



LEX SZARLATAN

POLITYKA

SKANDAL
W WARSZAWSKIM
SZPITALU. ZAROBKI
NA CELOWNIKU RZĄDU

STOMATOLOGIA

STAŻ PODYPLOMOWY
POD NOŻEM
MINISTERSTWA
ZDROWIA

PRAWO

DOKUMENTACJA
MEDYCZNA. JAKIE
UCHYBIENIA PROWADZĄ
DO PROBLEMÓW

SAMORZĄD

PO WYBORACH
CZAS NA DZIAŁANIE.
PRIORYTETY NA LATA
2026–2030

Politycy w pogoni za króliczkiem

ŁUKASZ JANKOWSKI
PREZES NACZELNEJ RADY
LEKARSKIEJ



Emocje po Krajowym Zjeździe Lekarzy powoli opadają. W miesiącach wakacyjnych zarówno w samorządzie, jak i w całej ochronie zdrowia miało być spokojniej. Miało być, ale nie jest. Sprawa 28-letniego radnego partii rządzącej, a jednocześnie lekarza pełniącego funkcję koordynatora SOR, rozpałała opinię publiczną. Dotyczy ona niemal wyłącznie nagradzania politycznych zasług partyjnego działacza i przywilejów władzy, ale została użyta przez rządzących do wskazania grupy zawodowej „winniej” całej sprawie – lekarzy.

Z dużą siłą wybuchły emocje związane z naszymi wynagrodzeniami. Zamiast wyjaśnienia sprawy i – jeśli doszło do przestępstwa – postawienia zarzutów i rozliczenia winnych, zaproponowano medialną nagonkę, wręcz publiczny lincz na oskarżonym, rozszerzony następnie na całą naszą grupę zawodową. Nie bronię tu radnego, którego zachowania przyczyniły się do dużych strat wizerunkowych dla całego naszego środowiska. Widzę jednak, jak cała sprowokowana przez niego, a następnie użyta przez polityków afera odbiła się w dramatyczny sposób na relacji lekarz–pacjent i stosunku pacjentów do nas. Widzę, w jakiej sytuacji znalazł się – nie ze swojej winy – personel Szpitala Południowego w Warszawie, który mierzy się z pytaniami żądnych sensacji dziennikarzy i medialnymi rajdami posłów próbujących zbić kapitał polityczny na aferze.

Nikt nie mówi o tym, że o ile radny naraził finanse szpitala, o tyle działania polityków doprowadziły do pogorszenia opieki nad pacjentami. Zła atmosfera sprawia, że brakuje chętnych do pracy i dyżurowania w szpitalnym SOR. Politycy jednak się tym nie przejmują. Działają

celowo, a aura skandalu towarzysząca zarobkom lekarzy ma służyć tylko jednemu: przeniesieniu odpowiedzialności za niewydolność systemu z polityków na lekarzy.

Jeszcze pod koniec 2025 r. na posiedzeniu NRL minister zdrowia deklarowała, że zarobki lekarzy nie są powodem problemów w systemie. Rządzący mają więc tego świadomość. Cynicznie inspirują i wykorzystują medialne doniesienia o konkretnych osobach zarabiających duże kwoty. Próbuje się też stworzyć wrażenie, że lekarze, przepraszam za obrazowe porównanie, przyjeżdżają pod szpitale ciężarówkami, na które ładują w nocy pieniądze, i odjeżdżają. Mówi się o „drenowaniu systemu” i „pazernych lekarzach”, przedstawiając naszą grupę niemalże jak złodziei.

Nie mam złudzeń, że teatr z wynagrodzeniami lekarzy będzie trwał. Nikomu z polityków nie zależy dziś nawet na pozornym rozwiązaniu problemu, który sami stworzyli. Łatwiej wciąż sprawiać wrażenie, że lekarze są winni. I to „gonienie króliczka” będzie trwało, bo oplaca się partii władzy. Temu ma też służyć napisana na kolanie ustawa o wynagrodzeniach i PESEL, która na sejmowych korytarzach nazywana jest „lex Kacprzyk”.

