

mówiąc, chodzi o sytuację, w której nasilenie objawów utrudnia lub uniemożliwia wykonywanie pospolitych czynności. W klasyfikacji DSM-5 przyjmuje się, że obsesje i kompulsje są czasochłonne, jeśli zajmują ponad godzinę dziennie, lub powodują istotne cierpienie i pogorszenie funkcjonowania.

Jeżeli pacjent doświadcza pojedynczych natręctw, ale funkcjonuje normalnie, mówimy raczej o objawach obsesyjno-kompulsyjnych niż o pełnoobjawowym OCD. Tego rodzaju skłonności występują znacznie częściej i dotyczą średnio około 8 proc. populacji.

Z jakimi zaburzeniami lub chorobami OCD występuje najczęściej?

Najczęściej z nawracającymi zaburzeniami depresyjnymi, chorobą afektywną dwubiegunową, zaburzeniami lękowymi, a także z zaburzeniem osobowości obsesyjno-kompulsyjnej, czyli anankastycznej. Może

swoich doświadczeń z terminologią psychiatryczną.

Często trafiają do Pana pacjenci, u których zaburzenie rozwijało się latami i nikt im dotychczas nie postawił właściwego rozpoznania?

Bardzo często. Dotyczy to przede wszystkim dwóch grup pacjentów. Pierwsza to osoby leczone z powodu nawracających zaburzeń depresyjnych lub ChAD, u których z czasem okazuje się, że głównym mechanizmem nawrotowym jest przewlekłe OCD. Druga grupa to pacjenci błędnie diagnozowani jako chorzy na schizofrenię. Oczywiście oba zaburzenia mogą współwystępować, ale mam tu na myśli sytuacje, w których rozpoznanie schizofrenii okazuje się niefortunne. Dotyczy to szczególnie przypadków z dominującymi natręctwami kontrastowymi, o których wspominałem wcześniej. W takich sytuacjach kluczowe znaczenie diagnostyczne ma odtworzenie charakterystycznego błędnego koła OCD. Jest to jedna z najważniejszych wskazówek różnicujących oraz punkt wyjścia do wdrożenia właściwego leczenia.

OCD zawsze eskaluje?

Przebieg jest bardzo zróżnicowany. Najtrudniejsze rokowanie dotyczy OCD o wczesnym początku i współwystępującą osobowością anankastyczną, co sprzyja utracie wglądu. W takich przypadkach choroba bez odpowiedniego leczenia prowadzi do niemożności zatrudnienia. W pozostałych przypadkach rokowanie jest korzystniejsze, a kurs może mieć charakter remitujący. Paradoksalnie nawet wyraźna poprawa może wymagać czasu na przystosowanie się do życia bez objawów, co określa się mianem „burden of normality”.

Da się całkowicie wyleczyć pacjenta z zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych?

Tak, całkowite ustąpienie objawów jest możliwe, nawet w bardzo trudnych przypadkach. U wielu pacjentów udaje się jednak zredukować nasilenie objawów o 30–70 proc., co przekłada się na wyraźną poprawę jakości życia.

Złotym standardem leczenia OCD jest połączenie farmakoterapii z użyciem leków z grupy SSRI lub klomipraminy oraz terapii poznawczo-behawioralnej z zastosowaniem ekspozycji i powstrzymania reakcji.

Metoda ta ma jednak swoje ograniczenia, zwłaszcza gdy obsesje dotyczą tzw. obszaru tabu, czyli treści seksualnych, agresywnych i religijnych, lub gdy dominują kompulsje mentalne.

Dlatego ekspozycję należy stosować ostrożnie, z poszanowaniem poczucia intymności pacjenta. Najlepsze efekty przynosi ona wtedy, gdy towarzyszy jej korekta błędnych przekonań, pogłębienie wglądu w mechanizmy podtrzymujące natręctwa oraz współpraca z systemem rodzinnym. Leczenie OCD wymaga zwykle czasu, cierpliwości i systematycznej pracy zarówno ze strony pacjenta, jak i terapeuty.

Jakie są inne strategie leczenia?

W przypadku opornego OCD można rozważyć metody neuromodulacyjne, takie jak przezczaszkowa stymulacja magnetyczna. W opornych przypadkach stosuje się również głęboką stymulację, polegającą na wszczepieniu elektrod do określonych struktur mózgu. Istnieją także neurochirurgiczne metody leczenia, takie jak kapsulotomia czy cingulotomia, zarezerwowane dla skrajnie ciężkich zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych.

Wszystkie te strategie koncentrują się głównie na neurobiologicznych mechanizmach OCD. Trzeba jednak pamiętać, że zaburzenie to ma również istotny wymiar psychologiczny. Znaczenie mają także czynniki genetyczne, choć sama podatność dziedziczna nie przesądza o wystąpieniu choroby. Decydującą rolę odgrywa współdziałanie predyspozycji biologicznych z czynnikami środowiskowymi i epigenetycznymi.

Czy widzi Pan potrzebę zmian w podejściu diagnostycznym i terapeutycznym w Polsce?

Na pewno trzeba poprawić rozpoznawalność OCD. W praktyce psychiatrycznej zdarza się, że natręctwa są błędnie interpretowane jako urojenia lub omamy, choć definicja tego zaburzenia jest stosunkowo

prosta i opiera się na dwóch podstawowych objawach: obsesjach i kompulsjach. Mimo to rozpoznawalność nadal pozostaje niewystarczająca.

Drugą kwestią jest dostępność specjalistycznego leczenia. Oddział, którym kieruję, od lat zajmuje się terapią zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych i trafiają do nas pacjenci z całej Polski. Nie jesteśmy jednak w stanie objąć opieką wszystkich potrzebujących, ponieważ liczba zgłoszeń zdecydowanie przekracza nasze możliwości. Pokazuje to, że wiele osób nie uzyskuje wystarczającego wsparcia w miejscu swojego zamieszkania.

Dlaczego?

Dobranie leczenia farmakologicznego jest w miarę proste i nie zajmuje wiele czasu, ale najtrudniejsze jest zbudowanie złożonego leczenia psychologicznego, niemniej ważna jest trafna ocena współchorobowości.

Kiedyś zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne nazywano nerwicą natręctw. Współczesna psychiatria porzuciła ten termin. Dlaczego?

Termin „nerwica natręctw” wywodzi się z czasów, gdy OCD zaliczano do zaburzeń nerwowych i lękowych. Współczesne klasyfikacje traktują je jako odrębną kategorię, ponieważ istotą są obsesje i kompulsje. Nie zmienia to faktu, że lęk pozostaje jednym z najbardziej dokuczliwych objawów tego zaburzenia.

Jak reagować na kogoś, kto wykonyuje odczyniające rytuały?

Najlepsze, co możemy zrobić dla siebie i tej osoby, to psychoedukacja. Trzeba zgłębić temat, by zrozumieć, czym są obsesje i kompulsje oraz do czego mogą doprowadzić bez wdrożenia leczenia. Kilka dekad temu napisałem poradnik na ten temat dla pacjentów i ich rodzin. Można go bez problemu znaleźć w internecie. Jest do pobrania bezpłatnie. ●

Wojna plemion

Polska ochrona zdrowia coraz bardziej przypomina pole walki konkurujących ze sobą grup. Lekarze, dyrektorzy, administracja i pacjenci funkcjonują dziś w rzeczywistości narastających emocji, niedoboru i wzajemnej nieufności – a konflikt staje się ważniejszy niż współpraca.

Świat XXI wieku miał być końcem plemion. Globalizacja, internet, mobilność społeczna i nieograniczony dostęp do wiedzy miały rozpuścić dawne podziały w racjonalnym, nowoczesnym społeczeństwie. Tymczasem stało się dokładnie odwrotnie. Życie przeniosło się do silnie spolaryzowanej rzeczywistości, w której ludzie potrzebują przynależności dającej jakieś poczucie stabilizacji, bo – jak się okazuje – człowiek XXI wieku mimo technologicznej zbroi i masek niezależności pozostaje istotą plemienną.

Plemiona nie zniknęły. Zmieniły tylko formę. Rozpoznajemy je po języku, emocjach i wrogach. Plemiona buduje już nie stricte geografia, lecz narracja. Wspólne poczucie krzywdy. Wspólny przeciwnik. Wspólne przekonanie, że „oni” zagrażają „nam”.

W ochronie zdrowia mechanizmy plemienne są dziś wyjątkowo widoczne. Niejednokrotnie lekarze przeciw lekarzom w ramach formy zatrudnienia, specjalizacji. Rezydenci przeciw ordynatorom. Szpitale przeciw POZ. Publiczni przeciw prywatnym. Specjaliści przeciw administracji. Administracja przeciw lekarzom. Pacjenci coraz częściej tracą zaufanie do wszystkich uczestników systemu.

Każda grupa ma własny język, własne poczucie niedocenienia i własną opowieść o winnych. Co ciekawe – każda z tych opowieści zawiera w sobie prawdę i prawdę subiektywną. Problem polega na tym, że plemiona nie żywią się prawdą. Żywią się emocją. To dlatego racjonalne argumenty coraz rzadziej kończą spory w ochronie zdrowia. W plemieniu nie chodzi przecież o dojście do prawdy. Chodzi o lojalność wobec swoich prawd i ludzi.

Im bardziej system jest przeciążony, tym silniejsze stają się plemiona. To mechanizm stary jak świat. Gdy zasoby są ograniczone, ludzie zaczynają walczyć o swój dostęp do nich. O wpływ. O prestiż. O bezpieczeństwo. O uwagę decydentów.

ANNA GOŁĘBICKA
EKONOMISTKA, STRATEG
KOMUNIKACJI I ZARZĄDZANIA



O kontrakty NFZ. O czas. O godność. O pieniądze.

Polska ochrona zdrowia od lat funkcjonuje w narracji niedoboru. Dookoła słyzy się złe informacje. Niedobory kadrowe, przeciążenie personelu, deficyt czasu, rosnąca liczba pacjentów i chroniczne napięcia finansowe tworzą środowisko, w którym szersza współpraca przestaje być naturalnym odruchem. Naturalnym odruchem staje się obrona własnego plemienia.

Dlatego właśnie konflikty w systemie ochrony zdrowia są dziś tak brutalne emocjonalnie. Nie dotyczą już wyłącznie organizacji systemu. Dotyczą tożsamości.

Młody lekarz nie walczy tylko o warunki pracy. Walczy o zauważenie. Starszy ordynator nie broni jedynie hierarchii. Broni świata, który znał przez całe życie. Dyrektor szpitala nie myśli wyłącznie o pacjentach i medykach. Walczy o przetrwanie instytucji. Pacjent nie chce jedynie szybszej wizyty. Pod omijaniem kolejki i narzekaniem mieści się marzenie o tym, by odzyskać poczucie bezpieczeństwa.

Każde plemię uważa się za ostatnie racjonalne miejsce w irracjonalnym systemie.

Media społecznościowe tylko ten proces przyspieszyły. Algorytmy premiuja konflikt, bo konflikt przyciąga uwagę. Uwaga daje zasięg. Zasięg daje wpływ. Nigdy wcześniej

środowisko medyczne nie obserwoowało siebie nawzajem z taką intensywnością i jednocześnie z tak małą empatią.

Paradoksalnie jednak największym problemem plemion nie jest sama wojna. Jest nim koszt tej wojny. Energia, która mogłaby zostać przeznaczona na większą uwagę poświęconą pacjentom, innowacje czy odbudowę zaufania, konsumowana jest przez nieustanny konflikt. Pewnie lekarz mógłby powiedzieć, że system ochrony zdrowia przypomina dziś organizm autoimmunologiczny – coraz częściej walczy sam ze sobą.

Ekonomia zna to zjawisko od dawna. To klasyczny paradoks więźnia. Dwóch graczy, działając wyłącznie we własnym interesie, podejmuje decyzje racjonalne indywidualnie, ale słabe zbiorowo. Gdy obaj wybierają walkę, obaj tracą, choć mogliby wspólnie zyskać więcej.

W takim to miejscu znalazło się dziś polskie zdrowie. Każde plemię próbuje wygrać własną bitwę, nie zauważając, że cały system przegrywa wojnę. Tymczasem największą przewagą nowoczesnych społeczeństw nie jest brak konfliktów. Jest nią zdolność budowania współpracy mimo konfliktów.

Przyszłość nie będzie należała do najsilniejszych plemion. Będzie należała do tych, którzy nauczą się wychodzić poza własne ramy. ●

PRAKTYKA LEKARSKA

Epidemia słabych kości

LIDIA SULIKOWSKA

W Polsce osteoporoza nadal jest wykrywana zbyt późno, a często przebiega bezobjawowo, aż do momentu złamania kości. W efekcie miliardy złotych wydawane są na leczenie skutków choroby zamiast na jej wcześniejsze rozpoznawanie i terapię.

Według szacunkowych danych Narodowego Funduszu Zdrowia opartych na wskaźnikach epidemiologicznych w Polsce na osteoporozę choruje około 2,3 mln ludzi, z czego ponad 1,8 mln to kobiety. Jednocześnie chorobowość rejestrowana osteoporozy plasuje się na poziomie nieco ponad 600 tys. osób (najnowsze dostępne dane to te za 2024 r., zaktualizowane na portalu e-Zdrowie). To wskazuje, że ogromna grupa chorych pozostaje niezdiagnozowana. Alarmująca jest to, sytuacja może być jeszcze gorsza, niż pokazują kalkulacje Funduszu.

TO NIE TYLKO PROBLEM OSÓB STARSZYCH

– Szacunki NFZ pokazują, że 73 proc. chorych na osteoporozę jest niezdiagnozowanych, ale moim zdaniem to tylko wierzchołek góry lodowej, ponieważ te dane dotyczą jedynie osteoporozy pomenopauzalnej, czyli kobiet po 50. roku życia oraz mężczyzn po 70. roku życia – mówi prof. Brygida Kwiatkowska, specjalistka chorób wewnętrznych i reumatologii, kierownik Kliniki Wczesnego Zapalenia Stawów Narodowego Instytutu Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji w Warszawie. Wyjaśnia, że jest jeszcze pokaźna grupa młodszych osób, którzy też chorują. – Około 30 proc. pacjentów z cukrzycą typu II może mieć osteoporozę. W tej grupie jest wiele młodych osób. Mamy też pacjentów z osteoporozą posteroïdową – zaznacza Brygida Kwiatkowska.

Osteoporoza często współwystępuje z zapalnymi chorobami reumatycznymi lub jest powikłaniem ich leczenia w wyniku długotrwałego stosowania glikokortykosteroidów.

– Czasami mamy do czynienia z mężczyznami poniżej 50. roku życia lub kobietami przed menopauzą z bardzo zaawansowaną wtórną osteoporozą – tłumaczy prof. Piotr Leszczyński z Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu, kierownik Oddziału Reumatologii, Układowych Chorób Tkanki Łącznej i Immunoterapii Chorób Reumatycznych Wielospecjalistycznego Szpitala Miejskiego im. J. Strusia w Poznaniu. Dodaje, że

trwającej powyżej trzech miesięcy – wyjaśnia prof. Leszczyński.

JAK ZLOKALIZOWAĆ PACJENTÓW

Z czego wynika słaba rozpoznawalność osteoporozy w naszym kraju? Powodów jest kilka. Zdaniem prof. Brygidy Kwiatkowskiej wykonujemy zbyt mało badań diagnostycznych, takich jak densytometria (DXA) i metoda ultradźwiękowa (ang. Radiofrequency Echographic Multi-Spectrometry, REMS).

– Densytometria jest refundowana, ale REMS już nie. Uważam, że wykrywalność mogłoby podnieść wprowadzenie jej do koszyka refundacyjnego. Ta metoda pozwala ocenić gęstość mineralną kości (BMD) bez użycia promieniowania rentgenowskiego, zatem nie wymaga ochrony radiologicznej, jest więc bezpieczna dla kobiet w ciąży, a do jej obsługi nie potrzeba przeszkolonego technika radiologii. Badanie tą techniką jest bardzo porównywalne do DXA, a dodatkowo daje dużo bardziej miarodajne wyniki diagnostyczne u pacjentów z cukrzycą, otyłością, przy dużych zmianach zwyrodnieniowych i różnego typu zespoleniach w kręgosłupie – mówi prof. Kwiatkowska.

– Kolejny powód to niewystarczająca aktywność wśród lekarzy rodzinnych w procesie wykrywania tej choroby – wymienia kierowniczka Kliniki Wczesnego Zapalenia Stawów NIGRiR w Warszawie. Tłumaczy, że istnieje prosty sposób, który daje wskazówkę, czy pacjent wymaga pogłębionej diagnostyki. Wystarczy zmierzyć jego

Według szacunków NFZ w Polsce choruje na osteoporozę około 2,3 mln osób, jednak większość pozostaje niezdiagnozowana

to trochę komplikuje decyzyjność leczniczą w zapalnych chorobach reumatycznych.

– Nie ma tutaj jasnych rekomendacji i często bywa dyskusyjne szczególnie w aspekcie czasu trwania leczenia. Z drugiej strony mamy w reumatologii dostępne terapie innowacyjne i lepiej stosujemy też terapie standardowe, co powoduje skuteczne hamowanie procesu zapalnego i zmniejsza możliwość rozwoju osteoporozy wtórnej. Ograniczamy przez to szerokie i długotrwałe stosowanie GKS, a jak wiadomo nawet dawka 2,5 mg/dobę prednizonu jest uznana za szkodliwą przy terapii

wzrost i porównać do wzrostu w młodym wieku. Każde zmniejszenie się powyżej 2 cm w krótkim czasie albo ≥ 4 cm w porównaniu ze swoim wzrostem w młodości najprawdopodobniej świadczy o tym, że doszło do zgnieceń kompresyjnych kręgow z powodu osteoporozy.

Narzędziem pomocniczym do szacowania ryzyka złamań osteoporotycznych jest kalkulator FRAX (Fracture Risk Assessment Tool), który tworzy ocenę, biorąc pod uwagę m.in. wiek i płeć osoby badanej, masę ciała, wzrost, dotychczas przebyte złamania, złamanie biodra u rodzica, stosowanie glikokortykosteroidów, palenie tytoniu, spożycie alkoholu.

Innym problemem wpływającym na rozpoznawalność jest liczba poradni osteoporozy.

– Niestety jest ich zbyt mało. Dlatego warto skierować pacjenta do poradni reumatologicznych, których jest znacznie więcej. Reumatolodzy są doświadczeni w diagnozowaniu i leczeniu tej choroby – stwierdza prof. Brygida Kwiatkowska. A osteoporoza wymaga, jak podkreśla ekspertka, stałego leczenia farmakologicznego. Co ciekawe, z danych NFZ wynika, że w 2024 r. tylko 197,4 tys. pacjentów zrealizowało recepty na refundowane leki stosowane w leczeniu tej choroby. Całkowita wartość refundacji wyniosła wówczas 108 mln zł.

– Niestety, wielu pacjentów nie przestrzega zaleceń lekarskich. Brakuje świadomości, jak niebezpieczna jest ta choroba, a przecież śmiertelność w pierwszym roku po złamaniu bliższej kości udowej w przebiegu osteoporozy oscyluje w granicach 30 proc. – podkreśla Brygida Kwiatkowska. Dodaje, że wielu pacjentów ma problem z przyjmowaniem bisfosfonianów, leków pierwszego rzutu podawanych doustnie.

– Myślę, że compliance poprawi włączenie do refundacji zoledronianu, który jest bisfosfonianem podawanym dożylnie raz w roku. Według mojej wiedzy trwają prace nad włączeniem go na listę refundacyjną – mówi kierowniczka Kliniki Wczesnego Zapalenia Stawów NIGRiR.

POŁAMANE SKUTKI KULEJĄCEJ PROFILAKTYKI

Eksperti zajmujący się osteoporozą zwracają uwagę, że niska rozpoznawalność wynika również z braku świadomości w społeczeństwie, czym jest ta choroba.

– Większość chorych myśli, że to bóle kostne – zwraca uwagę prof. Piotr Leszczyński. Tymczasem osteoporoza przez długi czas może rozwijać się w ukryciu,

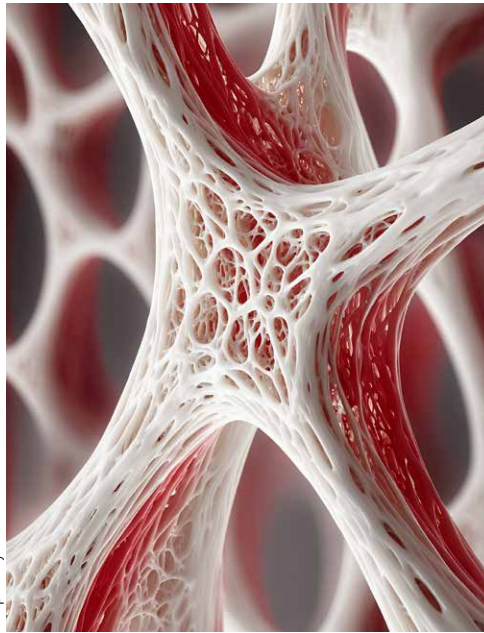


foto: pixabay.com

nie dając objawów. Niestety bez leczenia prowadzi do złamań niskoenergetycznych, które mogą zakończyć się tragicznie. Dane NFZ pokazują, że w 2024 r. odnotowano 169 tys. złamań osteoporotycznych, co kosztowało budżet Funduszu 1,14 mld zł, z czego 62 proc. to środki przeznaczone na świadczenia z powodu złamań bliższego końca kości udowej. Co więcej, chorzy po takich złamaniach w znikomym odsetku zrealizowali recepty na leki refundowane w leczeniu osteoporozy w ciągu sześciu miesięcy od złamania.

– Ortopedzi powinni kierować pacjentów po złamaniu niskoenergetycznym do specjalistów zajmujących się osteoporozą. Niestety, nie bardzo widzą tę jednostkę chorobową. Sytuacja jest trochę lepsza niż kiedyś, ale mamy tu jeszcze dużo do zrobienia – przyznaje prof. Tomasz Blicharski, specjalista ortopedii i traumatologii narządu ruchu, kierownik Kliniki Rehabilitacji Uniwersytetu Medycznego w Lublinie. Przykład: pacjentka trafia na izbę przyjęć/SOR ze złamanym biodrem, typowo osteoporotycznym. Jest zakładana endoproteza, mamy sukces terapeutyczny.