Skandalem jest to, że ustawa, która bezpośrednio dotyczy danych osobowych, nie została nawet przesłana do konsultacji z Prezesem Urzędu Ochrony Danych Osobowych. Mechanizm jest tu zrozumiały – rządzący, projektując ustawę niezgodną z szeregiem obowiązujących już ustaw, przepisami RODO, a nawet Konstytucją RP (np.

art. 51 ust. 2 Konstytucji RP, który stanowi, że „Władze publiczne nie mogą pozyskiwać, gromadzić i udostępniać innych informacji o obywatelach niż niezbędne w demokratycznym państwie prawnym”), woleli nie konsultować jej z organem, który wytknąłby im te niezgodności. Nie odbyły się również żadne konsultacje publiczne.

Samorząd na każdym etapie procesu legislacyjnego składa poprawki i zabiega o zmiany w tej szkodliwej ustawie. Przekonujemy też inne grupy zawodowe, że zaczyna się dziś od nas, ale projektowany mechanizm obejścia ochrony danych i zbierania ich dla celów określonych przez resort można zastosować również do innych grup zawodowych.

Samorząd będzie dążył do zablokowania ustawy w tym kształcie, a jeśli wejdzie w życie do zaskarżenia jej do Trybunału Konstytucyjnego i instytucji unijnych. Zaznaczam, że ustawa nie zakłada publicznie dostępnego rejestru wiążącego nr PESEL z wynagrodzeniem. Do takiego rejestru i danych w nim zawartych miałby dostęp tylko MZ i AOTMiT, nie ma więc ryzyka, że pacjent, sąsiad czy współpracownik po wejściu na stronę mógłby takie dane sprawdzić. Jednak bezpieczeństwo danych w rejestrach MZ, jak pokazuje historia, jest jedynie bezpieczeństwem deklaracyjnym – dlatego walczyliśmy, żeby szkodliwa ustawa nie weszła w życie. Kto wie, czy na jesieni, jeśli politycy utrzymają kolizyjny kurs z naszym środowiskiem, nie przyjdzie nam znów zmanifestować naszej niezgody, włącznie z przeprowadzeniem protestu. ●

- 3 **Politycy w pogoni za króliczkiem**
Łukasz Jankowski
- 5 **Przedwakacyjne klimaty**
Klaudiusz Komor
- 6 **Newsy z kraju i ze świata**
- 8 **Zaradny radny**
Piotr Kościelniak

TEMAT NUMERU

- 8 **Przedsiębiorcy śmierci**
Nie mają dyplomów, ale mają milionowe zasięgi. Nie prowadzą badań, ale sprzedają „terapię”, suplementy i obietnice wyzdrowienia.
- 14 **Dlaczego szukamy cudownych terapii?**
- 16 **Lex szarlatan: jak nie wylać dziecka z kąpielą?**
- 18 **Uderzamy w oszustwa medyczne**
- 20 **Biznes strachu**
Niewiele rzeczy budzi silniejsze emocje niż choroba własna lub bliskiej osoby. Pseudomedycyna wykorzystuje te mechanizmy.

AKTUALNOŚCI

- 21 **Lekarze na celowniku po kryzysie w Szpitalu Południowym**
- 24 **Władze samorządu X kadencji wybrane**
- 26 **Senior, zespół i sztuczna inteligencja**
- 28 **Jedna diagnoza dla systemu**
- 29 **Chirurdzy na trawie**
- 30 **Profilaktyka się nie klika**
- 31 **Trzy dni wykładów, warsztatów i dyskusji**
- 32 **Czas działa na naszą niekorzyść**

WAŻNY TEMAT

- 33 **Opieka koordynowana utknęła w pół drogi**
Miała usprawnić leczenie pacjentów z najczęstszymi chorobami przewlekłymi i odciążać AOS. Choć korzysta z niej coraz więcej chorych, nadal realizuje ją tylko nieco ponad połowa przychodni POZ.

MEDYCyna I PRAWO

- 36 **Błędy, które kończą się kontrolą lub sporem sądowym**
- 37 **Niechciany spadek łatwiej będzie odrzucić**
- 37 **Nie każdy „naturalny lek” przejdzie przez granicę**



TEMAT NUMERU STRONY 8-20

Współczesna pseudomedycyna przestała być marginesem internetu – stała się dochodowym przemysłem, który żeruje na lęku, nieufności i desperacji pacjentów.

PODATKI I FINANSE

- 38 **Pięć lekcji z afery Zondacrypto**
- 39 **Książkowe inspiracje na lato**

PRAKTYKA LEKARSKA

- 40 **Premier z kocykiem**
Paweł Barucha
- 40 **Stomatologia: krótszy staż to absurd**
- 43 **Nowa era e-recept.**
Diabeł tkwi w szczegółach
Mariusz Politowicz
- 44 **Pacjent przed podróżą. Jak kwalifikować do szczepień**
Dla lekarza kluczowe jest nie tylko określenie obowiązkowych wymogów wyjazdowych, ale także ocena indywidualnego ryzyka zakażeń.
- 47 **Alergie atakują coraz częściej**
- 50 **Lato bez medycyny**
Jakub Sieczko
- 52 **Samotność potrzebnych**
Anna Gołębicka

WYWIAD LEKAR(S)KI

- 53 **Życie nie jest tabelą w Excelu**

ÓŚRODEK KSZTAŁCENIA

- 56 **Nie każdy ból głowy zaczyna się w głowie**

SAMORZĄD ZAWODOWY

- 58 **Lustracja zarobków**
Jakub Kosikowski
- 58 **O tym się mówi/Mówią o nas**
- 60 **Po wyborach czas na działanie. Priorytety samorządu na lata 2026–2030**

PO GODZINACH

- 64 **Na końcu świata, między lodem a ludźmi**
- 68 **Piramida zwierząt**
Jarosław Wanecki
- 69 **Przychodzi wena do lekarza**
- 70 **Błąd malarski**
- 72 **Gra na ostro**
- 74 **Rywalizacja nad Bałtykiem**
- 77 **Pół tysiąca ratowników**
- 77 **Lekarze dzieciom**
- 78 **Czytelnia**
- 79 **Słowo o prof. Zdzisławie Gajdzie**
- 80 **Ogłoszenia**
- 82 **Jolka lekarska**

JEDNYM GŁOSEM

Przedwakacyjne klimaty

Zanim na dobre rozpoczniemy wakacyjne podróże, warto zatrzymać się na chwilę przy wydarzeniach, które pokazują siłę lekarskiego środowiska – zarówno w dyskusji o przyszłości ochrony zdrowia, jak i we wspólnym spędzaniu czasu.

Po raz drugi we wspaniałym ośrodku nad jeziorem Bajka w okolicy Grodzka na Opolszczyźnie w weekend 19-21 czerwca odbył się ChiCamp. Ta innowacyjna inicjatywa, zapoczątkowana rok temu i kontynuowana w tym roku przez cenionego i lubianego w środowisku chirurgów profesora Tomasza Banasiewicza, łączy w sobie elementy szkolenia, konferencji, warsztatów, pikniku, ale przede wszystkim dobrej zabawy.