– Niestety, tylko do kolejnego złamania, bo pacjent nie otrzymuje leczenia na osteoporozę – tłumaczy specjalista. Zwraca też uwagę na

◀ Niska rozpoznawalność osteoporozy wynika z braku świadomości czym jest ta choroba

zmiany osteoporotyczne dotyczące kręgosłupa. – W wyniku rozwoju choroby kręgi mają coraz mniejszą wytrzymałość, przez co zaczynają się zapadać. Dochodzi do zniekształceń, które interpretujemy jako chorobę zwyrodnieniową, a często są to mikrozłamania osteoporotyczne. W tym momencie trzeba reagować profilaktycznie, by zapobiec dalszej destrukcji kręgow wymagającej leczenia operacyjnego – uczyła prof. Blicharski.

Podkreśla też, że problem niezaopekowania pacjentów po złamaniach osteoporotycznych pod kątem osteoporozy wynika ze złego poukładania naszego systemu.

– NFZ premiuje procedury wysokospecjalistyczne, takie jak endoprotezoplastyka stawu biodrowego, natomiast nie zauważa profilaktyki. Mamy za mało poradni osteoporozy, w wielu miejscach są długie terminy oczekiwania, więc nawet jeśli pacjent otrzyma skierowanie, to może nie dostać pomocy na czas. Gdyby przeznaczano więcej środków na profilaktykę osteoporozy, byłoby mniej złamań – ocenia ortopeda.

NAJNOWSZE WYTYCZNE

W tym roku zostały zaktualizowane rekomendacje Polskiego Towarzystwa Reumatologicznego dla lekarzy dotyczące osteoporozy. Jak wyjaśnia prof. Piotr Leszczyński, ich pierwszy autor, w dokumencie zostało uporządkowanych wiele aspektów diagnostycznych i leczniczych, które są wynikiem nowej wiedzy z ostatnich kilku lat.

– W mojej opinii najważniejsze nowości to akceptacja metody REMS jako narzędzia równoważnego z DXA w diagnostyce densytometrycznej, jasne stanowisko dotyczące braku potrzeby stosowania witaminy K2 w populacji polskich pacjentów oraz akceptacja do szerokiego stosowania produktów biopodobnych do oryginalnego denosumabu czy teryparatydu. Oczywiście podkreślamy również, że osteoporozę można rozpoznąć i leczyć bez wykonania badania densytometrycznego, jeżeli tylko wystąpiło złamanie niskoenergetyczne – informuje Piotr Leszczyński. ●

PRAKTYKA LEKARSKA

Z krętych ścieżek na autostrady

Choroby płuc pozostają jednym z największych wyzwań zdrowia publicznego w Polsce. O przełomie w diagnostyce i leczeniu, potrzebie profilaktyki oraz przyszłości polskiej pulmonologii mówi **dr n. med. Małgorzata Czajkowska-Malinowska**, prezeska Polskiego Towarzystwa Chorób Płuc w kadencji 2022–2026, w rozmowie z Lucyną Krysiak.

Jak oceniłaby Pani aktualną kondycję polskiej pulmonologii?

To dziedzina o niezwyklej dynamice, ale też obciążona ogromnymi obciążeniami. Przez lata szła krętą i wyboistą drogą – z niedoborem kadr, niedoszacowaniem procedur, ograniczonym dostępem do aparatury i nowoczesnych technologii, a teraz przemierza autostrady. Dziś już możemy powiedzieć, że dokonano się ogromne przyspieszenie technologiczne, terapeutyczne i organizacyjne, dzięki czemu pulmonologia przestała być specjalnością opartą wyłącznie na spirometrii, inhalatorach i leczeniu zaostrzeń, a coraz mocniej przechodzi w stronę wczesnego wykrywania, fenotypowania chorób, terapii biologicznych i celowanych, wykorzystywania sztucznej inteligencji w obrazowaniu, opieki koordynowanej oraz programów lekowych. Cieszę się, że problemy pulmonologii zostały dostrzeżone w Ministerstwie Zdrowia, NFZ i Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. Teraz chodzi o to, aby to przyspieszenie dobrze wykorzystać.

Co obecnie najbardziej obciąża system opieki pulmonologicznej?

Szerokie spektrum chorób płuc. Wciąż problemem jest przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP), postępująca choroba układu oddechowego będąca następstwem długetniego



foto: archiwum prywatne

wdychania szkodliwych substancji, w tym dymu tytoniowego, co objawia się dusznością, przewlekłym kaszlem i odkrztuszaniem wydzieliny. Choroba w Polsce dotyczy ponad 2 mln osób, z czego duża część pozostaje niezdiagnozowana, a prowadzi do niewydolności oddechowej. Także astma, stająca się obecnie chorobą powszechną, czy rak płuca – główny zabójca wśród nowotworów, są dla pulmonologii ogromnym wyzwaniem. Do tej listy dochodzą choroby śródmiąższowe, gruźlica, mukowiscydoza, nadciśnienie płucne, obturacyjny bezdech

◀ Największym wyzwaniem pulmonologii jest dziś przejście od medycyny późnego reagowania do medycyny wczesnego wykrywania – podkreśla **dr n. med. Małgorzata Czajkowska-Malinowska**, konsultantka krajowa w dziedzinie chorób płuc

senny, niewydolność oddychania i zakażenia układu oddechowego oraz ich powikłania. Koszty społeczne i ekonomiczne leczenia chorób układu oddechowego w Polsce przekraczają 79 mld zł rocznie, a wiele z nich rozpoznajemy zbyt późno. Najważniejszym wyzwaniem jest więc przejść od medycyny późnego reagowania do medycyny wczesnego wykrywania, profilaktyki i koordynacji.

Współtworzyła Pani wytyczne dotyczące POChP w opiece koordynowanej. Do kogo są one kierowane i czego można oczekiwać po tej współpracy?

Wytyczne są skierowane przede wszystkim do lekarzy rodzinnych, ale także do koordynatorów, pielęgniarek, edukatorów, fizjoterapeutów i pulmonologów wspierających POZ. Chodzi o uporządkowanie opieki nad pacjentem z POChP, począwszy od podejrzenia choroby, przez spirometrię z próbą rozkurczową, ocenę objawów i ryzyka zaostrzeń, po leczenie, edukację, rehabilitację, szczepienia i leczenie antynikotynowe. Nie każdy chory z POChP wymaga stałej opieki

pulmonologa. Wielu stabilnych pacjentów może być dobrze prowadzonych blisko własnego miejsca zamieszkania, pod warunkiem że jest ustalona jasna ścieżka konsultacji specjalistycznej. Od tej współpracy oczekujemy wcześniejszego rozpoznawania POChP, lepszej kontroli choroby i odciążenia AOS dla pacjentów wymagających opieki specjalistycznej.

Rok 2026 został ogłoszony Rokiem POChP. Dlaczego ta choroba wymaga szczególnej uwagi?

POChP jest chorobą bardzo częstą, a jednocześnie zbyt późno rozpoznawaną. Pacjent często przyzwyczajony jest do duszności, przewlekłego kaszlu czy spadku tolerancji wysiłku. Rok POChP ma zwiększyć świadomość tej choroby, przypomnieć, że spirometria, edukacja inhalacyjna, rehabilitacja, szczepienia i rzucenie palenia są fundamentem opieki. To najwyższy czas na opracowanie standardów postępowania i ich upowszechnienie. Jednocześnie POChP zaczyna wchodzić w erę bardziej spersonalizowanego leczenia. Coraz większe znaczenie mają fenotypy choroby, eozynofile, ryzyko zaostrzeń, terapia potrójna i nowe leki przeciwwzapalne, w tym leczenie biologiczne dla wybranych pacjentów. Ale największy efekt populacyjny osiągniemy nie przez pojedynczą innowację, lecz przez dobrze zorganizowany system.

Planowane jest wdrożenie programu przesiewowych badań w kierunku raka płuca z użyciem niskodawkowej tomografii komputerowej. Jak to może mieć znaczenie dla pacjentów?

To jeden z najważniejszych projektów zdrowia publicznego w Polsce. Rak płuca przez lata był rozpoznawany zbyt późno, często wtedy, gdy leczenie radykalne nie było już możliwe. Niskodawkowa tomografia komputerowa, czyli NDTK, daje szansę wykrycia choroby wcześniej. Doświadczenia pilotażu pokazały, że dzięki temu programowi można wykrywać nowotwory operacyjne, a więc potencjalnie uleczalne, a wprowadzenie NDTK do koszyka świadczeń gwarantowanych to sukces Ministerstwa Zdrowia, AOTMiT, NFZ, środowiska klinicznego i organizacji pacjenckich. To także dowód, że gdy nauka, klinika i decyzje systemowe zmierzają w jednym kierunku, można realnie zmieniać

rokowania w tej chorobie. NDTK musi być jednak połączone z Lung Cancer Units, bo samo wykrycie zmiany nie wystarczy – pacjent potrzebuje szybkiej diagnostyki z wykorzystaniem technik małoinwazyjnych, diagnostyki patomorfologicznej, molekularnej i ukierunkowanego leczenia.

To duże zmiany w diagnostyce i leczeniu raka płuca.

Rak płuca nie jest już jedną chorobą leczoną według prostego schematu. Dziś musimy znać typ histologiczny choroby, stopień zaawansowania, profil molekularny i markery predykcyjne. Od jakości pobranego materiału zależy możliwość leczenia ukie-

Przez lata pulmonologia szła krętą i wyboistą drogą – z niedoborem kadr, niedoszacowaniem procedur i ograniczonym dostępem do nowoczesnych technologii

runkowanego molekularnie lub immunoterapii. Pulmonolog ma tu kluczową rolę do spełnienia – rozpoznaje podejrzenie choroby, prowadzi diagnostykę obrazową i endoskopową, wykonuje bronchoskopię i EBUS, pobiera materiał oraz kieruje pacjenta do zespołu wielodyscyplinarnego. Nowoczesne leczenie raka płuca wymaga współpracy pulmonologa, torakochirurga, onkologa, radiologa, patomorfologa, biologa molekularnego i radioterapeuty.

Wspomniała Pani o niedoborze kadr w pulmonologii. Jak poważny jest to problem?

Mamy 862 aktywnych zawodowo specjalistów chorób płuc, a średni wiek pulmonologa to około 58 lat. Około 45 proc. pracujących specjalistów w tej dziedzinie osiągnęło już wiek emerytalny. To oznacza ryzyko niskiej zastępowalności w najbliższych latach. Wprawdzie dostrzegamy rosnące zainteresowanie pulmonologią wśród młodych lekarzy – i to

napawa nas optymizmem, musimy jednak w ramach zachęty pokazać im, że jest to specjalizacja nowoczesna, interdyscyplinarna, oparta na wielu procedurach wymagających wysokich umiejętności i bardzo potrzebna społecznie. Niedobór specjalistów wymusza też zmianę modelu postępowania w leczeniu chorób układu oddechowego, pulmonolog powinien prowadzić pacjentów trudnych i ciężkich, a stabilna astma, stabilna postać POChP, profilaktyka, szczepienia, leczenie antynikotynowe i część diagnostyki powinny być silnie osadzone w POZ oraz opiece koordynowanej.

Układowi oddechowemu zagrażają też infekcje. Dla jakiej grupy pacjentów są one szczególnie groźne?

Dla wszystkich pacjentów z chorobami przewlekłymi płuc. Grypa, COVID-19, RSV, pneumokoki, krztusiec czy zaostrzenia bakteryjne u chorych z POChP mogą wymagać hospitalizacji i prowadzić do niewydolności oddechowej. Najważniejszą ochroną są szczepienia przeciw grypie, COVID-19, pneumokokom, krztuścowi, RSV, półpaścowi. Do tego dochodzą inne działania – niepalenie tytoniu, higiena rąk, unikanie ekspozycji w okresach wysokiej zachorowalności, leczenie chorób przewlekłych i szybka reakcja na zaostrzenie. Profilaktyka infekcji nie jest dodatkiem do pulmonologii, jest integralną częścią leczenia.

Coraz częściej mówi się o chorobach śródmiąższowych płuc. Jak się manifestują i czy można się przed nimi ustrzec?

To bardzo zróżnicowana grupa chorób. Część jest związana z chorobami autoimmunologicznymi, część z narażeniami zawodowymi i środowiskowymi, lekami, alergenami organicznymi, a część ma nieznaną przyczynę. Nie przed wszystkimi można się ustrzec, ale można ograniczyć ryzyko. Najważniejsze jest szybkie rozpoznanie. Przewlekła duszność wysiłkowa, suchy kaszel, trzeszczenia u podstawy płuc czy nieprawidłowe HRCT powinny

prowadzić do diagnostyki specjalistycznej. Leczenie zależy od typu choroby.

A co z gruźlicą? Wydawałoby się, że wraz z wprowadzeniem powszechnych szczepień BCG choroba ta została wyeliminowana.

Niestety, tak nie jest. Szczepienie BCG chroni przede wszystkim dzieci przed najcięższymi postaciami choroby, np. zapaleniem opon mózgowo-rdzeniowych, ale nie likwiduje ryzyka gruźlicy płuc u dorosłych. W Polsce nadal rozpoznaje się rocznie kilka tysięcy przypadków tej choroby. Dlatego należy zachować czujność. Kaszel trwający ponad dwa tygodnie, nocne poty, stany podgorączkowe, chudnięcie i osłabienie wymagają diagnostyki. Bardzo ważny był wspólny projekt PTChP i WHO dotyczący podnoszenia świadomości gruźlicy oraz kampania „Zwykły kaszel czy objaw gruźlicy? Sprawdź!”. Wyzwaniem pozostaje gruźlica wielolekooporna.

Już od dłuższego czasu meteorolodzy codziennie podają raporty smogowe, co sugerowałoby, że powietrze, którym oddychamy, nie jest wolne od zanieczyszczeń. Jak środowisko wpływa na zdrowie płuc?

Bardzo silnie. Smog, pyły zawieszone, tlenki azotu, ozon czy benzo(a)piren nasilają objawy astmy i POChP, zwiększają ryzyko zaostrzeń, infekcji, hospitalizacji, a w dłuższej perspektywie także chorób przewlekłych i nowotworów. To nie jest temat sezonowy ani medialny. To realny czynnik ryzyka zdrowotnego. W PTChP powołaliśmy Sekcję Zagrożeń Środowiskowych Układu Oddechowego, której eksperci, m.in. prof. Tadeusz Zielonka i prof. Artur Badyda, prof. Piotr Dąbrowiecki, od lat sygnalizują, że zdrowie oddechowe zależy również od jakości powietrza, warunków pracy, środowiska domowego i polityki publicznej. Pacjent może ograniczać ekspozycję w dni smogowe, ale odpowiedzialność za czyste powietrze jest systemowa.

Jak przedstawia się infrastruktura poradni pulmonologicznych i łóżek w oddziałach o tym profilu?

Nie można tej infrastruktury sprowadzać do prostej liczby łóżek. Polska jest krajem starzejącym się, z nierównomiernym rozmieszczeniem ludności. Choroby układu oddechowego, niewydolność oddychania,



foto: magnific.com

▲ Niedobór specjalistów wymusza zmianę modelu postępowania w leczeniu chorób układu oddechowego

rak płuca, POChP, powikłania infekcyjne i potrzeba tlenoterapii narastają wraz z wiekiem. Pulmonologia jest specjalnością procedurową i diagnostyczną, wymaga bronchoskopii, EBUS, diagnostyki opłucnej, medycyny snu, wentylacji nieinwazyjnej, programów lekowych i ścieżek onkologicznych. Oddziały chorób wewnętrznych nie zastąpią więc oddziałów chorób płuc. Trwa zatem analiza oddziałów pulmonologicznych i jest ona bardzo potrzebna. Także poradnie AOS są przeciążone. Dlatego potrzebujemy sieci współpracujących ze sobą placówek – silnego POZ, dobrze dostępnych poradni, oddziałów o różnym poziomie referencyjności i centrów wysokospecjalistycznych.

Co najbardziej doskwiera pulmonologii i jak rysuje się przyszłość tej specjalizacji?

Niedobór kadr, niedofinansowanie i niedozacowanie procedur, nierówny dostęp do nowoczesnej diagnostyki oraz zbyt późne rozpoznawanie wielu chorób. Przez lata wiele obszarów opieki

pulmonologicznej było zaniebanych systemowo zarówno pod względem organizacji, jak i wyceony świadczeń. Ale jednocześnie nigdy wcześniej nie widziałam takiego przyspieszenia i takiej determinacji środowiska. Rozwijają się terapie biologiczne, programy lekowe, diagnostyka małoinwazyjna, molekularna, niskodawkowa tomografia komputerowa w raku płuca, opieka koordynowana, medycyna snu, intensywna terapia pulmonologiczna, technologie cyfrowe i sztuczna inteligencja. Ogromne znaczenie miało także zaangażowanie ekspertów Polskiego Towarzystwa Chorób Płuc, którzy byli wsparciem w pracach nad nowymi świadczeniami w pulmonologii, wyceną świadczeń szpitalnych oraz nad rozwiązaniami systemowymi przygotowywanymi we współpracy z Ministerstwem Zdrowia, Narodowym Funduszem Zdrowia i AOTMiT. Mamy Polską Koalicję „Zdrowe Płuca”, partnerstwo z WHO, coraz lepszy dialog z decydentami i młode pokolenie pneumonologów, które wnosi nową energię i perspektywę.

W tym roku kończy Pani kadencję jako prezes PTChP i przekazuje pałeczkę prof. Adamowi Barczykowi. Jakby Pani podsumowała ten czas?

To była kadencja szczególna. Kiedy obejmowałam funkcję prezesa PTChP, miałam świadomość, że przyjmuję nie tylko zaszczyt, ale także zobowiązanie wobec historii, tradycji i przyszłości Towarzystwa. W tej kadencji mogliśmy świętować 90-lecie Towarzystwa, oddać hołd naszym mistrzom, zorganizować galę na Zamku Królewskim, a także wejść w rok 100-lecia pisma naukowego PTChP. Wydarzenia te przypominały, że towarzystwo to przede wszystkim ludzie – oddani lekarze, naukowcy, nauczyciele, redaktorzy, eksperci, młodzi badacze i wszystko, co służy pacjentom. Przekazuję pałeczkę prof. Adamowi Barczykowi z poczuciem zachowania ciągłości naszych działań. To nie jest tylko zmiana funkcji. To kolejny krok w przyszłość. ●

FELIETON

Jedenaste: nie wychylaj się

Polska medycyna traci nie tylko lekarzy, ale też ludzi z inicjatywą, odwagą i potencjałem do zmieniania systemu na lepsze. Problemem coraz częściej nie są pieniądze ani warunki techniczne, lecz kultura pracy, która premiuje lojalność wobec układu bardziej niż kompetencje i samodzielność.

Bardzo mi ich szkoda. Widziałem takich jak oni zbyt wiele razy, żeby pomyśleć, że ich historia to dzieło nieszczęśliwego zbiegu okoliczności. Problem jest systemowy. Rzecz będzie bowiem o ludziach, którzy zderzyli się ze ścianą zbyt wiele razy. O ludziach, których zniszczono.

Są tacy rezydenci, którzy od początku dobrze rokują. Już przez pierwszych kilka miesięcy pracy ich przełożeni, ale też doświadczone pielęgniarki, zauważają, że z kolegi czy koleżanki będzie dobry doktor. Nie gwiazdorzą. Chcą się uczyć. Dużo, jak na swój wiek, wiedzą. Jak nie wiedzą, to pytają. Jeśli pracują w dziedzinie zabiegowej, to widać w ich ruchach sprawność manualną. Są sympatyczni i koleżeńscy, kulturalni wobec pacjentów i ich rodzin. Konflikty łagodzą, zamiast je eskalować. Widziałem wielu takich. Młodych, zdolnych, z inicjatywą.

Inicjatywa jest przecież u młodego pracownika pożądana, prawda? Są to bowiem ci, którzy chcą ulepszać, optymalizować, zmieniać nawet rzeczy drobne. Są ambitni, szkolą się więc też w innych ośrodkach, czasem jeżdżą za granicę. Obserwują ten nowy świat, chłoną jego atmosferę – zaskakująco różną od tej polskiej. To właśnie w atmosferze i kulturze pracy zaczynają zauważać największą różnicę. Jeśli bowiem szukać przyczyn nadal wysokiego wskaźnika emigracji polskich lekarzy, to nie są to już dziś pieniądze. Emanacją Zachodu nie są dziś bowiem zarobki w euro, ale to, że w szpitalach obowiązują procedury (stosowane, a nie tylko spisane), że pracownika się szanuje i dba o jego rozwój, że kryteria awansu są przejrzyste, a system skonstruowany jest tak, że na stanowiska kierownicze wynosi ludzi, którzy umieją innymi zarządzać.

JAKUB SIECZKO
ANESTEZJOLOG



Młody, zdolny i ambitny pojedzie więc za granicę, a potem wróci do Polski. Nie jest naiwny, nie będzie chciał standardów, damy na to, skandynawskich im-

W zbyt wielu polskich oddziałach atmosfera pracy jest nie tylko niezdrowa – jest toksyczna. W takim środowisku nie da się pracować bez kosztów psychicznych

plementować jeden do jednego do systemu polskiego. Pomijając już przepaść finansową i organizacyjną pomiędzy tymi systemami – Polacy to nie Norwegowie. Mamy inną historię, inną mentalność, a przede wszystkim dużo niższy kapitał społeczny. Mówiąc najprościej – dużo mniej sobie ufamy, dużo gorzej współpracujemy, częściej niż przedstawiciele narodów nordyckich zakładamy u siebie złe intencje.

Tenże zdolny i ambitny coraz bardziej jednak będzie pragnął zmian. Zobaczy, że można inaczej. Zderzenie się z inną rzeczywistością uświadomi mu, ile w polskiej ochronie zdrowia malowania trawy na zielono, głupiej biurokracji, braku troski o pracownika. Wreszcie, co być może najważniejsze, jak patologiczny bywa nasz system awansu i że czasem na stanowiskach kierowniczych pracują ludzie, którzy nie powinni się na nich nigdy znaleźć. Zacznie o absurdach mówić głośno. Zacznie się wychylać. Zacznie być problemem.

Nie pracuję w zawodzie rok czy dwa, więc mam odwagę napisać to wprost: mamy system, który zbyt często wynosi na stanowiska kierownicze ludzi chorobliwie ambitnych, a przy tym bezwzględnych, konfliktowych, niszczących innych, którzy swoje kruche ego próbują podbudować okazywaniem własnej wyższości i wyjątkowości. Polska medycyna jest pełna zakulisowych intryg, małości, niszczenia zdolnych, a promowania potulnych miernot. Zwrócę się teraz do ciebie, drogi czytelniku, z pytaniem zgoła retorycznym: czy

każdy polski ordynator czy profesor medycyny, którego poznałeś, zasługiwał na ten zaszczytny tytuł? Czy każdy szanował ludzi? Czy każdego cechowała kultura osobista? Czy każdy imponował kompetencją? No właśnie.