W tym roku przez trzy dni chirurdzy z całej Polski w olbrzymiej liczbie zgromadzili się na tym lekarskim odpowiedniku Woodstocku (obszerne relacje można było obserwować na portalu gazetalekarska.pl). Od wczesnego poranka do późnego popołudnia odbywały się liczne wykłady, prelekcje i warsztaty praktyczne. Wieczorami natomiast na olbrzymiej scenie rozbrzmiewała muzyka na żywo. Wśród wielu ciekawych sesji była również sesja systemowa, w której udział wzięli zarządzający szpitalami różnego szczebla – od powiatowego po kliniczny, parlamentarzyści, konsultant krajowy w zakresie chirurgii i ja jako przedstawiciel samorządu. W trakcie sesji rozgorzała gorąca dyskusja, w którą stronę powinna pójść reforma chirurgii w naszym kraju, bo co do jednego wszyscy uczestnicy byli zgodni: reforma jest potrzebna. Dyrektorzy szpitali powiatowych nie ukrywali, że chcą rozwijać oddziały, szczególnie przez wprowadzenie procedur z zakresu onkologii – oczywiście ze względu na dobre wyceny ze strony NFZ. Z kolei praktycy zwracali uwagę, że wykonywanie tylko kilkunastu operacji w roku

z danego zakresu nie gwarantuje odpowiedniego doświadczenia i wyoperowania zespołu lekarskiego.

Nad Bałtykiem nie zabraknie zajęć i atrakcji dla wszystkich, niezależnie od wieku, o co zadbają organizatorzy igrzysk

Czy zatem powinny być minimalne limity rocznych operacji warunkujące istnienie oddziału? Czy oddziałów chirurgii mamy w Polsce za dużo? Czy system ratownictwa wyznający zasadę przywożenia chorego do najbliższego szpitala dysponującego danym oddziałem, bez wzięcia pod uwagę jego specyfiki, nie wymaga gruntownej zmiany? Te i wiele innych pytań padło podczas tej sesji, w którą bardzo zaangażowali się również licznie zgromadzeni słuchacze. Myślę, że taka dyskusja powinna zdecydowanie wyjść poza ramy ChiCampu

KLAUDIUSZ KOMOR
WICEPREZES NACZELNEJ
RADY LEKARSKIEJ



i odbyć się tam, gdzie są ci, którzy decydują, jak nasz system ochrony zdrowia będzie wyglądał – czyli w Ministerstwie Zdrowia.

Biorąc pod uwagę zbliżające się wakacje, chciałbym wszystkich czytelników „Gazety Lekarskiej” zachęcić do spędzenia ich na sportowo. A to w związku z tym, że w ostatnim tygodniu sierpnia w Cetniewie odbędą się kolejne Igrzyska Lekarskie, organizowane przez NIL. Będzie to wspaniała okazja nie tylko do zmierzenia się z innymi lekarzami sportowcami w uczciwej sportowej rywalizacji, ale również do towarzyskich spotkań, konwersacji i dyskusji. Zapraszamy całe rodziny – w tym okresie nad naszym pięknym Bałtykiem na pewno nie zabraknie zajęć i atrakcji dla wszystkich, niezależnie od wieku, o co zadbają zresztą również organizatorzy igrzysk. Szczegóły i dokładne informacje na stronach NIL oraz na stronie www.igrzyskalekarskie.org. Ja ze swojej strony życzę Wam wspaniałych podróży, wielu wrażeń i przygód oraz wspaniałej pogody. ●

NEWSY Z KRAJU I ZE ŚWIATA

SYLWIA WAMEJ, LIDIA SULIKOWSKA

Rozsiany rak zabija rzadziej

Z analizy danych ponad 38 tys. pacjentów z amerykańskiej bazy SEER, opublikowanej w „JCO Oncology Practice”, wynika, że w ciągu ostatnich czterech dekad znacząco poprawił się odsetek pięcioletnich przeżyć u chorych z rozsianymi nowotworami. Naukowcy porównali wyniki osób zdiagnozowanych w 1976 r. i w 2015 r. W pierwszej grupie



foto: magnific.com

▲ Wśród nowotworów z największym wzrostem przeżyć jest rak jajnika

nico ponad 10 proc. pacjentów przeżywało pięć lat od rozpoznania, podczas gdy w drugiej odsetek ten wzrósł do niemal 24 proc. Największy postęp odnotowano w przypadku rozlanego raka piersi (wzrost z 12,6 proc. do 34,2 proc.), raka jajnika (z 14,4 proc. do 32,5 proc.), raka jelita grubego (z 3,7 proc. do 15 proc.) oraz nowotworów hematologicznych (z 24,3 proc. do 53,9 proc.). Z kolei w raku trzustki odsetek przeżyć wzrósł jedynie z 0,25 proc. do 1,6 proc. Niewielką poprawę odnotowano również w przypadku rozlanego drobnokomórkowego raka płuca.