Nie, nie jest to regułą. Widywałem i widuję wspaniałych kierowników oddziałów bądź klinik, sam miałem do takich szczęście. Wiele razy widziałem też jednak, jak mali ludzie otrzymują dużą władzę. Nasz system przed tym nie chroni. Dla małego człowieka z dużą władzą inny zdolny i ambitny staje się zagrożeniem. Młodzi stają się bowiem w końcu starsi, bardziej doświadczeni, a na ich pieczętkach pojawiają się tytuły naukowe i specjalizacje. Zaczynają mieć własne zdanie.

Mimo że system ich miele, jak każdego i każdą z nas, to często utrzymują w sobie zapał, chęć do zmian, nadal są lubiani, gromadzą wokół siebie innych. Wtedy – widziałem to zbyt wiele razy – trzeba ich zniszczyć. Trzeba przeprowadzić kolejną intrygę, zesłać ich do pracy nieprzystającej do ich wiedzy i doświadczenia, blokować rozwój, zawałać biurową robotą, czasem publicznie upokorzać, zarzucać niekompetencję.

To też widziałem zbyt wiele razy – prestiżowe kliniki jako miejsca wójen podjazdowych, walk frakcyjnych, miejsca drenowania ludzi z energii, miejsca którą powinni poświęcić na pracę na rzecz pacjentów. W zbyt wielu polskich oddziałach atmosfera pracy jest nie tylko niezdrowa – jest ona toksyczna. W takim środowisku nie da się pracować bez kosztów psychicznych.

Mamy w Polsce system niszczenia talentów. Marnujemy wielki potencjał ludzi ambitnych, pełnych inicjatywy, zdolnych i moralnych. Bo przecież oni w końcu się poddają i odchodzą. Nikt o zdrowych zmysłach nie zamierza poświęcać szczęścia swojej rodziny czy równowagi psychicznej dla konfliktu z toksycznym szefem, którego małość widzi jak na dłoni. Toksyczny szef, jak pokazują moje obserwacje, prawie zawsze bowiem wygrywa. Jest najczęściej umocowany politycznie czy towarzysko, a także biegły w personalnych intrygach. Często w Polsce to największy atut. A ambitni i z inicjatywą? Są przeszkodą. A te się niszczy. ●

*Napisz do autora:
sieczko.gazetalekarska@gmail.com*

Nic nie jest dane raz na zawsze. Takie słowa usłyszałem już po wejściu w życie niezwykle potrzebnej ustawy „Apteka dla aptekarza”, która zaczęła obowiązywać w czerwcu 2017 r. Jak się później okazało, była to dopiero AdA 1.0.

Dzięki tej nowelizacji zahamowano rozwój sieci aptecznych należących do spółek prawa handlowego, a w praktyce często do międzynarodowych funduszy inwestycyjnych mających siedziby w rajach podatkowych.

Po początkowym uspokojeniu sytuacji ekspansja sieci aptecznych ponownie przyspieszyła. Najpierw wykorzystywano tzw. promesy. Przed 25 czerwca 2017 r. do wojewódzkich inspektoratów farmaceutycznych składano wnioski o otwarcie nowych aptek na dotychczasowych zasadach, często jeszcze przed rozpoczęciem inwestycji budowlanej. Następnie postępowania były zawieszane na przewidziane prawem dwa lata. Jeśli w tym czasie powstawało centrum handlowe lub inny obiekt, sieć mogła uruchomić tam aptekę już na starych zasadach.

Później zmieniła się taktyka, choć strategia pozostała ta sama. Wydzielone spółki zaczęły przejmować kolejne podmioty będące właścicielami aptek.

Według przedstawicieli sieci takie działania były zgodne z prawem. Argumentowano, że przepisy AdA dotyczą otwierania nowych aptek, a nie przejmowania już istniejących podmiotów.

Według Naczelnej Izby Aptekarskiej, innych organizacji środowiskowych, a także zgodnie z elementarną logiką, było to jednak obchodzenie prawa i wypaczanie jego sensu. Intencją ustawodawcy było bowiem zahamowanie ekspansji, która mogłaby doprowadzić do monopolizacji rynku wraz ze wszystkimi jej negatywnymi konsekwencjami. Ich pewne przejawy obserwujemy już dziś w szeroko rozumianym sektorze usług medycznych.

Nietrudno wyobrazić sobie dużego podmiot, który posiada jednocześnie hurt i detal farmaceutyczny oraz fabrykę leków. Do tego jest właścicielem sieci szpitali

i laboratoriów diagnostycznych. Dysponując ogromną ilością danych o pacjentach, staje się potężnym narzędziem wpływu – także na państwo. W takiej rzeczywistości dominacja nie musi być osiągnięta przy użyciu czołgów czy samolotów.

Pomimo AdA 1.0 przejmowanie aptek i ich koncentracja ponownie stały się faktem. Duży rynek oznacza duże pieniądze, ale sam detal apteczny nie jest najważniejszy. Znacznie cenniejsza może być możliwość późniejszej sprzedaży dużej sieci lub uzyskania silnej pozycji negocjacyjnej wobec państwa w kwestiach dotyczących cen i marż leków refundowanych. Być może nie dzieje się to z dnia na dzień, ale mechanizm jest prosty i bezwzględny.

Zrozumienie tych zjawisk stało się jedną z przyczyn wprowadzenia AdA 2.0, która weszła w życie 28 września 2023 r. Jej głównym celem było zaostrezenie zasad funkcjonowania rynku aptecznego. Ustawa uniemożliwiła przejmowanie kontroli nad podmiotami prowadzącymi apteki przez osoby niebędące farmaceutami oraz przez podmioty posiadające już co najmniej cztery apteki. Nawet wysokie kary przewidziane za łamanie tych przepisów nie zniechęciły jednak przeciwników ustawy. Jak mawiają niektórzy – biznes to wojna.

Trybunał Konstytucyjny orzekł, że tryb uchwalenia AdA 2.0 był niezgodny z konstytucją. Nie zakwestionowano jednak samej istoty przepisów, lecz sposób ich wprowadzenia. Co ciekawe, podobnych zastrzeżeń nie zgłoszono wobec wielu innych ustaw proceduralnych w analogiczny sposób.

W wyniku trwającego sporu politycznego obecna koalicja rządząca nie publikuje orzeczeń Trybunału, a więc AdA 2.0 nadal obowiązuje.

Od lat w prężności publicznej pojawiają się również opinie, jakoby ustawa „Apteka dla aptekarza” doprowadziła do zmniejszenia liczby aptek i powstawania tzw. białych płam, czyli gmin pozbawionych dostępu do apteki.

Trudno jednak kwestionować prostą zależność ekonomiczną: jeśli jakkolwiek biznes staje się nierentowny, zostaje zamknięty. Kiedy skończyły się ponadprzeciętne zyski

Apteka dla aptekarza. Wojna trwa

W 2017 r. za sprawą przepisów wielu uznało, że proces koncentracji rynku aptecznego został zatrzymany. Szybko okazało się jednak, że dla wielkiego kapitału była to jedynie przeszkoda, a nie koniec ekspansji. Dziś spór o kształt rynku aptecznego trwa nadal, a stawką są nie tylko apteki, lecz także wpływ na cały system ochrony zdrowia.

MARIUSZ POLITOWICZ
CZŁONEK NACZELNEJ
RADY APTEKARSKIEJ



wynikające m.in. z nielegalnego reeksportu leków czy agresywnych działań marketingowych, część aptek-wydmuszek zakończyła działalność – samodzielnie lub w wyniku decyzji Inspekcji Farmaceutycznej.

Jednocześnie AdA nie zabrania otwierania aptek na terenach wiejskich, czyli właśnie tam, gdzie najczęściej wskazuje się problem „białych plam”. Co więcej, punkty apteczne nie podlegają przepisom tej ustawy, a ich właścicielami mogą być również spółki prawa handlowego. Mimo to nie obserwujemy masowego zainteresowania inwestorów takimi lokalizacjami. Powód jest oczywisty – decyduje opłacalność. Z tych samych przyczyn na wsiach rzadko powstają szpitale, kina, aquaparki czy galerie handlowe.

Ministerstwo Zdrowia wielokrotnie podkreślało, że na wielu terenach określanych dziś mianem „białych plam” aptek nie było również przed wejściem w życie AdA. Mimo to ta narracja regularnie powraca, znajdując odzwierciedlenie nawet w interpelacjach poselskich.

W ostatnim czasie doszło do przejęcia jednej z największych sieci aptecznych przez trzy inne podmioty. Co istotne, jak przyznał publicznie Główny Inspektor Farmaceutyczny, transakcja została przeprowadzona bez wiedzy GIF. Jednym

z wielu pytań pozostaje więc to, kto faktycznie sprawuje kontrolę nad powstałą w ten sposób strukturą.

Od ponad roku działa Parlamentarny Zespół ds. Regulacji Rynku Aptecznego i Produktów Leczniczych. Z każdym kolejnym posiedzeniem jego członkowie,

Historia AdA pokazuje, że tam, gdzie w grę wchodzi ogromne pieniądze, każda przeszkoda staje się jedynie kolejnym etapem walki

początkowo deklarujący niewielką znajomość branży, coraz śmielej formułując propozycje zmian. Doszło do sytuacji, w której pojawiły się postulaty oznaczające w praktyce daleko idące osłabienie przepisów AdA, a także umorzenie nawet najpoważniejszych naruszeń dotychczasowych regulacji.

„Lex Meysztowicz” – bo tak nazwano jeden z tych projektów od

nazwiska posła, który go przedstawił – ma jednak ciekawą historię. Projekt został przekazany w formie pliku, którego metadane wskazywały jako autora prawnika współpracującego z dużą siecią aptek.

Z kolei prezes Naczelnej Rady Aptekarskiej dr Marek Tomków przedstawił projekt określany jako AdA 3.0. Z jednej strony miałyby on ułatwić powstawanie nowych aptek, z drugiej – skuteczniej przeciwdziałać nadmiernej koncentracji rynku. Uzasadnienie jest proste: jeśli dotychczasowe rozwiązania okazują się niewystarczające, państwo nie może pozostawać bierne.

Nie powinno więc dziwić, że w przestrzeni medialnej pojawiają się publikacje wymierzone w osoby kojarzone z obroną obecnych regulacji. Dotyczy to również prezesa Marka Tomkowskiego. Jednym z najbardziej niepokojących przykładów było ujawnienie informacji o jego dochodach, które – jak sam informował podczas posiedzenia parlamentarnego zespołu – miały pochodzić z deklaracji podatkowej pozyskanej bezprawnie z urzędu skarbowego.

„Biznes to wojna”, więc wszystkie chwytły dozwolone. ●

WYWIAD LEKAR(S)KI

Między rzetelnością i kontrowersją

Tradycyjny model, w którym lekarz to niedostępny półbóg, a pacjent ma tylko potakiwać, powoli odchodzi w przeszłość. Internet uczynił nas bardziej ludzkimi – mówi **Michał Głuszek**, lekarz zajmujący się ortopedią, prowadzący w mediach społecznościowych profile „Medycyna na łatwo”, w rozmowie z Marią Kłosińską.

30 czerwca obchodzimy Światowy Dzień Mediów Społecznościowych. Chciałabym, aby ta rozmowa

była zestawieniem dwóch perspektyw: czy lekarze obecni dziś w internecie korzystają z budowanego przez pokolenia autorytetu zawodu, czy raczej podtrzymują zaufanie pacjentów do medycyny opartej na wiedzy i specjalizacji w świecie pełnym szarlatanów i influencerów?

Myślę, że media społecznościowe zmieniły wszystkich. W kwestii komunikacji sprawiły, że zeszedliśmy z ambony, skończył się monolog, a zaczął się dialog. Ale zmieniło to także to, jak myślimy o pacjentach i chorobach. Dawniej lekarz widział pacjenta tylko przez 15 minut w gabinecie albo na stole operacyjnym. Dziś widzimy kontekst społeczny choroby. Widzimy, jakimi lękami i mitami karmi pacjentów internet. Rozumiemy, dlaczego pacjent nie bierze leków albo odkłada operację. Widzimy, jak szeroki jest zakres form leczenia, których sami w naszej praktyce akurat nie stosujemy.

Czy dziś lekarz, którego nie ma w internecie, nadal istnieje zawodowo i jest opiniotwórczy?

Oczywiście, że tak. Uważam, że nie ma nic złego w nieposiadaniu mediów społecznościowych, nawet jest to dla samego użytkownika w wielu aspektach korzystne, jest lepsze dla zdrowia psychicznego. Ktoś, kto ma renomę, nie potrzebuje ich do niczego. Natomiast z opiniotwórczością sprawa wygląda zupełnie inaczej. Jeśli nie ma cię w internecie, to oddajesz pole walki o opinię publiczną walkowerem. Możesz być wybitnym profesorem, ale jeśli twój głos słyszy tylko 15 studentów na

wykładzie, a filmik influencera-szarlatana milion ludzi, to kto realnie kształtuje opinię publiczną?

Czy media społecznościowe stworzyły nowy rodzaj hierarchii w środowisku lekarskim oparty bardziej na zasięgach niż na doświadczeniu czy dorobku?

Na pewno nie zastąpiły wcześniejszej hierarchii, ale stworzyły obok niej alternatywną strukturę. I to

Na szacunek do pieczętki lekarskiej pracowały pokolenia medyków, nie można tego kapitału marnować dla zysków z kampanii reklamowej niezwiązanej z medycyną

bardzo demokratyczną. Dawna hierarchia medyczna opierała się – i słusznie – na latach spędzonych przy stole operacyjnym, publikacjach i tytułach. Ale miała jedną wadę – czasem była bardzo skostniała, a młody lekarz nie miał prawa głosu, nawet jeśli miał rację i opierał się na najnowszych badaniach.

Zasięgi w sieci nie czynią nikogo lepszym operatorem czy diagnostą. Lajki nie operują. Ale media społecznościowe dały podmiotowość. Sprawily, że o wartości głosu lekarza czy kogokolwiek innego nie decyduje już tylko to, czy jest ordynatorem i czy ma 60 lat, ale to, czy mówi mądrze, rzetelnie i potrafi to obronić faktami. To jest akurat ta strona mediów

społecznościowych, która nie jest patologią, to zdrowa cyfryzacja debaty medycznej.

Lekarze na całym świecie coraz częściej wchodzą do internetu i zaczynają mówić własnym głosem o systemie, pacjentach, emocjach i kulisach zawodu. Dlaczego środowisko lekarskie przestało oddawać narrację o medycynie wyłącznie mediom i politykom?

Wszystkie grupy społeczne weszły do mediów społecznościowych, i lekarze nie są w tej kwestii wyjątkiem. A narrację przejęliśmy, dlatego że jesteśmy w stanie lepiej opisać rzeczywistość niż media i politycy. Kto opowie o realiach naszej pracy lepiej niż my sami? Pokazujemy prawdę bez lukru, bez politycznej poprawności, ale też bez nagonki. Pokazujemy absurdalną biurokrację, braki kadrowe, zmęczenie, ale i pasję. Przejęliśmy narrację, bo internet dał nam nasze własne, niezależne media bez cenzury. Nie jest tak, że we wszystkim mamy rację, jest to miejsce debaty, w którym inni mogą zwrócić nam uwagę na to, w czym racji nie mamy.

Czy internet bardziej zbliżył lekarzy do pacjentów? A może odebrał nam potrzebny dystans?

Media społecznościowe zbliżyły wszystkich. Skróciły dystans i to w większości dobrze, bo tradycyjny model, w którym lekarz to niedostępny półbóg, a pacjent ma tylko potakiwać, powoli umiera. Internet uczynił nas bardziej ludzkimi. Pacjent widzi, że pod fartuchem

► **Michał Głuszek** jest członkiem Dolnośląskiej Rady Lekarskiej, był delegatem na XVII Krajowy Zjazd Lekarzy. Prowadzi popularne profile „Medycyna na łatwo” na Instagramie, Facebooku, TikToku i YouTube.

jest człowiek, który też ma gorszy dzień, pasje i poczucie humoru. Ale jest też druga strona medalu. Lekarz w sieci nie może być „kumplem z piaskownicy”. Potrzebny dystans nie wynika z pychy, ale z odpowiedzialności. Pacjent musi wiedzieć, że w internecie możemy pogadać luźno, ale w gabinecie to ja biorę odpowiedzialność za jego zdrowie i decyzje terapeutyczne muszą opierać się na twardych faktach, a nie na internetowej sympatii.

Czy lekarz powinien pokazywać w internecie emocje, zmęczenie i frustrację, czy jednak nasz zawód nadal wymaga pewnej powściągliwości?

Zdecydowanie powinien, bo przez lata udawania, że jesteśmy ze stali, wyhodowaliśmy w społeczeństwie mit bezdusznego lekarza, który śpi na pieniądzach i nic go nie obchodzi. Jeśli po 24-godzinnej dyżurze na SOR-ze nie powiem głośno, że jestem skrajnie zmęczony, to pacjent rano uzna moją mniejszą wylewność za arogancję. Pokazywanie frustracji wywołanej przez wadliwy system to budowanie społecznego zrozumienia.

Ma to swoje granice. Nie jestem fanem uprawiania publicznego, toksycznego narzekania dla samych lajków.

Gdzie kończy się edukacja zdrowotna, a zaczyna budowanie marki osobistej?

To są dwie różne rzeczy, które się uzupełniają. Powiedzmy wprost: edukacja bez dobrego opakowania w postaci np. silnej marki osobistej ma dzisiaj 100 wyświetleń. Żeby przebić się przez szum informacyjny i algorytmy, musisz być wyrazisty, a to samo tworzy markę osobistą. Edukacja kończy się tam, gdzie lekarz zaczyna używać swojego autorytetu i pieczętki do wciskania ludziom niesprawdzonych suplementów, diet cud czy zabiegów niemających oparcia w wiedzy, tylko dlatego że producent zapłacił za post sponsorski. Jeśli marka służy do tego, by pacjent trafił do bezpiecznego gabinetu – to jest świetna rzecz. Jeśli służy pompowaniu ego i portfela kosztem rzetelności – jest to manipulacja.



foto: A. Boguski

Masz doświadczenie pracy w Polsce i w Niemczech. Czy polski lekarz funkcjonuje dziś pod większą społeczną presją niż lekarz na Zachodzie, także w internecie?

W Niemczech nie widzę takiej kultury pisania komentarzy w mediach społecznościowych. Nie dotyczy to tylko oceny lekarzy, ale wszystkiego. Na pewno nie widziałem też powtarzających się serii artykułów surowo oceniających pracę lekarzy w krajowych czasopismach. Ochrona zdrowia jest tam bardziej wydolna, więc pacjent ma mniej powodów, żeby się złościć. Dużo lepiej przyjmuje informację, że będzie miał zabieg za trzy miesiące, a nie za dwa lata. W Polsce lekarz jest zderzakiem wadliwego systemu. Ponosimy odpowiedzialność za kolejki do specjalistów, brak sprzętu czy problemy organizacyjne wynikające z prawa.

Czy duże zasięgi w medycznych mediach społecznościowych są dziś bardziej przywilejem, czy odpowiedzialnością?

Zasięgi dają przywilej dotarcia do ludzi, ale i świadomość, że nie mówisz już tylko do studentów na sali wykładowej. Mówisz do żywego, często zdezorientowanego, pacjenta. Każdy twórca medyczny powinien co wieczór robić rachunek sumienia z tego, co wrzucił do sieci.

Algorytmy mediów społecznościowych premią dziś bardziej rzetelność czy kontrowersję?

Zdecydowanie kontrowersje i wywołanie emocji u widza, by chętniej skomentował, po raz kolejny coś obejrzał, udostępnił. Do tego najlepsza jest kontrowersja czy nawet polaryzacja. Rzetelna, nudna medycyna opisywana akademickim językiem przegra w pierwszej sekundzie z sensacją.

Twoje materiały są charakterystyczne: budujesz je na kontraście, emocji i zderzeniu dwóch światów, dwóch stron medalu medycznego problemu czy tematu związanego z ochroną zdrowia. Czy da się być jednocześnie popularnym i merytorycznym twórcą medycznym?

Są twórcy, którzy pokazują, że tak. W mediach społecznościowych, gdzie trzeba walczyć o uwagę od pierwszej sekundy, trzeba kombinować, bo nie zawsze jest łatwo przedstawić coś w ciekawy sposób. Używam kontrastu, humoru, czasem z początku prowokacyjnego dialogu, żeby zatrzymać widza, który często jak my wszyscy bezmyślnie przewija ekran. Ale kiedy ten widz już jest zatrzymany, staram się przemyślać w środku materiału coś wartościowego. Jakaś informacja, wiedzę, perspektywę drugiej strony. Da się to zrobić, ale wymaga to czasem kreatywności i odejścia od sztywnej nowomowy.

Czy zdarzyło się, że nie opublikowałeś materiału, chociaż wiedziałeś, że „zrobiłby zasięg”, bo uznałeś, że byłby nieuczciwy wobec pacjentów lub środowiska?

Wielokrotnie nie nakręcałem pomysłów z praktycznie gotowym scenariuszem, np. opartym na skrajnych, jednostkowych patologiach systemowych, błędach czy nieetycznym postępowaniu kolegów. Wiem, że film o jakimś absurdalnym, jednostkowym zachowaniu lekarza wykreśliłby miliony wyświetleń, bo internet karmi się skandalami. Ale nie publikuję tego, ponieważ uogólnianie takich przypadków byłoby głęboko nieuczciwe wobec tysięcy lekarzy, którzy codziennie ciężko i uczciwie pracują na oddziałach. Nie chcę budować zasięgów na niszczaniu i tak już nadszarpniętego zaufania pacjentów do całego środowiska.

Co jest dziś większym zagrożeniem dla pacjenta: brak lekarzy w internecie czy obecność lekarzy nierzetelnych?

Internet będzie istniał z nami lub bez nas i pustka po lekarzach zostanie wypełniona kimś innym. Przez ignorowanie mediów społecznościowych nie zmienimy niczego i godzimy się, by narracja szła obok nas. Byłbym ostrożny wobec twierdzeń, że ten albo tamten lekarz jest nierzetelny – w wielu dziedzinach medycyny nie ma jednoznacznych wytycznych, różne towarzystwa naukowe zalecają różne postępowanie, lekarz ma też prawo leczyć off label. Problemem jest to, gdy ktoś, kto ma dyplom, prawo wykonywania zawodu i autorytet, w internecie dla zasięgów lub pieniędzy głosi teorie jawnie sprzeczne z wiedzą medyczną i selektywnie pominia publikacje niezgodne z jego narracją.