Źródło: ascopubs.org

Umierają sześć razy częściej

Dzieci, które uległy poważnemu wypadkowi i wymagają laparotomii ratującej życie, umierają niemal sześć razy częściej w krajach biedniejszych niż bogatszych – informuje University

of Cambridge, prezentując wyniki międzynarodowego badania prowadzonego przez tę uczelnię. Analizie poddano przypadki 237 pacjentów poniżej 18. roku życia, którzy przeszli taką operację. Uwzględniono zabiegi wykonane w 85 szpitalach z 32 państw. Badanie wykazało nie tylko wyższą śmiertelność w krajach uboższych, ale wskazało także możliwe przyczyny tego zjawiska. Wśród nich wymieniono m.in. dłuższy czas dotarcia do szpitala i oczekiwania na zabieg, a także mniejszą dostępność transfuzji krwi i badania tomografii komputerowej (CT).

Źródło: www.cam.ac.uk

Mikrozmiiany są ważne

Nawet niewielkie zmiany stylu życia mogą zmniejszać ryzyko poważnych zdarzeń sercowo-naczyniowych, takich jak



foto: pixapay.com

▲ Zwiększenie spożycia warzyw może obniżyć ryzyko zawału czy udaru

zawału serca czy udaru mózgu. Okazuje się, że wydłużenie snu o zaledwie 11 minut, dodatkowe 4,5 minuty aktywności fizycznej oraz zwiększenie spożycia warzyw o jedną czwartą kubka każdego dnia mogą obniżyć to ryzyko o 10 proc. Takie wnioski płyną z badania obserwacyjnego przeprowadzonego przez australijskich naukowców, którego wyniki opublikowano w „European Journal of Preventive Cardiology”.

Badacze podkreślają również, że najlepsze efekty zaobserwowano u osób, które spały codziennie 8–9 godzin, ćwiczyły ponad 42 minuty dziennie (mowa o umiarkowanej aktywności fizycznej) oraz stosowały zbilansowaną dietę – w tej grupie ryzyko poważnych problemów kardjologicznych było niższe aż o 57 proc. Źródło: www.escardio.org/UK Biobank

Leczą zęby na Jamajce

W drugiej połowie czerwca pięciu lekarzy dentyków i trzech studentów Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu wyruszyło na trzytygodniową misję humanitarną na Jamajkę. Organizatorem wyprawy jest dr hab. Kacper Nijakowski, pełniący obowiązki kierownika Kliniki Stomatologii Zachowawczej UMP. Wolontariusze nieodpłatnie świadczą opiekę dentycką w przychodni Ducha Świętego w Maggoty, ośrodku prowadzonym przez siostry sercanki. Jak informuje Stowarzyszenie „Dla Świata”, które jest współorganizatorem wyprawy, region Maggoty to jedno z najuboższych miejsc na Jamajce, gdzie dostęp do opieki stomatologicznej jest bardzo ograniczony. W planie jest przyjęcie minimum 350 pacjentów.

Polak w ESA

Europejska Agencja Kosmiczna (ESA) powołała zespół ekspertów ds. choroby dekompresyjnej w załogowych misjach eksploracyjnych. Na jego czele stanął prof. Jacek Kot, specjalista medycyny hiperbarycznej i nurkowej, kierownik Krajowego Ośrodka Medycyny Hiperbarycznej, Kliniki Medycyny Hiperbarycznej i Ratownictwa Morskiego Instytutu Medycyny Morskiej i Tropikalnej GUMed. Prace zespołu

mają skupiać się na bezpieczeństwie astronautów w czasie ich aktywności pozapojazdowych prowadzonych w warunkach obniżonego ciśnienia.