W pewnym momencie przestałeś być wyłącznie internetowym twórcą medycznym, a wszedłeś także do struktur samorządu lekarskiego jako członek Dolnośląskiej Rady Lekarskiej i delegat na Krajowy Zjazd Lekarzy. Czy aktywność w mediach społecznościowych pomaga lepiej rozumieć środowisko i problemy lekarzy, czy przeciwnie: w pewnym sensie utrudnia funkcjonowanie w strukturach, które wymagają długiego procesu dochodzenia do decyzji, nieraz kompromisu i dużej odpowiedzialności za słowo?

Uważam, że media społecznościowe to radary społeczne. W dniu wrzucenia materiału o ucieczce lekarzy ze szpitali

do poradni albo o problemach młodych rezydentów z dostępem do stołu operacyjnego mam w komentarzach i wiadomościach prywatnych dziesiątki relacji od lekarzy z całej Polski. Nie muszę zgadywać, co boli środowisko – wiem to z pierwszej linii frontu. I tę surową, autentyczną wiedzę mogę przynieść na posiedzenie rady lekarskiej. Internet daje mi diagnozę, a izba to miejsce, gdzie wspólnie szukamy systemowej recepty.

Możesz być wybitnym profesorem, ale jeśli twój głos słyszy 15 studentów, a film influencerka-szarłatana milion osób, to kto realnie kształtuje opinię publiczną?

Po upublicznieniu informacji, że jestem w radzie lekarskiej, lekarze z Dolnego Śląska zaczęli pisać z problemami bezpośrednio do mnie, co pozwala mi podjąć jakieś działania, żeby ten problem rozwiązać.

Czy lekarze w mediach społecznościowych mają dziś realny wpływ na debatę publiczną dotyczącą ochrony zdrowia?

Mają ogromny wpływ, i z każdym rokiem jest on większy. Zobaczmy, co się dzieje, gdy Ministerstwo Zdrowia próbuje nagle wdrożyć bubel prawny albo gdy pojawia się próba ręcznego sterowania samorządem. Kiedyś taka sprawa przeszłaby po cichu w gabinetach. Dzisiaj, gdy kilkunastu medycznych twórców z dużymi zasięgami nagłośni temat w mediach społecznościowych, w ciągu kilku godzin sprawę podchwytują ogólnopolskie media głównego nurtu, a politycy muszą się gęsto tłumaczyć i wycofywać z chybionych pomysłów. Social media dały nam, lekarzom, realną czwartą władzę. Przełamaliśmy monopol urzędników na informowanie o stanie ochrony zdrowia.

Za nami historyczna zmiana Kodeksu Etyki Lekarskiej. W art. 71 pojawił się zapis: „Lekarz tworzy swoją zawodową opinię na podstawie wyników swojej pracy. Lekarz jest uprawniony do postulowania się informacją o oferowanych usługach z zastrzeżeniem, że taka informacja będzie zgodna z zasadami etyki lekarskiej”. Oraz „Niedopuszczalne jest wykorzystywanie autorytetu lekarza do promowania usług niezwiązanych z wykonywaniem zawodu lekarza”. Czy lekarze uczciwie podchodzą do granic obecności lekarza w mediach społecznościowych?

To dobra, a nawet konieczna zmiana. Sytuacje, w których lekarz, używając tytułu naukowego, reklamował luksusowe garnki, kremy przeciwzmarszczkowe czy niesprawdzone suplementy diety, były głębokim nadużyciem zaufania publicznego. Pamiętajmy, że na szacunek do pieczętki lekarskiej pracowały pokolenia wybitnych medyków. Nie można tego kapitału marnować dla szybkich zysków z kampanii reklamowej niezwiązanej z medycyną.

Czy lekarz w internecie powinien mieć większą wolność wypowiedzi niż inni twórcy, czy przeciwnie: większe ograniczenia wynikające z autorytetu zawodu?

Uważam, że musi mieć większe ograniczenia niż inni twórcy. Nasze słowa ważą więcej. Zwykły influencer, gdy pomyli się w recenzji telefonu, narazi kogoś na stratę kilkuset złotych. Lekarz, który poda nierzetelną informację w internecie, ryzykuje zdrowie i życie ludzi. Ta świadomość musi determinować każdą naszą aktywność w sieci. Natomiast nie zmienia to faktu, że mamy wolność wypowiedzi. To, że zostajemy lekarzami, nie odbiera nam praw człowieka. Możemy podważać obowiązującą wiedzę, możemy krytykować, natomiast niech to będzie w sposób merytoryczny. Nie powinniśmy budować narracji podważającej zaufanie do całego środowiska, do tego sprzedając swoje własne suplementy, i celem korzyści majątkowej być fanem jednej ideologii zdrowotnej. ●

NOWE TECHNOLOGIE

Bot na pierwszej linii

SYLWIA WAMEJ

Od 1 lipca 2026 r. ogólnokrajowy asystent głosowy CEZ ma przejąć część zadań wykonywanych dziś przez przeciążone rejestracje medyczne. Zwolennicy rozwiązania widzą w nim szansę na poprawę dostępności świadczeń, krytycy ostrzegają przed technologicznymi ograniczeniami i pośpiesznym wdrożeniem.

Voicebot medyczny nie jest prostym automatem z nagraniem komunikatem, lecz systemem wykorzystującym trzy kluczowe technologie: ASR, czyli rozpoznawania mowy, która zamienia wypowiedź pacjenta na tekst; NLU, odpowiadającą za interpretację intencji, oraz TTS – generującą odpowiedź głosową. W wersji CEZ voicebot ma być dodatkowo zintegrowany z P1, co umożliwi wykonywanie realnych operacji administracyjnych: zapisu, zmiany terminu, anulowania wizyty, a w przyszłości także potwierdzania świadczeń.

W praktyce rozmowa przebiega podobnie jak kontakt z rejestracją: pacjent dzwoni, bot odbiera po kilku sekundach, zadaje pytania naprowadzające, a jeśli nie potrafi rozwiązać problemu, przekazuje rozmowę do człowieka. Kluczowe jest więc nie tylko to, co bot potrafi, ale również to, kiedy decyduje, by się wycofać.

PIERWSZE DOŚWIADCZENIA Z PLACÓWEK

Choć centralny voicebot CEZ dopiero startuje, wiele polskich placówek testowało już komercyjne rozwiązania. Wśród nich znalazły się m.in. duże szpitale, takie jak Szpital Uniwersytecki w Krakowie, Szpital Miejski w Zabrze czy Szpital Rydygiera w Krakowie, a także sieci ambulatoryjne, w tym CMP, Lux Med i PZU Zdrowie. W większości przypadków pilotaże obejmowały automatyczne potwierdzanie i odwoływanie wizyt oraz obsługę podstawowych zapytań

telefonicznych. Z dotychczasowych wdrożeń wyłania się spójny obraz korzyści i ograniczeń.

Najczęściej wskazywaną zaletą voicebotów jest natychmiastowy odbiór telefonu. W wielu placówkach telefony były cały czas zajęte, a pacjenci próbowali dodzwonić się po kilkanaście razy, zanim udało im się połączyć z rejestracją. Voicebot eliminuje ten problem, ponieważ odbiera zawsze i o każdej

Największą przewagą voicebotów okazała się nie sama automatyzacja, lecz dostępność: system odbiera telefon natychmiast i działa także wieczorami, w weekendy oraz poza godzinami pracy placówki

porze, co samo w sobie poprawia dostępność. Drugą istotną korzyścią jest obsługa 24/7. Pacjent może odwołać wizytę późnym wieczorem, w niedzielę czy w trakcie pracy, bez konieczności czekania na połączenie. W wielu ośrodkach to właśnie ta funkcja okazała się najbardziej przełomowa.

Trzecią zaletą jest odciążenie rejestracji, ponieważ pracownicy mogą skupić się na trudniejszych przypadkach, zamiast odbierać setki telefonów dziennie. Voiceboty wprowadzają także standaryzację procedur. Wszystko przez to, że nie pomijają pytań, nie myślą

danych, nie interpretują zasad „po swoim”.

OGRANICZENIA: TECHNOLOGIA I FRUSTRACJA

Pilotaże ujawniły jednak także szereg problemów. Najpoważniejszym z nich jest rozpoznawanie mowy u osób starszych, ponieważ ciche, niewyraźne wypowiedzi, dialekty czy pauzy mogą prowadzić do błędnej interpretacji intencji.

Pacjenci mają też niską tolerancję na błędy: jeśli bot nie rozumie, frustracja narasta szybciej niż w rozmowie z człowiekiem.

Kolejnym ograniczeniem jest brak elastyczności, ponieważ sytuacje niestandardowe nadal wymagają interwencji pracownika. Zdarza się również, że pacjent „zapęta się” w rozmowie z botem i nie wie, jak przejść do konsultanta. Wreszcie, voiceboty stawiają wysokie wymagania integracyjne: muszą działać z HIS, P1 i lokalnymi systemami kolejkowymi, co w praktyce bywa trudne i czasochłonne.

PERSONEL I RELACJE Z PACJENTEM

W placówkach, które testowały voiceboty komercyjne, zwracano uwagę, że automatyzacja nie tylko odciąża rejestrację, lecz także zmienia charakter pracy zespołów. Pracownicy rzadziej odbierają telefony dotyczące prostych spraw, a częściej zajmują się sytuacjami wymagającymi wiedzy, empatii lub indywidualnego podejścia. W wielu ośrodkach podkreślano, że dzięki

temu poprawia się jakość kontaktu z pacjentem, gdyż rozmowy są spokojniejsze, mniej pośpieszne, a personel ma więcej czasu na wyjaśnienia.

Pojawiają się też obawy, że część pacjentów może odczuwać dystans wobec automatyzacji, zwłaszcza osoby starsze, które przyzwyczyły się do bezpośredniego kontaktu z rejestracją. Z czasem jednak, gdy system działał stabilnie, poziom zaufania rósł. Co ważne, automatyzacja nie prowadziła do redukcji etatów: pracownicy byli kierowani do zadań bardziej złożonych, a voicebot przejmował monotonne, powtarzalne czynności.

ŁATWIEJSZE ODWOŁYWANIE WIZYT

Problem nieodwołanych wizyt generuje ogromne straty: blokuje terminy, wydłuża kolejki i obniża efektywność pracy poradni. Voiceboty umożliwiają odwołanie wizyty 24/7, wysyłają automatyczne przypomnienia, mogą dzwonić z prośbą o potwierdzenie i automatycznie zwalniać termin w systemie. W polskich placówkach, które wdrożyły voiceboty komercyjne, odsetek nieodwołanych wizyt spadał zwykle o 15–30 proc. To efekt przede wszystkim łatwości odwołania. Pacjent nie musi czekać na połączenie ani rozmawiać z rejestracją. CEZ może powtórzyć ten efekt, jeśli integracja z P1 będzie stabilna, bot będzie dostępny 24/7, a proces potwierdzania wizyt zostanie ujednoczony w skali kraju.

AFERA PRZETARGOWA

Przetarg na asystenta głosowego CEZ, wart 28 mln zł, od początku budził zastrzeżenia dotyczące zbyt krótkiego czasu realizacji: 95–120 dni, co zdaniem części ekspertów było nierealne dla stworzenia i przetestowania systemu tej skali od podstaw. Wątpliwości dotyczyły także wymagań technicznych, w tym konieczności przedstawienia działającego demo już na etapie postępowania, co mogło faworyzować podmioty dysponujące gotowymi rozwiązaniami. Pojawiły się również pytania o przejrzystość kryteriów oceny ofert. Na wniosek posłanki Marceliny Zawiszy wszczęto kontrolę CBA, która ma ocenić prawidłowość przebiegu postępowania i zgodność działań CEZ z obowiązującymi procedurami.

Krajowa Izba Odwoławcza ostatecznie oddaliła odwołania wykonawców, uznając, że specyfikacja przetargowa

mieściła się w granicach Prawa zamówień publicznych.

CEZ podkreśla, że postępowanie było transparentne, a wszystkie decyzje podejmowano zgodnie z harmonogramem KPO, który narzuca sztywne terminy realizacji. Jednocześnie instytucja zapewnia, że dokumentacja przetargowa, protokoły i korespondencja są dostępne do wglądu organów kontrolnych, co ma potwierdzać przejrzystość procesu.

SZANSA CZY RYZYKO?

Potencjalne korzyści systemowe asystenta głosowego są znaczące: odciążenie rejestracji, skrócenie czasu oczekiwania na połączenie, ujednolicenie standardów obsługi i lepsze zarządzanie terminami. Jednocześnie istnieją poważne ryzyka: niedojrzałość technologii przy szybkim wdrożeniu, niska akceptacja społeczna, brak elastyczności w sytuacjach klinicznie złożonych oraz możliwość przeciążeń systemu przy masowym ruchu.

Mniejsza liczba nieodwołanych wizyt i lepsza synchronizacja danych z systemami medycznymi przekładają się na bardziej przewidywalny grafik pracy

Warto podkreślić, że choć voiceboty nie są panaceum, mogą stać się ważnym elementem infrastruktury dostępności. Ich skuteczność zależy od jakości technologii, integracji z systemami medycznymi oraz możliwości szybkiego połączenia do człowieka. Asystent głosowy CEZ ma potencjał, by poprawić dostępność do świadczeń i zmniejszyć liczbę nieodwołanych wizyt. To wdrożenie będzie testem nie tylko dla technologii, lecz także dla zdolności systemu do zarządzania zmianą.

Warto spojrzeć na projekt asystenta głosowego CEZ także w szerszym kontekście transformacji cyfrowej ochrony zdrowia. Ostatnie lata pokazały, że wdrażanie nowych technologii w systemie publicznym rzadko przebiega liniowo; e-recepta i e-skierowanie stały się

sukcesem dopiero po osiągnięciu odpowiedniej skali użytkowania oraz stabilności technicznej. Ich wdrożenie poprzedziły miesiące testów, poprawek i dostosowań. Podobnie może być z voicebotem. Pierwsze miesiące działania mogą ujawnić problemy, które nie były widoczne na etapie projektowania, zwłaszcza w zakresie integracji z różnorodnymi systemami HIS i lokalnymi rozwiązaniami kolejkowymi. W wielu placówkach nadal funkcjonują systemy informatyczne oparte na starszych systemach, co może utrudniać płynne wdrożenie centralnego narzędzia.

Nie bez znaczenia jest także kwestia zaufania pacjentów. Badania dotyczące akceptacji technologii w ochronie zdrowia pokazują, że pacjenci są skłonni korzystać z automatyzacji, jeśli widzą jej realną wartość: krótszy czas oczekiwania, łatwiejszy kontakt, mniejszą liczbę formalności. Jednocześnie oczekują, że w sytuacjach trudnych lub nietypowych będą mogli szybko połączyć się z człowiekiem. To właśnie równowaga między automatyzacją a dostępnością personelu będzie decydować o odbiorze voicebota CEZ. Jeśli pacjent poczuje, że system „zamyka mu drogę” do rozmowy z rejestracją, zaufanie może zostać szybko utracone. Jeśli jednak bot będzie działał sprawnie w sprawach prostych, a jednocześnie umożliwi szybkie przełączenie do konsultanta, może stać się naturalnym elementem codziennej obsługi.

Pamiętajmy także, że voiceboty mogą przynieść korzyści nie tylko pacjentom i rejestracjom, lecz także lekarzom. Stabilniejsze zarządzanie terminami, mniejsza liczba nieodwołanych wizyt i lepsza synchronizacja danych z systemami medycznymi przekładają się na bardziej przewidywalny grafik pracy. W placówkach, które testowały komercyjne rozwiązania, lekarze zwracali uwagę, że dzięki automatycznym potwierdzeniom rzadziej zdarzają się „puste okienka”, a pacjenci częściej przychodzą na wizyty przygotowani, bo wcześniej otrzymali przypomnienie. To drobne elementy, ale w skali systemu mogą mieć realne znaczenie dla efektywności pracy poradni.

OŚRODEK KSZTAŁCENIA

Lekarz przyszłości – lekarz kompletny: podsumowanie

Powołanie Centralnego Ośrodka Badań, Innowacji i Kształcenia (COBIK) w 2022 r. zdefiniowało nową filozofię wspierania rozwoju zawodowego lekarzy. W obszarze kształcenia podyplomowego wymaga ona jednak uzupełnienia przy szybko zmieniającym się świecie i wpływie tych zmian na medycynę i system opieki zdrowotnej.

Dziś podsumowujemy cztery lata pracy, której fundamentem był głos środowiska i wspólna budowa kompetencji lekarza przyszłości.

STRATEGIA RESPANSYWNA: OD GŁOSU ŚRODOWISKA DO DZIAŁAŃ

Naszą strategię oparliśmy na wsluchaniu się w potrzeby lekarzy. Badania ankietowe z 2022 r. stały się naszym drogowskazem. Wskazały na konieczność zwiększenia dostępności szkoleń klinicznych oraz wsparcia w obszarach dotychczas marginalizowanych. W ten sposób narodziła się idea „lekarza kompletnego” – profesjonalisty łączącego wiedzę medyczną z kompetencjami cyfrowymi, prawnymi i menedżerskimi, komunikującego się z pacjentem i innymi uczestnikami systemu w sposób życzliwy i kompetentny.

FILAR KLINICZNY: SYNERGIA Z NAUKĄ

Zgodnie z wolą środowiska priorytetem stało się kształcenie zawodowe. Przyjęliśmy model ścisłej współpracy z towarzyszami naukowymi, stając się unikalnym pomostem łączącym świat nauki z codzienną praktyką lekarską. Dzięki tej symbiozie dostarczaliśmy wiedzę opartą na dowodach (EBM), organizując setki wydarzeń, które umożliwiły aktualizację wiedzy klinicznej w czasie niemal rzeczywistym.

FILAR KOMPETENCJI MIĘKKICH I DOBROSTANU

Nowoczesna medycyna to także odpowiednia relacja z pacjentem i odporność psychiczna na presję otoczenia: prawną i systemową. Rozpoznając problem wypalenia zawodowego, włączyliśmy do programu obszary dbania o własny dobrostan i rozwoju kompetencji miękkich. Edukacja w zakresie komunikacji z pacjentem stała się naszym znakiem rozpoznawczym,

DR N. MED. ARTUR DROBNIAK
 KOORDYNATOR CENTRALNEGO
 OŚRODKA BADAŃ INNOWACJI
 I KSZTAŁCENIA NACZELNEJ IZBY
 LEKARSKIEJ, POMYSŁODAWCA
 I WSPÓŁZAŁOŻYCIEL NIL IN – SIECI
 LEKARZY INNOWATORÓW



wyprzedziliśmy trendy, które zaczęto dostrzegać również w kształceniu przeddyplomowym. Wierzymy, że lekarz dbający o własny balans życiowy, umiejętnie odpoczywający i znajdujący czas dla najbliższych, a mimo to wciąż profesjonalnie zarządzający swoją karierą, jest skuteczniejszy i bezpieczniejszy dla pacjenta.

FILAR ZARZĄDZANIA I PRAWA

W dynamicznym otoczeniu prawnym lekarz musi czuć się pewnie również w kwestiach formalnych. Nasza oferta z zakresu prawa medycznego i zarządzania znacząco się rozrosła i stara się wypełnić istniejącą istotną lukę kompetencyjną. Dzięki temu nasi członkowie biorący udział w szkoleniach, które szczególnie sobie chwala, stają się świadomymi uczestnikami systemu, umiejscawiającymi skutecznie mitygować ryzyka prawne i optymalizować pracę w placówkach, unikać konfliktów wewnętrznych i skutecznie dobierać współpracowników.

FILAR INNOWACJI: NIL IN JAKO OKNO NA PRZYSZŁOŚĆ

Projekt NIL IN przygotowuje środowisko do ery cyfrowej i umiejętnego stosowania pojawiających się coraz powszechniej rozwiązań

wykorzystujących algorytmy sztucznej inteligencji. Szkolenia z zakresu AI, telemedycyny czy analizy danych przestały być futurologią, stając się praktycznym narzędziem wdrażanym przez lekarzy już dziś. Naszym celem jest, aby technologia stanowiła precyzyjne wsparcie diagnostyczne, usprawniła prowadzenie dokumentacji i spełnianie wymogów administracyjnych, a jednocześnie wzmacniała rolę lekarza w procesie decyzyjnym.

POTĘGA PARTNERSTW: PODZIĘKOWANIA DLA 50 FILARÓW WSPÓŁPRACY

Osiągnięcie skali ponad tysiąca przeprowadzonych szkoleń w trakcie tej kadencji nie byłoby możliwe bez świetnego zespołu Ośrodka Kształcenia Naczelnej Izby Lekarskiej, który towarzyszył Państwu w każdym ze szkoleń: od zapisów i odpowiedzi na zapytania, poprzez jego przeprowadzenie, po komunikację po szkoleniu z przygotowaniem i przekazaniem certyfikatów i zbieraniem Państwa recenzji oraz opinii. Dzięki odpowiedzialnemu zaangażowaniu w strategię rozwoju Ośrodka Kształcenia udało się zbudować szeroką koalicję na rzecz edukacji. W minionej kadencji nawiązaliśmy współpracę

z 50 partnerami strategicznymi. Na łamach „Gazety Lekarskiej” kieruję do Państwa szczególne słowa uznania:

- **Towarzystwom naukowym** – dziękujemy za bycie merytorycznym fundamentem naszej działalności i dbałość o najwyższą jakość wiedzy klinicznej, która trafia bezpośrednio do codziennej praktyki lekarskiej.
- **Instytucjom państwowym, instytutom, uczelniom wyższym oraz fundacjom** – dziękujemy za otwartość i dzielenie się specjalistyczną wiedzą z Państwa obszarów działalności. To dzięki Państwa zaangażowaniu lekarze podnoszą kompetencje merytoryczne i systemowe, co stanowi wymierną korzyść dla dobra pacjentów i ich bezpieczeństwa.
- **Partnerom z sektora nowoczesnych technologii** – dziękujemy za wsparcie w obszarze innowacji w medycynie i systemie opieki zdrowotnej, które pozwalają nam wspólnie definiować standardy opieki medycznej przyszłości.

KADENCJA 2022–2026 W LICZBACH:

- **1108** – zrealizowanych szkoleń (88,6 proc. w formule online),
- **159 607** – imponujący zasięg: tylu mieliśmy uczestników szkoleń – lekarzy i lekarzy dentyistów, którzy podnosili z nami swoje kompetencje,
- **50** – partnerów strategicznych wspierających naszą misję,
- **ponad 600 000 zł** – zawsze myślimy o mądrym dysponowaniu środkami finansowymi pochodzącymi ze składek na samorząd, oszczędności te zostały wygenerowane dzięki współpracy barterowej z partnerami.

Dziękuję wykładowcom za pasję, z jaką dzielą się wiedzą. Dziękuję raz jeszcze zespołowi Ośrodka Kształcenia oraz całego Centralnego Ośrodka Badań, Innowacji i Kształcenia Naczelnej Izby Lekarskiej, bez których nie byłoby takiej skali działalności i rozwoju edukacji w NIL.

Dziękuję wreszcie lekarkom i lekarzom naszych obu zawodów, że wybierając drogę rozwoju zawodowego, zdecydowali się kroczyć nią wspólnie z Ośrodkiem Kształcenia Naczelnej Izby Lekarskiej.

Koordynator COBIK: dr n. med. Artur Drobniak
Z-ca Koordynatora COBIK: Katarzyna Sadowska-Cioch

RADA NAUKOWA COBIK

Jarosław Biliński, Tomasz Imiela, Michał Gontkiewicz,
Łukasz Jasek, Dariusz Paluszek

Ośrodek Kształcenia NIL: Katarzyna Marzęda
Ośrodek Badań i Analiz: nadzór merytoryczny
Artur Białoszewski, ekspert NRL ds. badań i analiz
Centrum Innowacji i Telemedycyny, projekt NIL IN:
prace koordynuje Małgorzata Wywrot, menedżerka
Programów Innowacji Zdrowotnych

OŚRODEK KSZTAŁCENIA

NIL IN blisko innowacji

ARTUR DROBNIAK, MAŁGORZATA WYWROT

Przez ostatnie lata NIL IN stał się jednym z ważniejszych forów dyskusji o nowych technologiach w medycynie. Nie o technologii samej dla siebie, lecz o rozwiązaniach, które mogą realnie wspierać lekarzy, pacjentów i organizację pracy w ochronie zdrowia.

W centrum tych rozmów są dane medyczne, sztuczna inteligencja, telemedycyna, cyberbezpieczeństwo, cyfrowe wyroby medyczne i praktyczne wdrożenia. Najważniejsza pozostaje jednak perspektywa lekarzy, którzy najlepiej wiedzą, czego potrzeba w gabinecie, poradni, POZ i szpitalu.

REGULARNA PRACA I STAŁY KON-TAKT ZE ŚRODOWISKIEM

NIL IN nie jest jednorazowym projektem ani cyklem pojedynczych wydarzeń. To sieć, która przez całą kadencję rozwijała się dzięki regularnej pracy, spotkaniom i stałej komunikacji z lekarzami zainteresowanymi innowacjami.

Ważną rolę odgrywała Rada NIL IN, która przez te lata regularnie się spotykała i wspierała merytoryczny kierunek działań. Jej zadaniem było porządkowanie tematów, wskazywanie priorytetów i dbanie o to, aby rozmowa o innowacjach pozostawała blisko praktyki lekarskiej, bezpieczeństwa pacjenta i jakości opieki.

Równolegle rozwijana była komunikacja z całą siecią. NIL IN regularnie informuje o wydarzeniach, szkoleniach, konkursach, podcastach, publikacjach i możliwościach zaangażowania. Służy temu między innymi newsletter, który pomaga lekarzom śledzić najważniejsze tematy bez konieczności szukania informacji w wielu rozproszonych źródłach.

WTORKI Z INNOWACJAMI I WYDARZENIA

Jednym z najbardziej rozpoznawalnych formatów NIL IN są Wtorki z Innowacjami. W latach 2024 i 2025

odbyło się łącznie 85 takich spotkań, 48 w 2024 r. i 37 w 2025 r. Każdy z tych rocznych cykli zgromadził ponad 3600 uczestników.

Tematy spotkań były bardzo praktyczne. Rozmawiano o wykorzystaniu danych medycznych, sztucznej inteligencji, cyfrowych wyrobach medycznych, telemedycynie, cyberbezpieczeństwie, ochronie danych, wdrożeniach w placówkach i nowych narzędziach wspierających pracę lekarza.

W 2024 r. NIL IN był obecny przy ponad 15 konferencjach i wydarzeniach, a w 2025 r. przy ponad 20. Sieć jest także partnerem merytorycznym dużych konferencji medtechowych i zdrowotnych. Dzięki temu perspektywa lekarzy praktyków pojawia się tam, gdzie podejmowane są rozmowy o nowych rozwiązaniach, danych, start-upach, AI i cyfrowej transformacji ochrony zdrowia.

DWIE DUŻE KONFERENCJE

W trakcie kadencji NIL IN zorganizował dwie duże konferencje poświęcone innowacjom w ochronie zdrowia. Jedną z nich był NIL IN Summit, który zgromadził lekarzy, ekspertów, twórców technologii i osoby zajmujące się wdrożeniami. Było to wydarzenie pokazujące, że o przyszłości medycyny warto rozmawiać z perspektywy codziennej praktyki, a nie tylko trendów technologicznych.

Drugą konferencją był European Health Data & Innovation Summit. W 2025 r. wydarzenie zgromadziło 2000 uczestników stacjonarnie i online. Rozmawiano o danych medycznych, europejskiej przestrzeni danych dotyczących zdrowia, telemedycynie,

cyberbezpieczeństwie, sztucznej inteligencji i roli pacjenta w cyfrowym systemie ochrony zdrowia.

Wokół tych tematów NIL IN prowadził także mniejsze formaty eksperckie. W 2024 r. cztery spotkania Innovate Health w CIC Warsaw zgromadziły ponad 500 osób. W 2025 r. odbył się cykl czterech spotkań dotyczących europejskiej przestrzeni danych dotyczących zdrowia, w tym pierwotnego i wtórnego wykorzystywania danych.

PORADNIKI DLA LEKARZY I PACJENTÓW

Jednym z praktycznych efektów pracy NIL IN są dwa poradniki, jeden dla pacjentek i pacjentów, drugi dla lekarek i lekarzy. Oba dotyczą lepszego przygotowania do wizyty i teleporady.

Poradnik dla pacjentów pomaga uporządkować najważniejsze informacje przed konsultacją. Zachęca do przygotowania listy leków, opisu objawów, dokumentacji, pytań i celu wizyty. Zawiera też karty do uzupełnienia i wydruku, które pacjent może zabrać ze sobą na wizytę lub wykorzystać przed teleporadą.

Poradnik dla lekarzy porządkuje dobre praktyki prowadzenia wizyty i teleporady. Dotyczy przygotowania do konsultacji, komunikacji z pacjentem, przekazywania zaleceń, dokumentowania wizyty, poufności i bezpieczeństwa danych.

To dobry przykład działania, które nie kończy się na publikacji materiału. Wypracowane przez NIL IN rozwiązanie jest przenoszone do praktycznych narzędzi cyfrowych dla pacjentów. Internetowe Konto Pacjenta jest aktualizowane o elementy tego wdrożenia, tak aby pacjent po umówieniu wizyty mógł otrzymać jasne informacje, jak się do niej przygotować.



◀ Poradniki dla pacjentów i lekarzy pokazują, jak lepiej przygotować się do wizyty oraz teleporady

TRZY RAPORTY I PRACE EKSPERCKIE

W tej kadencji NIL IN przygotował trzy raporty: o innowacjach w opiece ambulatoryjnej, o danych medycznych w pracy lekarza oraz o start-upach medycznych. Raporty porządkują wiedzę, pokazują bariery i dobre praktyki, a także pomagają budować wspólny język pomiędzy lekarzami, placówkami, twórcami technologii i osobami odpowiedzialnymi za wdrażanie zmian.

NIL IN angażował się również w tematy związane z cyfrowymi wyrobami medycznymi, sztuczną inteligencją, cyberbezpieczeństwem, danymi medycznymi

i etyką nowych technologii. Ważnym obszarem była także praca nad komentarzem do art. 9 i 12 Kodeksu Etyki Lekarskiej.

Dzięki temu NIL IN pokazuje, że rozmowa o innowacjach nie może ograniczać się do zachwyty nad nowymi narzędziami. Potrzebna jest też ocena bezpieczeństwa, przydatności klinicznej, ochrony danych, odpowiedzialności zawodowej i realnych możliwości wdrożenia w placówce.

TRZY EDYCJE KONKURSU

Jednym z ważnych projektów NIL IN jest konkurs „Wdrożenie innowacji w ochronie zdrowia”. Odbyły się już trzy edycje konkursu, który promuje rozwiązania sprawdzone w praktyce albo gotowe do realnego zastosowania w ochronie zdrowia.

Konkurs od początku miał pokazywać nie tylko pomysły, ale przede wszystkim wdrożenia. To ważne, bo w medycynie liczy się nie tylko nowość rozwiązania, ale także jego bezpieczeństwo, przydatność kliniczna,



▲ Konkurs „Wdrożenie innowacji w ochronie zdrowia” miał już trzy edycje

możliwość zastosowania w placówce i realna wartość dla pacjentów oraz zespołów medycznych.

Kolejne edycje potwierdziły, że w polskiej ochronie zdrowia powstaje wiele projektów, które odpowiadają na konkretne potrzeby. W drugiej edycji zgłoszono 52 projekty w trzech kategoriach, a w pracach kapituły uczestniczyło 36 osób. W trzeciej edycji zgłoszono 28 projektów w trzech kategoriach, a kapitułę tworzyło 40 osób.

Dzięki konkursowi NIL IN daje widoczność rozwiązaniom, które często rodzą się bardzo codziennej praktyki, w poradni, szpitalu, przychodni, zespole terapeutycznym albo w pracy z pacjentem. To także okazja do wymiany doświadczeń między osobami, które już wdrażają

innowacje, a tymi, które dopiero szukają sposobu, jak zacząć.

PODCASTY I KOMUNIKACJA

NIL IN rozwija także formaty audio. Pierwszą dużą serią był podcast inTALK, poświęcony przyszłości medycyny, sztucznej inteligencji, innowacjom w szpitalach i POZ, danym, wyrobom medycznym oraz testowaniu i wdrażaniu nowych rozwiązań.

Drugim formatem jest The Modern Practice by NIL IN, podcast, który jest obecnie rozwijany. To rozmowy o innowacjach, wdrożeniach, AI, regulacjach i codziennych wyzwaniach nowoczesnej praktyki lekarskiej.

Podcasty pozwalają docierać do lekarzy także poza konferencjami i szkoleniami. Można ich słuchać w drodze, między obowiązkami albo po pracy. To ważne, bo edukacja o nowych technologiach powinna być dostępna w różnych formach i dostosowana do rytmu pracy środowiska lekarskiego.

DLACZEGO WARTO DOŁĄCZYĆ DO NIL IN

NIL IN jest dla osób, które chcą lepiej rozumieć zmiany zachodzące w medycynie i mieć wpływ na to, jak nowe technologie będą wykorzystywane w praktyce.

Nie chodzi o zachwyt nad każdym nowym narzędziem. Chodzi o spokojną, merytoryczną ocenę: czy dane rozwiązanie pomaga lekarzowi, czy jest bezpieczne dla pacjenta, czy można je wdrożyć w placówce i czy rzeczywiście poprawia jakość opieki.

Po tej kadencji zostaje społeczność, która rośnie, regularnie pracująca Rada NIL IN, dwa poradniki, trzy raporty, trzy edycje konkursu, dwa podcasty, duże konferencje, dziesiątki spotkań edukacyjnych, partnerstwa merytoryczne i stała obecność w rozmowach o przyszłości ochrony zdrowia.

NIL IN to miejsce, w którym lekarze mogą być blisko innowacji jako praktycy, eksperci, recenzenci, współtwórcy i użytkownicy rozwiązań mających znaczenie dla pacjentów i zespołów medycznych.



◀ Aktualności, podcasty, raporty, konkursy, szkolenia i wydarzenia znajdziesz na nilin.org.pl

PO GODZINACH

WAM 2.0, czyli recepta na medycynę wojskową

Na 100 żołnierzy powinien przypadać jeden lekarz. Marzy się nam trzystutysięczna armia, więc powinno być ich trzy tysiące. Stąd pomysł reaktywacji Wojskowej Akademii Medycznej w Łodzi. O dawnej i przyszłej uczelni opowiada ostatni rektor WAM **prof. Krzysztof Zeman** w rozmowie z Adamem Czerwińskim.

Pięćdziesiąt lat temu skończył Pan studia w Wojskowej Akademii Medycznej (WAM). Piękna rocznica.

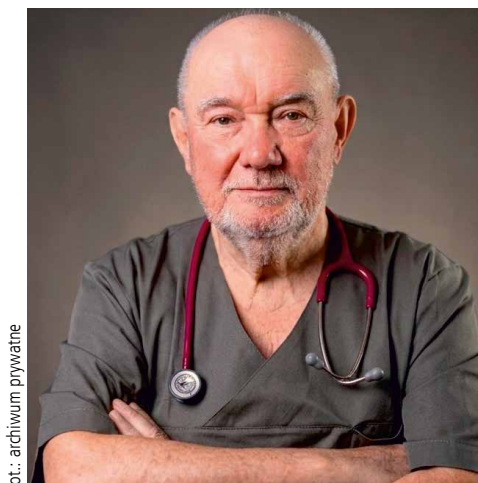
Z WAM byłem związany przez ponad 30 lat i nie obraziłbym się, gdyby to była jedna trzecia mojego życia. Na razie organizuję obchody pięćdziesięciolecia dyplomu. Na spotkaniu pojawi się połowa kolegów z roku w większości z tymi samymi od wielu lat towarzyszkami życia. Wielu z tych kolegów brało udział w różnych misjach pokojowych pod egidą organizacji międzynarodowych, kilku było dyrektorami szpitali, ordynatorami, niektórzy stworzyli własne kliniki, niektórzy przychodnie POZ, paru awansowało, uzyskując tytuł profesora czy doktora nauk medycznych. Jeden nawet pracował w agencji ONZ. Proszę sobie wyobrazić, że większość tych obecnie 70-latków nadal pracuje zawodowo.

Każdy, wspominając studia, powie, że jego rok był wyjątkowy. Mój był niezwykły. Pewnie chce pan spytać, co dał mi WAM?

Proszę.

To jest takie samo pytanie, jak: „a czy pan by wybrał coś innego niż pediatrię?” No więc tak jak nie zamieniłbym pediatrii na inną specjalność, tak nie wybrałbym innej uczelni niż Wojskowa Akademia Medyczna. Dzięki niej jestem tu, gdzie jestem, i jestem spełnionym człowiekiem. Do tego nie zawiodłem rodziców, którzy oczekiwali, że zostanę lekarzem. Może pan napisać, że WAM dał mi wszystko!

W takim razie wspominałby. Jak Pan trafił na uczelnię?



fot.: archiwum prywatne

Pochodzę z Bielska Białej. Tam kończyłem bardzo dobre liceum i miałem świetną klasę, w której wzajemnie się nakręcaliśmy w ambicjach. Fajnie to zadziałało, bo wszyscy dostaliśmy się na studia, co wtedy nie było takie oczywiste. Nie mogłem odstawać od reszty i zgodnie z ukrytym życzeniem moich rodziców wybrałem medycynę. Szukałem i znalazłem Wojskową Akademię Medyczną, o której wtedy wiedziałem tylko, że jest to niezwykle prestiżowa uczelnia. Rodzice byli dumni. A jak już się na tym WAM-ie znalazłem, szybko okazało się, o czym nie wiedziałem, że trzeba chodzić w mundurach.

Nie wiedział Pan?

Naprawdę nie wiedziałem. Myślałem, że idę na zwykłe studia, a potem, jak ewentualnie zostanie

◀ Prof. Krzysztof Zeman

Specjalista chorób dzieci, immunologii klinicznej i chorób płuc dzieci, członek honorowy Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego. Studia: Wojskowa Akademia Medyczna 1976 r., dr 1984 r., dr hab. 1991 r., prof. 1997 r. Były rektor Wojskowej Akademii Medycznej i prorektor Uniwersytetu Medycznego w Łodzi. Współtwórca pierwszego w Polsce Uniwersytetu Medycznego. Obecnie profesor w Klinice Pediatrii, Immunologii i Nefrologii Instytutu „Centrum Zdrowia Matki Polki” w Łodzi. Specjalista wojewódzki ds. immunologii klinicznej. Autor ponad 300 opracowań naukowych.

w wojsku, to i mundur dostanę. A tu się okazało, że mundur obowiązuje od pierwszego dnia. I trzeba w nim chodzić na okrągło. Ubrania cywilne były na popołudnie, na ogół nielegalnie deponowane gdzieś poza uczelnią.

Wojsko to nie tylko mundur.

Najpierw, jak to w prawdziwym wojsku, była tzw. unitarka, czyli nauka strzelania, rzucania granatami, salutowania...

Nie chciał Pan uciekać?

Bardzo szybko się w tym odnalazłem. Właściwie to poczułem, że jestem u siebie. Jako pierwszaki musieliśmy salutować kolegom z wyższych lat, starszym stopniem. Wykładowcom też się salutowało, nawet jeśli byli cywilami. Niektórzy bardzo to lubili. Ale później, jak już przestaliśmy być pierwszakami, to już nam salutowano. Fajnie, prawda? Był jeden wyjątek od zasady starszeństwa. Jeśli kolega z młodszego roku szedł z dziewczyną, to my pierwsi oddawaliśmy honory, pewnie po

to, żeby u tej kobiety wywołać przekonanie, że tacy mądrzy i kulturalni ludzie na WAM-ie studiują. Zresztą reklama nie była nam specjalnie potrzebna, bo lekarze wojskowi zawsze cieszyli się świetną renomą. I pewnie dlatego różne legendy na nasz temat krążyły. Opowiadano niestworzone rzeczy, jakie trzeba mieć plecy – również w sensie fizycznym, żeby na WAM się dostać. Sam słyszałem legendy na temat wymogów fizycznych, jakim rzekomo musieli sprostać kandydaci na lekarzy wojskowych. Jednym słowem ulica uważała, że aby studiować na WAM-ie, trzeba mieć odpowiedni wzrost, prezencję i cały szereg niesamowitych przymiotów. To była oczywiście bzdura. Ale też coś było na rzeczy w tym sensie, że przystojniaków u nas nie brakowało.

A medycyna?

Przedmioty medyczne mieliśmy praktycznie te same co studenci z cywilnej uczelni. Często nawet mieliśmy tych samych wykładowców, a nierzadko zajęcia mieliśmy z koleżankami i kolegami z Akademii Medycznej w Łodzi. Przecież musieliśmy spełnić kryteria odpowiednich ministerstw i wypełnić tę samą liczbę godzin nauki medycyny. Różnica to całe semestry przedmiotów wojskowo-medycznych, więc, powiedzmy, zamiast sześciu tysięcy godzin zajęć na studiach my mieliśmy tych godzin siedem i pół tysiąca. Trzeba się było z nimi zmieścić w tym samym czasie co na cywilnej akademii. Część tych godzin dodatkowych przerabialiśmy w trakcie miesięcznych szkoleń, które były po każdym roku. Poznaliśmy na nich piękno polskich poligonów, ucząc się strategii czy udzielania pomocy na polu walki. Często były to bardzo barwne symulacje warunków wojennych z udziałem prawdziwych jednostek wojskowych, wozów transportowych, helikopterów. Na tej „wojnie” wyciągaliśmy rannych przygotowanych przez specjalistów, którzy wcześniej robili charakterystycję dla filmów. Powiem krótko: było kolorowo.

Nie tylko my o tym wiedzieliśmy. Bywało, że przed wyjazdem na te poligony rektor, żegnając nas na specjalnej odprawie, życzył nam miłego wypoczynku, bo często trafialiśmy nad jeziora, gdzie był zawsze wolny czas na pływanie kajakami, łódkami czy turnieje brydża.

Nie idealizuje Pan za bardzo swojej młodości?

Pewnie trochę tak. Studia to nie była tylko zabawa, ale również szkoła

charakterów. Nie wszyscy ją przechodzili, bo nie każdy potrafił się dopasować. Nie wszystkim podobała się dyscyplina wojskowa, choć my nie byliśmy takimi klasycznymi żołnierzami malującymi trawę na zielono. No, ale pewne obowiązki wojskowe nas obowiązywały. No i też byliśmy zespoleni w walce z tymi obowiązkami. To też nas formowało.

Fakty są takie, że na pierwszym roku było ze mną 240-260 kolegów. Studia skończyło 114. Więc odsiew był bardzo duży. A jakbyśmy chcieli liczyć dokładniej, to wynik będzie jeszcze inny: z kolegów, z którymi zaczynałem studia, na ostatnim roku zostały ze mną 73 osoby.

Przez sześć lat cały czas byliście razem?

Byliśmy skoszarowani w jednostce przy ul. Źródłowej w Łodzi. Było tam sześć budynków i w każdym mieszkał inny rocznik. Odróżnialiśmy się liczbą pasków na rękawach mundurów. Od jednego cienkiego u pierwszaków do trzech grubych pasków na szóstym roku. Każdy marzył, żeby te trzy grube paski mieć. Dla młodszych lat obowiązywały – jak w każdej jednostce wojskowej – przepustki na wychodzenie i wchodzenie. Starsze lata miały dużo więcej swobody. Zresztą przez sześć lat moich studiów wiele się w Polsce zmieniło. Kończyliśmy w 1976 r., po wielu ważnych wydarzeniach politycznych w kraju. Po nich śrubę odkręcono nawet studentom szkół wojskowych.

Zajęcia mieliśmy głównie w łódzkim szpitalu przy ul. Żeromskiego. To jeden z najlepszych szpitali wojskowych w Polsce, wybudowany jeszcze przed wojną. Dysponował niesamowitą kadrą, świetnymi, często przedwojennymi, profesorami. Ich asystenci to już absolwenci WAM, którzy zdobywali kolejne tytuły naukowe i wojskowe. Część zajęć mieliśmy w Centralnym Szpitalu Klinicznym na Szaserów w Warszawie. Pamiętam dwutygodniowy blok z położnictwa. Kiedy przyjechaliśmy, odebrano nam ubrania, dostaliśmy ciuchy medyczne i nie wolno było nam przez dwa

tygodnie wychodzić z oddziału. Tam spaliśmy, oglądaliśmy wszystkie porody i zabiegi.

Było też tak, że część przedmiotów wykładali szefowie klinik z Warszawy, którzy przyjeżdżali na zajęcia do Łodzi. I to były bardzo znane nazwiska, które uzupełniały to, czego jeszcze u nas brakowało. A część przedmiotów mieliśmy wspólnie z koleżankami i kolegami z równoległego roku na cywilnej uczelni.

Może zabrzmi to patetycznie, ale łączył nas specyficzny duch – wszyscy chcieliśmy być dobrymi lekarzami. To zdecydowanie był nasz cel. Mieliśmy niezwykle dużo zajęć praktycznych. Ale też był system, który niechętnych do nauki potrafił zmienić. Jego częścią było studenckie towarzystwo naukowe.

Chętnie wspominam, jak rodziły się przyjaźnie i wydarzenia, które je cementowały. Moglibyśmy dużo opowiadać o wspólnej doli i niedoli, która nas łączyły. Dość powiedzieć, że kiedy pierwszy raz wysłano nas na poligon, jechaliśmy w eszelonach wojskowych, czyli w takich wagonach, w których przewozi się teraz zwierzęta gospodarcze albo kiedyś wożono żołnierzy na front. Ale to była podróż męska, piękna.

Na poligonie ciąg dalszy atrakcji. Spaliśmy pod pałatkami – to takie płaszcze wojskowe, gdzie z dwóch pałatek robiło się namiot. Jakies deski pod spód położyliśmy i mieszkaliśmy w ten sposób trzy tygodnie. I oczywiście przez cały ten czas lało. Trzeba było sobie radzić. Również w koszarach. Na przykład nauczyłem się, jak wyprasować spodnie, nie mając żelazka. Ale też jak zrobić jajecznicę, mając tylko żelazko. Inna sztuczka dotyczyła prania koszuli. Jeśli została odpowiednio rozwieszona na kafelkach w łazience, nie była pognieciona i nie trzeba było jej prasować.

W latach 70. czy 80. po studiach można było na całe zawodowe życie wyładować na zielonym poligonie. Pan został rektorem.

Bardzo chciałem zostać na uczelni. Przez cały czas moich studiów był taki zwyczaj, że 10 najlepszych absolwentów mogło sobie wybrać

miejsce pracy. Prymusi oczywiście wybierali kliniki w szpitalach wojskowych. Kiedy kończyłem studia, zmieniono zasady i tylko jeden najlepszy absolwent dostał prawo wyboru. Ja byłem drugi i trafiłem do jednostki raketowej pod Poznaniem. Ale po roku udało mi się wrócić na uczelnię. Początkowo do zakładu teoretycznego, zajmującego się patofizjologią. Ale po jakimś czasie przekształcił się on w immunologię i w końcu zgodnie ze swoimi zainteresowaniami wyłądownałem na pediatrii. Faktycznie poświęciłem WAM ponad 30 lat życia. Byłem ostatnim rektorem tej uczelni.

Wyprowadzał Pan sztandar uczelni.

Jak do tego doszło?

WAM został rozwiązany w 2002 r. decyzją Ministerstwa Obrony Narodowej. O tym, że może do tego dojść, mieliśmy sygnały 3–4 lata wcześniej. Zapowiadano wielką reformę szkolnictwa wojskowego. No i ta reforma zmiotła nie tylko WAM, ale chyba z 10 uczelni wojskowych.

To był specyficzny czas. Ogłoszono koniec historii. Wydawało się, że rzeczywiście nie będzie już żadnych wojen w Europie i nie jest potrzebna wielka armia.

Dlatego pojawił się pomysł, że lekarze na potrzeby wojska będą rekrutowani z cywilnych uczelni. Mieliśmy przykłady z innych państw europejskich, że ten model się nie sprawdza. Choćby Bundeswehra przekonała się, że wojskowy duch nie jest czymś, co łatwo można wszczepić cywilowi.

W kwestii likwidacji oczywiście chodziło o pieniądze. Roczne utrzymanie WAM-u kosztowało tyle, ile wyprodukowanie mniej więcej jednego czołgu typu Twardy. Próbowaliśmy się bronić. Przyjmowaliśmy studentów na kierunki cywilne: fizjoterapię i zdrowie publiczne. Uczelnia w ten sposób zarabiała. To była nasza recepta na przetrwanie trudnego okresu. Ale to nie wystarczyło. W 2002 r. połączyliśmy się z Akademią Medyczną w Łodzi. Po fuzji powstał pierwszy w Polsce Uniwersytet Medyczny z Wydziałem Wojskowo-Lekarskim. WAM został rozwiązany. W domu śmiejemy się, że podwaliny pod połączenie dwóch uczelni dał ślub mojej córki, absolwentki Akademii Medycznej, z absolwentem Wojskowej Akademii Medycznej, który odbył się chwilę przed formalnym ogłoszeniem powstania Uniwersytetu Medycznego.

W 2010 r. na UM wrócili studenci w mundurach. Studiowali w oparciu o Wojskowe Centrum Kształcenia Medycznego i Akademię Wojsk Lądowych

w Wrocławiu, a po kolejnej reformie – tym razem przeprowadzonej przez min. Gowina – Wydział Wojskowo-Lekarski UM został zlikwidowany. Teraz na kierunku wojskowo-lekarskim studiuje się na Wydziale Lekarskim, któremu podlega Kolegium Wojskowo-Lekarskie.

Mówi się o tym, że mamy mieć wielką, trzystutysięczną armię, więc potrzeby są ogromne.

Jeśli mamy być przygotowani do potencjalnego konfliktu, nie obejdzie się bez profesjonalnie przygotowanych lekarzy. Zakładając, że na 100 żołnierzy powinien przypadać jeden lekarz, to w trzystutysięcznej armii, jaką chcemy stworzyć, powinno być ich trzy tysiące. Dziś etatów lekarskich w wojsku jest 1506. Połowa to wakaty, bo zatrudnienie to zaledwie 888 lekarzy.

Wiemy, jak dziś wygląda wojna.

Zupełnie inaczej niż II wojna światowa. W czasie studiów byłem przygotowywany do uczestnictwa w takim tradycyjnym konflikcie. Za linią frontu ciągnęli medycy, zakładano szpitale polowe, do których sanitarkami zwożono rannych żołnierzy. Dziś to archaizm. Ci, którzy będą zabezpieczali potencjalną wojnę, muszą być przygotowani na zmieniające się warunki. Medycy powinni być przygotowani do udzielania pomocy kwalifikowanej w specyficznych warunkach.

Na Ukrainie nie ma żadnych lekarzy w odległości kilku kilometrów od okopów. Rannych coraz częściej zabierają z pola walki roboty. I są oni transportowani do specjalnych centrów tworzonych w głębokich bunkrach. Tam zajmują się nimi lekarze. Wiemy, że większość z nich to cywile. Ich wytrzymałość psychiczna obliczana jest na mniej więcej trzy miesiące. Po tym czasie muszą się rotować, żeby na jakiś czas odpocząć od obrazów, które widzą codziennie.

To nie są rany postrzałowe!

Rany postrzałowe w Ukrainie to nie więcej niż kilkanaście procent obrażeń, jakie odnoszą żołnierze i cywile. Większość stanowią rany

wybuchowe. One powstają z tego, że na człowieka, który jest w okopie, w samochodzie, ziemiance spada coś z góry, najczęściej z drona. Eksplozja parzy i urywa wszystko, czego dosięgnie od góry – najczęściej rany obejmują głowę, klatkę piersiową, ramiona. Dane, które do nas docierają, są porażające. Mówią o gigantycznej liczbie amputacji kończyn w czasie tej wojny. Okaleczonych w ten sposób liczy się w setkach tysięcy.

Jeśli mamy być przygotowani do takiego konfliktu, nie obejdzie się bez profesjonalnie przygotowanych lekarzy. Skala potrzeb, jak widać, jest ogromna i chyba nie ma sensu rozważać kwestii: kształcić czy nie kształcić. Skoro wiadomo, że kształcić, warto się raczej zastanowić, jak kształcić. Moim zdaniem największy nacisk powinno się kłaść na chirurgię, ortopedię, choroby zakaźne, anestezjologię, bo to specjalności, które zawsze były najbardziej w wojsku i na polu walki przydatne. Znakiem czasu jest jeszcze zapotrzebowanie na psychiatrów. Ich też potrzeba nie tylko w wojsku.

Ci ludzie, podobnie jak kiedyś absolwenci WAM po zakończeniu służby, mogliby zasilić cywilną ochronę zdrowia.

Niedługo powstanie WAM-bis. Ciekawe, czy będą absolwenci z taką czułością będą wspominać swoją Alma Mater?

Nowe pokolenie jest mi bardzo miłe, bo to przecież moje wnuki, które kończą medycynę na Uniwersytecie Medycznym w Łodzi. Oni są inni niż my sprzed pół wieku. Nie chcą zabrzmieć jak maruda, narzekający, że kiedyś to było, a teraz to nie jest, ale dzisiejsza młodzież myśli zupełnie innymi kategoriami. Może to i dobrze, bo do bólu potrafi wykorzystywać to, co im daje współczesny rozwój techniki i medycyny, i może przez to będą bardziej przydatni. Natomiast ich system integracyjno-społeczny jest zupełnie inny niż nasz. Ich szare komórki zupełnie inaczej pracują niż nasze. Ale jedno nie ulega wątpliwości. Ich kampus będzie piękniejszy niż mój, bo przecież obowiązują parytety i medycynę w mundurach studiują również kobiety. ●

PO GODZINACH – PODRÓŻE

Tam, gdzie natura wciąż rządzi światem

URSZULA WILCZEK

Na wyspach Galapagos człowiek jest tylko gościem. Uchatki śpią na parkowych ławkach, legwany wygrzewają się przy lotnisku, a żółwie olbrzymie spokojnie przemierzają zielone wzgórza.



fot.: Urszula Wilczek

Lotnisko na wyspach Galapagos, na niewielkiej wyspie Santa Cruz, szczyty się opinią najbardziej ekologicznego portu lotniczego na świecie, o czym informują napisy. Po wyjściu z małego samolotu ekwadorskich linii lotniczych od razu uderza nas fala gorąca. Termometr pokazuje 38 stopni Celsjusza. Uf, jak gorąco! W oddali widać niski budynek lotniska z panelami fotowoltaicznymi na dachach i na pobliskim skwerze.

Ale pierwsze zaskoczenie przychodzi jeszcze szybciej. Na niskim krzewie siedzi legwan. Inny wygrzewa się w słońcu. Jeszcze kolejny zastygł w bezruchu i z uwagą

obserwuje podróżnych. Czekaając na odprawę pod cicho szumiącymi wentylatorami, skupiam wzrok na tablicach świetlnych pokazujących, jakie cuda przyrody można tu spotkać. Najmniejsze pingwiny świata, mierzące zaledwie 20–30 centymetrów wysokości – jedyne występujące na półkuli północnej – a także uchatki, legwany, rekiny, żółwie morskie i żółwie słoniowe. Mnóstwo ptaków, z których najbardziej fascynujące są fregaty z czerwonym, nabrzmiewającym podgardlem oraz słynne głuptaki o niebieskich łapach.

▲ Księżycowy krajobraz, wulkan Sierra Negra, wyspa Isabela

ARCHIPELAG ŻYCIA

Wysp w grupie Galapagos jest 19 (większe, często nazwane imionami żeńskimi, to Genovesa, Floreana, Isabela, Fernandina, dalej Española, Pinzon, Santa Fe, Santiago, San Cristobal, Santa Cruz). Tylko cztery z nich są zamieszkałe, a na kolejne cztery trzeba dostarczać słodką wodę.

Stolica i jedyny uniwersytet znajdują się na San Cristobal. Największa wyspa – Isla Isabela – ma kształt



fot.: Shutterstock.com

▲ Wysp w grupie Galapagos jest 19, tylko cztery z nich są zamieszkałe

konika morskiego. Znajduje się na niej sześć wulkanów objętych ścisłą ochroną, niektóre z nich nadal są aktywne. Na Isabela znajduje się także miasteczko Puerto Villamil, jedyna farma w drodze na wulkan Sierra Negra, ale brakuje tu wody do picia.

Wszystkie samoloty rejsowe lądują na przyczółku, na małej wyspce Baltra, przylegającej do wyspy Santa Cruz. Jest ona najbardziej turystyczna, pełno tam hoteli, sklepów, restauracji. Port od świtu do późnej nocy tętni życiem. Wodne taksówki za dolara dowożą turystów do większych jednostek wypływających ku dalszym wyspom.

POD POWIERZCHNIĄ OCEANU

Można wybrać wycieczki z asystentem z biura oferującego zwiedzanie wraz ze snorkelingiem w uroczych zatoczkach. Nie ma tu przybrzeżnych raf koralowych, które spotykamy w Egipcie czy Australii, ponieważ teren jest powulkaniczny. Nie oznacza to jednak ubogiej fauny. Jest kolorowo i aż roi się od uchaterek, płaszczyk, kolorowych ryb, żółwi morskich i rekinów (te mniejsze, żyjące w wodach przybrzeżnych, są długości do 1 metra). Wygrywa ten, kto zabrał ze sobą aparat do zdjęć podwodnych.

Agencje turystyczne oferują sprzęt do pływania i nurkowania, wyprawy na wulkany, wizytę w Parku Darwina, gdzie

► Na Galapagos aż roi się od uchaterek



fot.: pixabay.com

prowadzony jest państwowy program ochrony żółwi. Byliśmy w tym wyjątkowym miejscu i mogliśmy obserwować cały proces: od zabezpieczenia jaj zbieranych na różnych wyspach, przez inkubację, aż po hodowlę malutkich żółwi. Każde jajo jest podpisywane – wiadomo, z której wyspy i z jakiego miejsca pochodzi. Po wykluciu żółwie również są znakowane. Gdy mają od dwóch do pięciu lat, są już na tyle dorosłe, że bezpiecznie mogą wrócić do środowiska, z którego pochodzą. Są transportowane na wyspę, skąd zabrano i zabezpieczono ich jaja.

Program ochrony żółwi przynosi efekty, a inicjatywa jest doceniana

przez wszystkich, dla których ważna jest ekologia.

ŚLADAMI DARWINA

W muzeum Darwina jest oczywiście wzmianka i opis prac, które prowadził Karol Darwin.

Przewodnik opowiada historię młodego Darwina, który w wieku zaledwie 22 lat został wysłany na wyprawę przyrodniczo-badawczą (bo ojciec nie mógł dojść z nim do ładu, gdyż nie umiał prowadzić interesów). Niewiele brakowało, by zakończył ją bardzo szybko – cierpiał na chorobę morską i ciągle torsje uniemożliwiały mu spokojną egzystencję. Kapitan

żaglowca „Beagle” zdecydował, że Karol zostanie wysadzony na najbliższej wyspie, czyli w porcie na Wyspach Kanaryjskich. Jednak panowała tam epidemia i statki nie mogły zawijać. Darwin musiał więc płynąć dalej (podróż rozpoczęła się w 1831 r. i trwała do 1836 r.).

Ta przypadkowa decyzja zmieniła historię nauki. Po wielu miesiącach podróży trafił na wyspę Santiago, gdzie rozpoczął swoje prace badawcze. Na Galapagos pozostał cztery lata, które wypełnił pracą i wysunął nową teorię o powstaniu gatunków – teorię ewolucji.

Po powrocie do Anglii brał udział w licznych odczytach, prezentował swój dorobek, wdawał się w dysputy z innymi naukowcami, przyrodnikami, aż w końcu w 1859 r. uznano jego dorobek i wkład w dziedzinę nauk przyrodniczych. Stacja Badawcza i muzeum Darwina znajdują się w Puerto Ayora na wyspie Santa Cruz. Będąc tam, trzeba koniecznie odwiedzić muzeum.

W SERCU WULKANU

Największe wrażenie podczas wyprawy zrobił na mnie łatwy trekking na zbocza



◀ Stara kopalnia siarki – wulkan Sierra Negra. Wyspa Isabela

fot.: Urszula Wilczek

wulkanu Sierra Negra (wysokość 1120 m n.p.m.) na wyspie Isabela, miejsce dawnej kopalni siarki. Zejście z obrzeża wulkanu, którego średnica wynosi 10 km, jest nie lada przeżyciem ze względu na widoki. Surowy krajobraz otaczający krater, intensywnie zielona trawa i nieliczne

krzewy, wewnątrz morze zastygłej, czarnej, chropowatej lawy. W dali, w odległości kilku kilometrów, widać buchającą parę z żółto zabarwionych miejsc, w których nie tak dawno jeszcze wydobywano siarkę.

Stąpając po zastygłej lawie, słuchaliśmy, jak nasze kroki dudnią pod



KRAJ DUMY I HARMONII

Ekwador to niezwykle ciekawy kraj, czysty, w którym wielką wagę przywiązuje się do ekologii. Dzieci chodzą do szkół, są zadbane, na ulicach nie widać biedaków ani ludzi żebrzących, mieszkańcy noszą się dumnie, mają swój honor. Są potomkami Indian i Hiszpanów. Budynek w małych miasteczkach i w wioskach są głównie parterowe, budowane bez przepychu, obejścia uporządkowane, psy wolne, nieagresywne, wydają się szczęśliwe.



foto.: Urszula Wilczek

▲ Piękne ptaki o niebieskich łapkach, głuptaki (*Patas Azules*)

stopami. Przewodnik wyjaśnił, że pod nami znajduje się system pustych korytarzy, tzw. tuneli lawowych. Wierzchnia warstwa lawy zastygła, wewnątrz pozostał pusty korytarz. Byle tylko warstwa była na tyle gruba, by wytrzymała i nie załamała się pod nami – miałam nadzieję i odpędzałam natrętne myśli.

Początkowo świeciło słońce, później niebo zasnuły burzowe chmury. Krajobraz stawał się coraz bardziej księżycowy, surowy i tajemniczy. Pięknie tam było, a dzień trekkingu do serca Sierra Negra na zawsze zostanie w mojej pamięci.

TO ONE SĄ GOSPODARZAMI

Na Galapagos zwierzęta mają się doskonale. Nikt im nie przeszkadza, nie płoszy, nikt ich nie nachodzi, wszyscy są życzliwie nastawieni. Uchatki leżą na ławkach w parkach miejskich, przechodzą powoli przez ulicę, kołysząc się na boki. Samochody zatrzymują się i cierpliwie czekają na przejście nietypowych przechodniów. Między uchatkami wypoczywającymi na piaskach nadbrzeżnych plaż przewijają się legwany. Mają wygląd przedpotopowych, małych smoków. Gdy zastygną w bezruchu, można im spojrzeć głęboko w oczy. Nie boją się ludzi. Są świetnymi pływakami, żywią się planktonem, jaja składają na plaży w wykopanych głębokich dołkach. Ludzie im nie przeszkadzają, tereny legowe odgradzone są taśmą, sznurem, drewnianym płotkiem, by przypadkiem nie niepokoić samic. A wieczorami można je spotkać, gdy wylęgają się na murkach i schodach, ogrzewając swoje ciała w ostatnich promieniach zachodzącego słońca. Nietypowy i niespotykany nigdzie indziej na świecie widok.

LEKcja POKORY

Wyspa Santa Cruz obfituje w zielone tereny. Wysoka trawa jest świetnym miejscem, gdzie pożywiają się żółwie słoniowe. Mają wielką skorupę



foto.: Shutterstock.com

▲ W Parku Darwina prowadzony jest państwowy program ochrony żółwi

długości nawet półtora metra, są wysokie i sięgają do wysokości uda. W ciągu dnia zjadają ok. 6 kg trawy. Kopulują przez godzinę. Nie mają naturalnych wrogów, jedynie w przeszłości marynarze, głównie piraci, byli ich łowcami. Zabierali kilka osobników na swoje pirackie statki.

Żółwie mogą przez wiele miesięcy nie jeść trawy ani nie pić słodkiej wody, więc były doskonałym magazynem pożywienia, czyli mięsa dla załóg statków. W ten sposób między XVI a XIX wiekiem marynarze, głównie piraci, wytrzebili dużą populację żółwi z wysp Galapagos. Niepowetowana strata. Dlatego teraz rząd Ekwadoru dba o wzrost populacji żółwi, hodując je w centrum Darwina.



◀ Urokliwa wyspa Isabela

foto.: Urszula Wilczek

EPIKRYZA (158)

Rok Wajdy

Z Jachranki od razu pojechałem do Krakowa, by niemal do północy realizować literacką galę. W Teatrze Słowackiego poza ciężką pracą czekali na mnie wspaniali ludzie, bez których lekarskie koncerty nie byłyby na aż tak wysokim poziomie artystycznym. Światło i dźwięk, drganie desek pod stopami, ruch kurtyn oraz zabobonne chodzenia boso po scenie resetują. Poczulem się wolny.

Następnego dnia w ramach niedzielnego odpoczynku pod Wawelem, postawiwszy do kąta samorządowe rozterki, odwiedziłem Muzeum Manggha i przypomniałem sobie krótkie spotkania z Andrzejem Wajdą. W stulecie urodzin Mistrza Krystyna Zachwatowicz przygotowała w hołdzie mężowi retrospektywną wystawę „o człowieku w nieustannym ruchu, (który) przemieszczał się między miejscami, rolami i zadaniami”.

Dobrze jest czasem, narzekając na przeszkody w realizacji marzeń i ambicji, przyjrzeć się biografii postaci zapisanych na kartach historii. Najczęściej nie są to drogi usłane płatkami róż, ale raczej hartowane ich kółcami serca. Z biegiem lat, z biegiem dni nikogo nie obchodzi twórcza niemoc, a wszyscy zapamiętują wyłącznie wybijające się ponad przeciętność dzieła. Populistyczne hasła, pstryczki w nos, śmiech w twarz, zaciśnięte zęby, spuszczone oczy, przezroczyłość w grupie, pomijanie w zasługach, przemilczanie w dokumentach, cenzurowanie w fotoreportażach i kciuk opuszczony w mediach społecznościowych mogą niszczyć, ale nie są w stanie pokonać talentu. Ciągnęła migracją pozwoliła Wajdzie omijać trudności miejsca i czasu, dając zawsze pole do następnej aktywności, do kolejnej akcji. Podróże artystyczne były zaledwie wstępem do przekraczania granic państw, kultur i języków. Dzieje jego życia są więc przypowieścią o przemieszczaniu się, które nie było ucieczką, ale raczej metodą pracy w ruchu, pozwalającą na tworzenie wspólnej przestrzeni w sztuce, polityce i relacjach międzyludzkich.

W przedślonku muzeum przypadkowo spotkałem lekarzy i dentystów, którzy krakowski weekend także postanowili spędzić w otoczeniu notatek, szkicowników i zdjęć z Andrzejem Wajdą w roli głównej. Reżyser w 1987 r., po otrzymaniu

JAROSŁAW WANECKI
PEDIATRA, FELIETONISTA



Nagrody Kioto, postanowił zbudować Mangghę i umieścić tam zbiory kolekcjonerskie Feliksa Jasińskiego, zafascynowanego sztuką japońską. Dzięki temu ponad piętnaście tysięcy artefaktów z depozytu Muzeum Narodowego trafiło do bezpiecznych magazynów i galerii, w której są sukcesywnie pokazywane. Swoje półwiecze obchodziła tutaj Unia Polskich Pisarzy Lekarzy. Położenie nad brzegiem Wisły jest doskonałym miejscem do podziwiania panoramy Wzgórza Wawelskiego i wspomnień, które przechowują miłośnicy kina, teatru oraz ci, którzy obserwowali społeczno-polityczne zaangażowanie Wajdy w strajki sierpniowe i wybory czerwcowe. W pamięci osobistej zostały jednak przede wszystkim kadry filmowe i o nich właśnie chwilę rozmawialiśmy, zanim każdy indywidualnie podążył tropami pomysłów, projektów i realizacji Zespołu Filmowego „X”. W kierowanym przez Wajdę przedsiębiorstwie produkcyjnym obowiązywało przesłanie: „Musicie być zdolni, wydajni, energiczni, samodzielni... bo inaczej będziecie musieli się zapisać do partii i robić filmy na polecenie”. Zabrałem te słowa do domu.

Miesiąc wcześniej prowadziłem zebranie towarzystwa teatralnego, omawiając aktywności, które można byłoby zrealizować w Roku

Wajdy. Opowiedziałem też o łódzkim seansie zrekonstruowanej „Ziemi obiecanej” (1997) z udziałem niemal wszystkich aktorów arcydzieła, pozujących po projekcji do zbiorowego zdjęcia. Na okładce mojej kasety VHS podpisali się wtedy Wojciech Pszoniak, Daniel Olbrychski, Andrzej Seweryn i oczywiście Mistrz. Oto migawka bez większego znaczenia dla wielkich twórców, która posłużyła później do przełamania lodów w rozmowach. Byliśmy już nawet umówieni na wywiad z Panem Andrzejem do „Gazety Lekarskiej”, do którego ostatecznie nie doszło. Przy koktajlowym stoliku padła wówczas zapowiedź wymiany zdań o lekarzach, chorobach i cierpieniu. A tydzień temu nieprzypadkowo przecież, montując impresję 15. edycji konkursu „Przychodzi wena do lekarza”, zobaczyłem w pierwszym kadrze (2012) wchodzącego na galę w Teatrze ROMA Andrzeja Wajde.

Na ścianie Mangghi przeczytałem cytaty pasujące do wielu sytuacji na rozdrożu: „Wiem już, czego nie chcę, ale nie wiem jeszcze, czego chcę”. Metodą Wajdy na taki dylemat był ruch do przodu i tworzenie wspólnej, ale także wolnej przestrzeni debaty, sztuki i niekoniunkturalnych relacji. Kto jeszcze tego chce, gdy rozejrzemy się wokół? ●

PO GODZINACH

Nauczmy się żyć obok siebie

JAROSŁAW WANECKI

OŚRODEK KULTURY I DZIEDZICTWA HISTORYCZNEGO
NACZELNEJ IZBY LEKARSKIEJ

Po raz piętnasty wręczono nagrody Ogólnopolskiego Konkursu Literackiego „Przychodź wena do lekarza” im. Profesora Andrzeja Szczeklika. Statuetki akrobatów trafiły do zwycięzców w kategoriach poezji, prozy i do studentki z Paryża. Uroczystość połączono z finałem konkursu osób z niepełnosprawnościami „Słowa, dobrze, że jesteście”.



fot.: archiwum prywatne



fot.: fot. Konrad Obidziński

▲ Anna Dymna odbiera medal „Amicus Medicorum”

◀ Występ laureatek Festiwalu Zaczarowanej Piosenki

Gali w Teatrze im. Juliusza Słowackiego towarzyszyły dwa koncerty. W pierwszej części wystąpiły Kinga Wyległy i Aleksandra Nykiel, laureatki Festiwalu Zaczarowanej Piosenki, organizowanego przez Fundację „Mimo Wszystko” Anny Dymnej, oraz Krakowski Chór Lekarski pod dyrekcją Justyny Hanusiak. Po przerwie przeboje Piwnicy pod Baranami przypomnieli Beata Rybotycka, Joanna Pocica, Jacek Wójcicki i Janusz Radek.

Zgodnie z protokołem „Weny” w kategorii poezja zwyciężyła Joanna Matlachowska-Pala („Medytacja”, „Znaki”, „Wiosna”). Drugie miejsca zajęła Ewa Gluza („Rodzinny dom”, „Fotografie”, „Kto potrafi docenić życie”). Trzecia lokata przypadła Karolinie Furman-Kuklińskiej („Sosnowa igła”, „Szycie”, „Przywiązanie”). W kategorii prozy wygrała Anna Bronowicz („Dziennik z podróży do wnętrza czasu”). Na drugim stopniu podium stanęła Katarzyna Wierzbicka („Kobieta z lustra”), a na trzecim Joanna Czajkowska-Ślasko („Kamienica”). W kategorii studentów

pierwszą nagrodę otrzymała Anna Jankowska („Atlas anatomii niewidzialnej”), a wyróżnieni zostali: Stanisław Loks („Poczekalnia”), Michalina Ryńska („Złota nadzieja”) i Jakub Rewiuk („Jeszcze jeden test zegara”). Wszystkie prace „Medycyna Praktyczna” zebrała we wspólnym tomiku wraz z utworami konkursu dla osób z niepełnosprawnościami. Na scenie zwycięskie teksty przeczytali Małgorzata i Krzysztof Zawadzcy, aktorzy Narodowego Starego Teatru w Krakowie. Natomiast Tomasz Wysocki z Teatru im. Słowackiego przypomniał fragment eseju Andrzeja Szczeklika.

Podobnie jak w ubiegłym roku swoją nagrodę przyznał Bronisław Maj (profesor Akademii Sztuk Teatralnych, poeta i eszysta „Medycyny Praktycznej”), który wyróżnił sonety Joanny Czajkowskiej-Ślasko („Łódź”, „Florencja”, „Nowy Jork”). Koncert Krakowskiego Chóru Lekarskiego

zapowiedział profesor Waldemar Hładki, prezes Unii Polskich Pisarzy Lekarzy, odpowiadający za kulturę przy Krupniczej 11A.

Gala była okazją do przekazania w imieniu prezesa Łukasza Jankowskiego medalu „Amicus Medicorum” (Przyjaciel Lekarzy) Annie Dymnej, która nie mogła go odebrać osobiście podczas obrad XVII Krajowego Zjazdu Lekarzy w Jachrance. Dziękując, wzruszona aktorka podkreśliła, że „przez całe życie, lekarze ratują jej życie”.

Jubileuszowi towarzyszyły migawki przypominające piętnaście lat konkursu oraz wspólne wykonanie utworu „Nauczmy się żyć obok siebie” przez solistów, chórzystów i muzyków biorących udział w uroczystości. 16. edycja odbędzie się za rok, ale miejsce spotkania pozostaje zagadką ze względu na planowany remont sceny przy Placu Świętego Ducha 1. Do zobaczenia w maju 2027. Czas szybko płynie i może zastrzytać go tylko literatura. ●

PO GODZINACH – BŁĄD MALARSKI

Na smutno

Impresjonistów lubi każdy. Malują piękne w kolorze, bukoliczne sceny, zapraszają widza do pejzaży, w których chce się zamieszkać. Strategicznie rozkładają plamy roztańczonego światła, które chce się łowić spod łuków rond słomkowych kapeluszy. Piękne popołudnia, twarze zmiękzone pastelami, nawet cienie są tu kolorowe. Rzadko zdarza się coś na smutno. Chyba że u Degasa.



Edgar Degas, „W kawiarni”, 1875-1876, Muzeum Orsay, Paryż

Edgar Degas często sprzeciwiał się nazywaniu go impresjonistą, wolał myśleć o sobie w kategorii realista. Niemalże połowa jego dorobku twórczego to portrety baletnic, z których chyba najbardziej jest znany. Często powierzchownie postrzegane jako subtelne, impresjonistyczne portrety młodych tancerek, przedstawienia te kryją w sobie ciemniejszą stronę brutalnego nadużycia władzy patronów nad tancerkami. Jako realista właśnie od tych trudnych aspektów miejskiego życia w Paryżu XIX wieku Degas nie stronił.

Może najbardziej rozziewającym portretem ówczesnego miasta, jego spleenu, zmęczenia i nałogu, jest obraz Degasa „W kawiarni”. Scena przedstawia młodą kobietę przy stoliku. Obok niej wyraźnie znudzony mężczyzna rozgląda się na boki. Kobieta zdaje się zupełnie

AGATA MORKA
DOKTOR HISTORII SZTUKI



nieobecna. Spuściła ramiona, a jej półprzymknięte oczy pozbawione są życia. Przed parą stoją napełnione kieliszki. Płyn w kieliszku kobiety to absynt, alkohol sławny ze swej mocy, którego użycia we Francji zabroniono na początku XX wieku. Degas w tak przekonujący sposób uchwycił w tej parze objawy choroby alkoholowej, że w negatywny sposób wpłynął na reputację modeli, znanych paryskich artystów. Musieli oni wielokrotnie tłumaczyć opinii publicznej, że nie są alkoholikami.

Zgaszona paleta obrazu, skoncentrowana wokół zgaszonych brązów i niezdrowych żółcień, wzmacnia jeszcze ciężki nastrój obrazu. Nie ma tu roztańczonego światła, kolorowych cieni ani tak ukochanego przez impresjonistów świeżego powietrza. Zamiast tego Degas mistrzowsko maluje zaduch, bezsilność i chorobę. Maluje odważnymi pociągnięciami pędzla, zacierając sztywne kontury ubrań, mebli i odbić. Impresjonistycznie i na smutno. ●

Rozwiązanie zagadki z „GL” 5/26

Szczegóły różniące obrazy:

- Dodanie kolorowych pasów w prawym górnym rogu obrazu.**
Istnieje kilka obrazów Sherwood, na których używa ona barwnych pasów, wyglądających niczym próbnik kolorów.
- Usunięcie pęknięć farby z seledynowego elementu na brązowym tle w lewym dolnym rogu obrazu.**
Po wylewie zmienił się stosunek Sherwood do pęknięć farby. Przed wylewem uważała takie pęknięcia farby za dowód na słabą technikę malarską, po wylewie zaczęła podkreślać pęknięcia, używając ciemnej farby do wypełnienia szczelin.
- Usunięcie liter pod rysunkiem Cajala.**
Sherwood użyła w obrazie słynnego przedstawienia komórki Purkiniego, w oryginale opatrzone było literami.
- Zmiana koloru bordowego kształtu na żółty.**
Sherwood bardzo często używa w swoich obrazach żółcieni.



Obraz: Katherine Sherwood, „Zemsta Cajala”, 2007 r.

WSKAŹ ORYGINAŁ I ZNAJDŹ CZTERY SZCZEGÓŁY RÓŻNIĄCE OBRAZY.
Odpowiedź prześlij na bladmalarski@gazetalekarska.pl do 18 czerwca 2026 r.
W temacie maila należy wpisać GL06 oraz podać dane do kontaktu (imię i nazwisko, adres, telefon). Jedna osoba może przesłać jedną odpowiedź.

NAGRODZENI „GL” 5/26

Voucher do Hotelu Prezydent**** Medical SPA & Wellness w Krynicy-Zdroju otrzymuje Grzegorz Boryczka (Wojkowice)

Nagrody dodatkowe: Karol Bednarz (Lubenia), Radosław Łupkowski (Jasło), Filip Kowalik (Warszawa)

Dla jednej z osób, które prześlą prawidłowe odpowiedzi

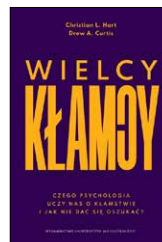
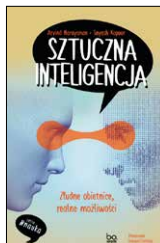
★★★★
HOTEL PREZYDENT
MEDICAL SPA & WELLNESS
HOTEL PRZYJAZNY DOROSŁYM

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 – CZYTELNIK

Ku pamięci medyków, którzy spoczęli na Rossie

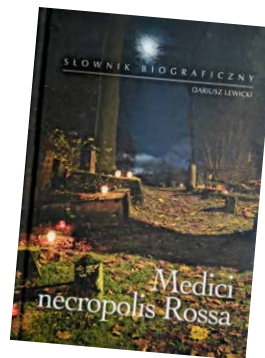
Będąc w Wilnie, nie sposób przejść obok zabytkowego Cmentarza na Rossie. Odwiedzenie tej jednej z najważniejszych polskich nekropolii narodowych jest po prostu obowiązkiem. Mając przy sobie publikację „Medici necropolis Rossa” autorstwa Dariusza Lewickiego, odnajdziemy groby spoczywających tam lekarzy, farmaceutów, weterynarzy i pielęgniarek.

Książka zawiera biogramy około 200 osób, co uświadamia, jak wielu zasłużonych medyków tu spoczęło na zawsze. Nagrobki zostały oznaczone na mapce, więc bez trudu można je odnaleźć. Taki nostalgiczny spacer to nie

tylko okazja do chwili refleksji i uczczenia pamięci, ale też znakomita lekcja historii medycyny.

Publikacja powstała z inicjatywy byłej prezes Warmińsko-Mazurskiej Izby Lekarskiej w Olsztynie Anny Lelli we współpracy ze Społecznym Komitetem Opieki nad Starą Rossą. Wydanie sfinansowała WMIL, która systematycznie wspiera renowację pomników nagrobnych lekarzy pochowanych na Rossie. (LS)

Dariusz Lewicki „Medici necropolis Rossa”



Więcej niż zegarek. Opowieść o ludziach, pasji i czasie

WoW – Watcher of Watches” Dariusza Chlastawy to publikacja, która wyraźnie wykracza poza schemat typowego albumu poświęconego luksusowym zegarkom. Autor nie tworzy katalogu prestiżowych marek ani przeglądu najdroższych modeli. Zamiast tego zaprasza czytelnika do świata współczesnego zegarmistrzostwa widzianego przez pryzmat ludzi, historii, emocji i idei, które stoją za mechanicznymi czasomierzami.

Książka prowadzi przez dzieje zegarmistrzostwa, ewolucję mechanizmów oraz narodziny legendarnych marek, jednocześnie pokazując, jak z biegiem lat zmieniało się postrzeganie luksusu i kolekcjonerstwa. Autor nie unika także trudniejszych tematów – analizuje wpływ marketingu na rynek, przygląda się mitom narosłym wokół najbardziej pożądanych modeli oraz stawia pytania o autentyczną wartość przedmiotów, które dla wielu stały się symbolem statusu i osobistej pasji.

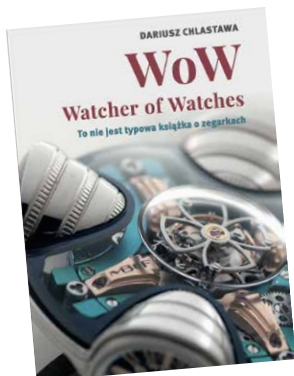
Szczególnym atutem publikacji są rozmowy przygotowane specjalnie na potrzeby projektu z przedstawicielami współczesnej branży – zarówno niezależnymi twórcami, jak i osobami współkształtującymi dzisiejszy rynek zegarków

mechanicznych. Dzięki temu „WoW – Watcher of Watches” nie jest jedynie książką o zegarkach, ale przede wszystkim o ludziach i ich fascynacji precyzją, rzemiosłem oraz upływającym czasem.

Wiarygodność publikacji wzmacnia doświadczenie autora. Dariusz Chlastawa od ponad dwóch dekad aktywnie uczestniczy w życiu środowiska zegarmistrzowskiego jako kolekcjoner, obserwator rynku i był wieloletni prezes Klubu Miłośników Zegarów i Zegarków. Jego znajomość branży oraz kontakty z przedstawicielami najważniejszych światowych marek pozwalają spojrzeć na ten świat z perspektywy niedostępnej dla przeciętnego odbiorcy.

Premiera książki zaplanowana jest na 21 czerwca 2026 r. Pierwsze wydanie ukaże się w limitowanej, kolekcjonerskiej serii liczącej zaledwie 360 egzemplarzy (wowbook.pl), co dodatkowo podkreśla wyjątkowy charakter projektu. „WoW – Watcher of Watches” zainteresuje nie tylko miłośników zegarków, ale wszystkich czytelników, którzy cenią dobrze opowiedziane historie o pasji, rzemiosle i przedmiotach mających własną duszę. (awa)

Dariusz Chlastawa, „Wow Watcher of Watches”



Na podstawie art. 39 ust. 1 pkt 6 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2021 r. poz. 1342) uchwała się, co następuje:

§ 1.

Przedstawia się XVII Krajowemu Zjazdowi Lekarzy projekt uchwały w sprawie programu samorządu lekarskiego na lata 2026-2030.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ PREZES
Grzegorz Wrona Łukasz Jankowski

**UCHWAŁA NR 20/26/IX
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
Z 24 KWIETNIA 2026 R.**

zminiająca uchwałę w sprawie projektu programu XVII Krajowego Zjazdu Lekarzy

Na podstawie art. 37 ust. 3 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (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.

W uchwale 11/26/IX Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 27 marca 2026 roku, załącznik do uchwały otrzymuje brzmienie określone w załączniku do niniejszej uchwały.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ PREZES
Grzegorz Wrona Łukasz Jankowski

**UCHWAŁA NR 21/26/IX
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
Z 24 KWIETNIA 2026 R.**

w sprawie wyrażenia zgody na realizację projektu pn. „Ogólnopolski program rozwoju kompetencji medycznych personelu lekarskiego” oraz zawarcie umowy o dofinansowanie projektu w ramach programu Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego 2021-2027

Na podstawie art. 39 ust. 1 pkt 4 w zw. z art. 5 pkt 23 i art. 40 ust. 4 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 roku o izbach lekarskich (Dz. U. z 2021 r. poz. 1342) uchwała się, co następuje:

§ 1.

Wyraża się zgodę na realizację przez Naczelną Izbę Lekarską projektu pn. „Ogólnopolski program rozwoju kompetencji medycznych personelu lekarskiego” w ramach programu Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego 2021-2027 (FERS) współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus z kwotą przyznanego dofinansowania wynoszącą 12.747.645,33 złotych.

§ 2.

Wyraża się zgodę na przeznaczenie środków finansowych stanowiących wkład własny na realizację projektu, o którym mowa w § 1, w wysokości 394.257,07 złotych (słownie: trzysta dziewięćdziesiąt cztery tysiące dwieście pięćdziesiąt siedem złotych 07/100), co stanowi 3% całkowitych kosztów kwalifikowalnych projektu, zgodnie z wymogami określonymi przez instytucję pośredniczącą.

§ 3.

1. Upoważnia się Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej oraz Skarbnika Naczelnej Rady Lekarskiej do zawarcia z Ministrem Zdrowia, pełniącym funkcję instytucji pośredniczącej, umowy o dofinansowanie projektu pn. „Ogólnopolski program rozwoju kompetencji medycznych personelu lekarskiego” w ramach programu Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego 2021-2027.

2. Upoważnia się Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej oraz Skarbnika Naczelnej Rady Lekarskiej do ustanowienia zabezpieczenia prawidłowej realizacji umowy o dofinansowanie projektu pn. „Ogólnopolski program rozwoju kompetencji medycznych personelu lekarskiego” w ramach programu Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego 2021-2027 współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus, w szczególności do podpisania w imieniu Naczelnej Izby Lekarskiej weksła in blanco wraz z deklaracją wekslową.

3. Upoważnia się Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej do wyznaczenia koordynatora projektu oraz do podejmowania decyzji w sprawie zawierania umów i zaciągania zobowiązań niezbędnych do realizacji umowy o dofinansowanie projektu pn. „Ogólnopolski program rozwoju kompetencji medycznych personelu lekarskiego”.

4. Upoważnia się Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej oraz Skarbnika Naczelnej Rady Lekarskiej do podpisania wymaganych dokumentów celem realizacji projektu, o którym mowa w § 1, po ich uprzedniej weryfikacji pod kątem prawnym i finansowym.

§ 4

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ PREZES
Grzegorz Wrona Łukasz Jankowski

**UCHWAŁA NR 22/26/IX
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
Z 24 KWIETNIA 2026 R.**

w sprawie upoważnienia do zawarcia aneksu do umowy współpracy w zakresie druku

Na podstawie art. 39 ust. 1 pkt 18 oraz art. 39 ust. 1 pkt 4 w zw. z art. 5 pkt 23 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz.U. z 2021 r. poz. 1342) uchwała się, co następuje:

§ 1.

Upoważnia się Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej – Łukasza Jankowskiego oraz Skarbnika Naczelnej Rady Lekarskiej – Grzegorza Mazura do zawarcia aneksu do umowy współpracy w zakresie druku z firmą Eurodruk – Poznań sp. z o.o. siedzibą w Tarnowie Podgórnym (62-080), ul. Wierzbowa 17/29, NIP: 525-23-80-855 dotyczącego zasad współpracy w zakresie cen druku.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ PREZES
Grzegorz Wrona Łukasz Jankowski

**UCHWAŁA NR 23/26/IX
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
Z 24 KWIETNIA 2026 R.**

w sprawie zmiany uchwały w sprawie szczegółowego trybu postępowania w sprawach przyznawania prawa wykonywania zawodu lekarza i lekarza dentystry oraz prowadzenia rejestru lekarzy i lekarzy dentystrów

Na podstawie art. 8 ust. 2 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz. U. z 2026 r. poz. 37) i art. 5 pkt 3, 4, 6 i 11 oraz art. 6, 7 i 49 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2021 r. poz. 1342) uchwała się, co następuje:

§ 1.

1. W uchwale Nr 1/17/VII Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 13 stycznia 2017 r. w sprawie szczegółowego trybu postępowania w sprawach przyznawania prawa wykonywania zawodu lekarza i lekarza dentystry oraz prowadzenia rejestru lekarzy

i lekarzy dentyistów, zmienionej uchwałą Nr 7/18/VIII z dnia 31 sierpnia 2018 r., Nr 23/19/VIII z dnia 31 maja 2019 r., Nr 34/19/VIII z dnia 18 października 2019 r., Nr 22/20/VIII z dnia 11 grudnia 2020 r., Nr 1/21/VIII z dnia 29 stycznia 2021 r., Nr 9/21/VIII z 16 kwietnia 2021 r., Nr 19/21/VIII z 3 września 2021 r., Nr 30/21/VIII z 30 grudnia 2021 r., Nr 1/22/VIII z 28 stycznia 2022 r. i Nr 13/22/VIII z 8 kwietnia 2022 r. wprowadza się następujące zmiany:

(...)

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ

Grzegorz Wrona

PREZES

Lukasz Jankowski

STANOWISKO NR 3/26/IX NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ Z DNIA 24 KWIETNIA 2026 R.

w sprawie projektu ustawy o biegłych sądowych oraz instytucjach opiniujących

Naczelna Rada Lekarska po zapoznaniu się z projektem ustawy o biegłych sądowych oraz instytucjach opiniujących, przekazanych przy piśmie Sekretarza Stanu w Ministerstwie Sprawiedliwości Arkadiusza Myrchy z dnia 2 kwietnia 2026 roku (znak: DL-VI.464.1.2024), zgłasza następujące uwagi:

Samorząd lekarski dostrzega potrzebę stworzenia nowej, kompleksowej regulacji określającej tryb powoływania biegłych sądowych, zasady wykonywania czynności biegłego sądowego i wydawania opinii przez instytucje naukowe lub specjalistyczne w postępowaniach prowadzonych na podstawie ustaw. Celem przyjmowanych unormowań prawnych powinno być stworzenie realnych szans na pozyskanie dla potrzeb organów wymiaru sprawiedliwości większej liczby biegłych z zakresu medycyny, posiadających odpowiednio wysokie kompetencje zawodowe i etyczne. W ocenie Naczelnej Rady Lekarskiej rozwiązania zaproponowane w projekcie opinionej ustawy nie przyczynią się niestety do zwiększenia atrakcyjności wykonywania funkcji biegłego sądowego z zakresu medycyny, a wręcz przeciwnie - stworzą dodatkowe bariery dostępu do wykonywania tej funkcji.

W projekcie ustawy przyjęto szereg rozwiązań formalnych i administracyjnych związanych z procedurą ubiegania się i uzyskiwania statusu biegłego sądowego, procedury te w połączeniu z dodatkowymi

obowiązkami nakładanymi na biegłych o charakterze biurokratycznym (np. obowiązek prowadzenia i przechowywanie dokumentacji dotyczących wydawanych opinii - art. 68 projektu ustawy) z całą pewnością będą zniechęcały wysoko wykwalifikowanych lekarzy, szczególnie wybitnych specjalistów w swoich dziedzinach, do ubiegania się o status biegłego sądowego. Utrwali to dotychczasową, niekorzystną dla organów wymiaru sprawiedliwości i stron postępowania sytuację, w której pozyskanie biegłego z niektórych dziedzin medycyny nadal będzie trudne lub prawie niemożliwe. Zbytne skomplikowanie procedury uzyskiwania certyfikatu biegłego sądowego w przypadku lekarzy spowoduje dalszy spadek liczby biegłych z zakresu medycyny. Należy mieć świadomość, że obserwowany obecnie odpływ biegłych sądowych z zakresu medycyny nie wynika z braku lekarzy posiadających specjalizacje lekarskie, lecz jest spowodowany świadomymi decyzjami doświadczonych stażem zawodowym lekarzy o zrezygnowaniu z pełnienia funkcji biegłego. (...)

SEKRETARZ

Grzegorz Wrona

PREZES

Lukasz Jankowski

STANOWISKO NR 4/26/IX NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ Z DNIA 24 KWIETNIA 2026 R.

w sprawie wykonywania zawodu przez osoby posiadające warunkowe prawo wykonywania zawodu lekarza w formie indywidualnej praktyki lekarskiej

W ocenie Naczelnej Rady Lekarskiej warunkowe prawo wykonywania zawodu, przyznane na podstawie art. 7 ust. 9 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentyisty albo art. 61 ust. 1 ustawy z dnia 12 marca 2022 r. o pomocy obywatelom Ukrainy w związku z konfliktem zbrojnym na terytorium tego państwa nie uprawnia lekarza do wykonywania zawodu w formie indywidualnej praktyki lekarskiej, w tym także indywidualnej praktyki lekarskiej wyłącznie w zakładzie leczniczym na podstawie umowy z podmiotem leczniczym prowadzącym ten zakład.

W art. 18 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej wskazane zostały warunki, jakie obowiązany jest spełnić lekarz ubiegający się o wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą (dalej: RPWDL) w formie indywidualnej praktyki lekarskiej. Zgodnie z tym przepisem dla uzyskania wpisu indywidualnej praktyki lekarskiej

do RPWDL lekarz jest obowiązany spełniać m.in. następujące warunki:

- 1) posiadać prawo wykonywania zawodu;
 - 2) nie może być:
 - a) zawieszony w prawie wykonywania zawodu ani ograniczony w wykonywaniu określonych czynności medycznych na podstawie przepisów o zawodach lekarza i lekarza dentyisty lub przepisów o izbach lekarskich,
 - b) ukarany karą zawieszenia prawa wykonywania zawodu,
 - c) pozbawiony możliwości wykonywania zawodu prawomocnym orzeczeniem sądu albo zakazu wykonywania zawodu albo zawieszony w wykonywaniu zawodu zastosowanym środkiem zapobiegawczym.
- Powyższe warunki obowiązują także - na mocy art. 18 ust. 4 ustawy o działalności leczniczej - dla uzyskania wpisu do RPWDL indywidualnej praktyki lekarskiej wyłącznie w zakładzie leczniczym na podstawie umowy z podmiotem leczniczym prowadzącym ten zakład.

Naczelna Rada Lekarska uważa, że dla wykładni wskazanego w art. 18 ust. 1 pkt 1 ustawy o działalności leczniczej wymogu posiadania „prawa wykonywania zawodu”, konieczne jest uwzględnienie brzmienia art. 5 pkt 3-3c ustawy o izbach lekarskich, z którego wynika, że do zadań izby lekarskiej należy:

- przyznawanie prawa wykonywania zawodu (art. 5 pkt 3 ustawy);
 - przyznawanie prawa wykonywania zawodu na określony zakres czynności zawodowych, czas i miejsce zatrudnienia w podmiocie leczniczym (art. 5 pkt. 3a ustawy);
 - przyznawanie warunkowego prawa wykonywania zawodu (art. 5 pkt. 3b ustawy);
 - przyznawanie warunkowego prawa wykonywania zawodu pod nadzorem odpowiednio lekarza albo lekarza dentyisty posiadającego specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty (art. 5 pkt. 3c ustawy).
- Ustawa o izbach lekarskich wyraźnie odróżnia prawo wykonywania zawodu od warunkowego prawa wykonywania zawodu. Już z tej przyczyny należy przyjąć, że wskazany w art. 18 ust. 1 pkt 1 ustawy o działalności leczniczej wymóg posiadania prawa wykonywania zawodu nie jest spełniony w przypadku, gdy lekarz posiada warunkowe prawo wykonywania zawodu.

(...)

SEKRETARZ

Grzegorz Wrona

PREZES

Lukasz Jankowski

Pełna treść uchwał oraz stanowiska NRL dostępne na www.nil.org.pl

Ogłoszenia

PRACA/ZATRUDNIĘ

Zatrudnię lekarzy do NPL w Ciechanowie, Włocławku, Koninie. Stawka od 150 do 250 zł/h. Tel 791-064-515

Niemcy oferty pracy, specjalizacje www.pro-medicus.org +48602813298

Zakład Ubezpieczeń Spotecznych Oddział w Elblągu poszukuje osoby na stanowisko LEKARZA ORZECZNIKA ZAKŁADU (k/m) CO MOŻEMY CI ZAOFEROWAĆ? Zatrudnienie na umowę o pracę: trzynastkę, premię kwartalną, indywidualne nagrody, dodatek stażowy, nagrody jubileuszowe, Wymiar etatu dopasowany do Twoich potrzeb, Zapewniamy wiele możliwości: świadczenie pracy w Elblągu lub Ostródzie przydział asystenta przy wykonywaniu zadań, ustalenie indywidualnego czasu pracy, zatrudnienie w niepełnym wymiarze czasu pracy rozwój zawodowy (udział w szkoleniach, seminariach, dodatkowy urlop szkoleniowy). Oferujemy pakiet socjalny: wczasy pod gruszą, dofinansowanie działalności kulturalno-oświatowej i sportowo-rekreacyjnej, dofinansowanie do żłobka, przedszkola, atrakcyjne pakiety ubezpieczeń zdrowotnych oraz na życie w PZU, pracownicze plany kapitałowe, badania profilaktyczne Gwarantujemy miłą i przyjazną atmosferę pracy oraz wysokie standardy pracy. CZYM BĘDZIESZ SIĘ ZAJMOWAŁ? Twoim zadaniem będzie wydawanie orzeczeń na podstawie udostępnionej dokumentacji medycznej przy wsparciu asystenta medycznego. ZAPRASZAMY LEKARZY POSIADAJĄCYCH: specjalizację II stopnia, umiejętność obsługi komputera. Osoby zainteresowane prosimy o kontakt: Agata Skwira: agata.skwira@zus.pl, nr tel. 55 641 92 02, kom. 502 009 971, Anna Ziemba anna.ziemba@zus.pl, nr tel. 55 641 93 56, kom. 502 009 986 ub osobiście w Oddziale w Elblągu ul. Teatralna 4

SPWSzS w Chelmie zatrudni lekarzy wszystkich specjalizacji. Kontakt: 825623223

WSPÓŁPRACA DLA LEKARZY Firma zajmująca się sprzedażą sprzętu rehabilitacyjno-ortopedycznego nawiąże współpracę z lekarzami specjalistami w zakresie ortopedii, neurologii oraz rehabilitacji medycznej. Forma współpracy: telekonsultacje lub wideokonsultacje dla osób dorosłych. Kontakt: tel. 795 077 020 e-mail: biuro@ortlife.pl Więcej informacji: www.ortlife.pl lub fb [ortlife.pl](https://www.facebook.com/ortlife.pl) Sanatorium Uzdrawiskowe w Szczawnicy zatrudni Specjalistę Balneologa lub Specjalistę Rehabilitacji

Medycznej lub Lekarza ze specjalizacją I stopnia w dziedzinie chorób wewnętrznych. Oferujemy: atrakcyjne wynagrodzenie, zakwaterowanie na miejscu, pełne wyżywienie, stabilne warunki zatrudnienia, przyjazną atmosferę pracy. Kontakt 669 371 714

Przychodnia NEW LIFE MEDICAL w Gdańsku, ul. Angielska Grobla zatrudni lekarza psychiatrę. Zapraszamy do kontaktu! repcja@newlifemedical.pl, 881-191-191

Zatrudnimy lekarzy wszystkich specjalizacji DO REALIZACJI OPINII ZAOGZNYCH. Praca zdalna, kontrakt B2B, elastyczny grafik, wymagany tytuł specjalisty. Zapraszamy do kontaktu: praca@mentax.pl

WSS Nr 3 w Rybniku zatrudni lekarzy specjalistów w dziedzinie: 1. chorób wewnętrznych 2. dermatologii i wenerologii 3. chirurgii ogólnej Adres e-mail: sekretariat@szpital.rybnik.pl kontakt telefoniczny: 32 / 429 1264

Szpital Wojewódzki im. dr. Ludwika Rydygiera w Suwałkach zatrudni: Chirurga ogólnego; Chirurga dziecięcego; Laryngologa; Dermatologa; Reumatologa; Gastrologa; Diabetologa; Radiologa; Internistę. Kontakt tel. 875629416, 504118883, email: wjwodzki@szpital.suwalki.pl lub a.falkowska@szpital.suwalki.pl

NZOZ Multi-Medyk sp.z o.o. z siedzibą we Wrocławiu nawiąże współpracę ze specjalistą chirurgii urazowo-ortopedycznej w zakresie udzielania świadczeń medycznych w ramach kontraktu z NFZ. Kontakt: sekretariat@multi-medyk.pl lub tel. 71 321 64 98

SPZOZ w Prażmowie zatrudni lekarza rodzinnego, pediatrę oraz internistę do pracy w ramach POZ. kontakt: ewa.jelonok@zozprazmow.pl 660-610-720

OFERTA DLA LEKARZY CENIĄCYCH STABILNOŚĆ I RÓWNOWAGĘ. SZPITAL PSYCHIATRYCZNY SPZOZ W WĘGORZEWIE zaprasza do współpracy: lekarzy specjalistów psychiatrii; lekarzy specjalistów chorób wewnętrznych; lekarzy w trakcie specjalizacji. Oferujemy: stabilne warunki pracy i elastyczne formy zatrudnienia (etat / kontrakt); atrakcyjne wynagrodzenie i przejrzyste stawki dyżurowe; wsparcie organizacyjne oraz pracę w doświadczonym zespole terapeutycznym; możliwość pracy w różnych zakresach świadczeń (oddziały, izba przyjęć, terapia uzależnień, poradnie); możliwość uwzględnienia preferencji lekarza; możliwość wsparcia w znalezieniu zakwaterowania. Zakres działalności obejmuje: psychiatrę dorosłych, detoksykację alkoholową, opiekę długoterminową psychiatryczną (ZOLP)

oraz kompleksową terapię uzależnień, w tym działalność Wojewódzkiego Ośrodka Terapii Uzależnienia od Alkoholu i Współuzależnienia, a także poradnie zdrowia psychicznego i poradnie terapii uzależnień. U nas lekarz ma czas na pacjenta. Mazury – tu chce się żyć. Kontakt: tel. 799097274/874270124, e-mail: dyrektor@szpitalpsychiatrycznywegorzewo.pl

Stacja Pogotowia Ratunkowego SPZOZ w Białej Podlaskiej zatrudni LEKARZY SYSTEMU W ZESPOŁACH RATOWNICTWA MEDYCZNEGO „S”. Kontakt: 83 343 40 68 wew. 33 i 36.

Wielospecjalistyczna Przychodnia w Ciechocinku zatrudni lekarz/lekarza POZ oraz o specjalizacji z endokrynologii. Tel. 516593241

Szpital Wojewódzki w Opolu sp. z o.o. zatrudni lekarza (K/M) ze specjalizacją z chorób wewnętrznych, gastroenterologii lub w trakcie specjalizacji z gastroenterologii oraz specjalizacji z nefrologii lub w trakcie specjalizacji z nefrologii. Forma zatrudnienia do uzgodnienia. Adres e-mail: rekrutacja@szpital.opole.pl, kontakt telefoniczny 77 443 3100.

Zatrudnię lekarza do pracy w POZ w Suszu (warmińsko-mazurskie). Kontakt: e-mail: medyk.susz@idsl.p.l tel. 695-407-392

Oddział Regionalny KRUS w Warszawie zatrudni: Lekarzy Regionalnych Inspektorów Orzecznictwa Lekarskiego Forma zatrudnienia: umowa o pracę Miejsce wykonywania pracy: Warszawa, Radom Lekarza specjalistę psychiatrę – konsultanta Forma zatrudnienia: umowa zlecenie Lekarza specjalistę neurologa – konsultanta Forma zatrudnienia: umowa zlecenie Szczegółowe informacje na stronie www.krus.gov.pl

Zatrudnię lekarza do pracy w trakcie specjalizacji w POZ w Pleszewie lub w Poznaniu. Możliwość mieszkania. Telefon 512533813, 510 360 586

SWPSzS w Chelmie poszukuje lekarzy specjalistów w dziedzinach: dermatologia, choroby wewnętrzne lub dziedziny pokrewne, choroby zakaźne, neurologia, urologia, pediatria, medycyna ratunkowa, psychiatria oraz lekarzy specjalistów na stanowiska kierownicze: Kierownik Oddziału Dermatologicznego, Kierownik Oddziału Obserwacyjno – Zakaźnego, Kierownik Szpitalnego Oddziału Ratunkowego. Kontakt pod numerem telefonu: 825623224

ZPOZ w Grajewie zatrudni lekarza medycyny rodzinnej, mieszkanie służbowe, dopłata za dojazd. Kontakt: 86 272 25 18, 690 203 510, sekretariat@zpozgrajewo.pl

UWAGA: Uprzejmie informujemy, że ogłoszenia do „Gazety Lekarskiej” przyjmujemy drogą elektroniczną: ogloszenia@gazetalekarska.pl. Ostateczny termin przysyłania zamówień do numeru 7-8/2026 upływa 20 czerwca 2026. Warunkiem zamieszczenia ogłoszenia jest dołączenie do zamówienia dowodu wpłaty. Kontakt: 698-297-739

Cennik ogłoszeniowy: Zatrudnię lekarza, drobne: 23 PLN za słowo + VAT 23%. Wyróżnione: 29 PLN za słowo + VAT 23%. Konto Nr IBAN: PL 47 1240 1109 1111 0000 0516 2660. Wpłaty dokonane na inne konto niż podane nie będą uwzględniane.

Poradnia Lekarza Rodzinnego Instytutu Psychoedukacji nawiąże współpracę z lekarzem rodzinnym/ POZ spełniającym kryteria uprawniające do przyjmowania deklaracji. Miejsce pracy: Poznań, ul. Unii Lubelskiej 1. Nr 536227194

Poradnia Neurologiczna Instytutu Psychoedukacji nawiąże współpracę z Neurologiem. Miejsce pracy: Poznań, ul. Bystra 7. Realizacja świadczeń w ramach kontraktu z NFZ. Nr. 536227194

Centrum Stomatologiczne w Lubaniu zatrudni lekarza dentystę. Zapewniamy mieszkanie. tel.790258392

TY LECZYSZ, MY ZAJMUJEMY SIĘ RESZTĄ. Gabinety premium w Śląskim Centrum Medycznym w Gliwicach. Gotowe do pracy. Elastyczny wynajem. Recepcja i profesjonalne zaplecze. 509 388 883, biuro@scmgliwice.pl

ZUS Oddział w Zielonej Górze poszukuje do pracy Lekarzy Orzeczników Zakładu. Możliwość wsparcia asystenckiego w realizacji zadań. Więcej informacji na stronie www.zus.pl/praca lub pod nr tel. 68 4559026.

ZATRUDNIMY SPECJALISTĘ MEDYCYNY RODZINNEJ DO PRACY W POZ W PAWŁOWICACH (ŚLĄSKIE). KONTAKT: remedium2001@poczta.onet.pl. TEL: 324721853

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Bielsku Podlaskim zatrudni lekarzy specjalistów w dziedzinie: chorób wewnętrznych; medycyny rodzinnej; radiologii i diagnostyki obrazowej; chirurgii; położnictwa

i ginekologii; medycyny ratunkowej; chorób zakaźnych; rehabilitacji; chorób płuc; anestezjologii i intensywnej terapii; lekarzy do pracy w ZOL; lekarzy do pracy w ambulatorium; koordynatora oddziału wewnętrznego. Warunki współpracy do uzgodnienia. Kontakt: 85 833 43 86 lub 85 833 43 09, e-mail: kadry@spozz-bielsk.pl

OGŁOSZENIA DROBNE

Wynajmę przychodnię w Poznaniu przystosowaną na gabinety lekarskie POZ, AOS, a także na gabinety zabiegowe urologia, ginekologia, okulistyka i inne. Telefon 516798071

Rodzinna firma lekarska kupi przychodnię POZ na terenie całego kraju tel.691484152

Kupię placówkę POZ z kontraktem NFZ. Wielkopolska/ Łódzkie. Tel. 791-064-515

Akredytacje i reakredytacje do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego (przygotowanie wniosku i doradztwo) oraz rozliczanie rezydenta (SIR/SMK) - www.medutools.pl, + 48 603 187 718

Na sprzedaż wysokiej klasy, w pełni funkcjonująca placówka medyczna: prywatny szpital oraz POZ z aktywną listą ponad 4 tys. pacjentów. Dębowiec k. Zamościa. Nowoczesny obiekt z pełnym wyposażeniem, blokiem operacyjnym, diagnostyką, 4 pokojami VIP oraz punktem aptecznym. Zakres działalności: chirurgia ogólna, ortopedia, chirurgia naczyniowa, neurochirurgia, ginekologia. Możliwość przejścia personelu. Cena do uzgodnienia. Kontakt: wimed@op.pl, www.wimed-debowiec.pl

Zjazdy koleżeńskie

12.06. 2027 ROKU W HOTELU OSSA ORGANIZUJEMY JUBILEUSZ 40-LECIA WRĘCZENIA DYPLOMÓW WARSZAWSKIEJ AKADEMII MEDYCZNEJ PIERWSZEGO I DRUGIEGO WYDZIAŁU LEKARSKIEGO.

Osoby, które chciałyby uczestniczyć w tym wydarzeniu proszone są o przekazanie tej informacji do kolegi Dariusza Kłosa, numer telefonu 602 476 963, adres mailowy drklos@wp.pl. W sobotę wieczorem zorganizowana zostanie impreza towarzyska, oferta obejmuje również nocleg ze śniadaniem z soboty na niedzielę oraz bezpłatne miejsca parkingowe na terenie obiektu. Możliwy jest pobyt ze zwierzęciem oraz przybycie do hotelu już w piątek, przy czym koszt dodatkowego noclegu i posiłków w tym dniu i w sobotę rano będzie pokrywany indywidualnie przez osoby, które planują przedłużyć pobyt. Do wyboru są pokoje jedno lub dwuosobowe. Będzie nam bardzo miło zobaczyć się z Wami ponownie po 40 latach. Dalsze informacje zostaną przekazane po przygotowaniu listy chętnych. Listę osób chętnych ze względu na konieczność opłacenia imprezy i podpisanie umowy z hotelem musimy zamknąć do 20.06.2026. Jeżeli macie kontakt z innymi osobami z naszego roku, uprzejmie proszę o przekazanie im tej informacji z podaniem danych kontaktowych do Dariusza Kłosa.

Czekamy na Was w Ossie! Komitet Organizacyjny Jubileuszu:
Prof. dr hab. n. med. Rafał Krenke
Prof. dr hab. n. med. Kazimierz Niemczyk
Prof. dr hab. n. med. Andrzej Cieszanowski
Prof. dr. hab. n. med. Ireneusz Nawrot
Dr. n. med. Katarzyna Kierul lek. med. lek. stom,
Dariusz Kłos ●

Wyrazy współczucia

*kochanej Agnieszce Kasprzyk-Tryk
z powodu śmierci mamy.*

*Przyjaciele z Oddziału Otolaryngologicznego szpitala
im. Mikołaja Kopernika w Gdańsku*

Podziękowania

Z całego serca pragnę wyrazić moją najgłębszą wdzięczność dwóm wybitnym lekarzom: dr. Andrzejowi Zielińskiemu, chirurgowi naczyniowemu z Kliniki Leczenia Żyłaków Kończyn Dolnych w Sopocie oraz dr. Jerzemu Ropelowi, kierownikowi Oddziału Chirurgii Ogólnej Powiatowego Szpitala w Kartuzach im. dr. A. Majkowskiego.

Dzięki Państwa profesjonalizmowi, ogromnemu zaangażowaniu, cierpliwości oraz pełnemu empatii podejściu moja mama odzyskała zdrowie i nadzieję po wielu latach cierpienia. To, co dla innych wydawało się niemożliwe, Państwu udało się osiągnąć dzięki wiedzy, determinacji i prawdziwie ludzkiej postawie.

Państwa pomoc była dla naszej rodziny bezcenna i na zawsze pozostanie w naszej pamięci.

*Z wyrazami najwyższego szacunku i wdzięczności
córka pacjentki*