Źródło: GUMed

Profilaktyka na drugim planie

Wydatki na zdrowie wzrosły w dekadę z 107,6 do 293,6 mld zł, jednak – jak wskazuje raport Think Tank SGH dla ochrony zdrowia – system wciąż koncentruje się na leczeniu zamiast zapobieganiu. W 2024 r. na zdrowie przeznaczono 8,1 proc. PKB, czyli poniżej średniej UE. W 2022 r. 88 tys. zgonów



foto: magnific.com

▲ Eksperti podkreślają konieczność ograniczenia spożycia żywności wysokoprzetworzonej

można było uniknąć dzięki profilaktyce, a 51 tys. przy szybkiej interwencji. Eksperti podkreślają konieczność stabilnego finansowania profilaktyki, działań międzyresortowych i ograniczenia wpływu żywności wysokoprzetworzonej. Tymczasem 96,5 proc. wpływów z opłaty cukrowej trafia do ogólnego budżetu NFZ, a nie na edukację i prewencję.

Ponad 800 zakażeń ebolą

W Demokratycznej Republice Konga potwierdzono już 837 zakażeń wirusem Ebola. Zmarło 196 osób, a bilans rośnie. To 17. epidemia w kraju, ogłoszona 15 maja 2026 r., zaledwie pół roku po zakończeniu poprzedniej fali.

Zakażenia pojawiły się także w Ugandzie, co zwiększa obawy państw regionu. Od 1976 r. wirus zabił w Afryce ponad 15 tys. osób, z czego blisko 2300 podczas epidemii w DRK w latach 2018–2020.

UMW najwyżej w Polsce

Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu został najwyżej ocenioną uczelnią medyczną w Polsce w rankingu U.S. News Best Global Universities 2025–2026. W zestawieniu krajowym zajął 5. miejsce, a globalnie 956. pozycję. Największy sukces UMW odnotowano w kardiologii – uczelnia uplasowała się na 13. miejscu na świecie, co czyni ją jednym z czołowych ośrodków badawczych w tej dziedzinie. Wysokie lokaty uzyskała także w immunologii (226.) i medycynie klinicznej (250.).

Nowa lista refundacyjna

Ministerstwo Zdrowia opublikowało projekt lipcowej listy refundacyjnej. Największe zmiany dotyczą onkologii: na listę trafia m.in. nowe terapie dla chorych na raka drobnokomórkowego płuca, a także leki stosowane w raku jelita grubego, dróg żółciowych, endometrium i prostaty. W planie finansowym NFZ na 2026 r. zapisano 30 mld zł na leki, z czego połowa to refundacja apteczna, a druga połowa – programy lekowe i terapie zaawansowane. Resort zapewnia, że nie ma ryzyka niedoborów leków, a lista – aktualizowana co trzy miesiące – ma poprawiać dostęp do nowoczesnych terapii.

Komary z dengą

Światowa Organizacja Zdrowia alarmuje, że 2026 r. może być najgorszym rokiem w historii pod względem zachorowań na dengę. W wielu krajach Azji i Ameryki Łacińskiej liczba przypadków rośnie

w tempie nienotowanym od dekad. W pierwszych miesiącach roku odnotowano ponad 10 mln zakażeń, a kolejne państwa zgłaszają gwałtowne ogniska choroby. WHO wskazuje, że za eskalację odpowiadają zmiany



foto: pixabay.com

▲ Zmiany klimatyczne sprzyjają ekspansji komarów

klimatyczne, które sprzyjają ekspansji komarów Aedes aegypti na nowe obszary, w tym regiony dotąd uznawane za wolne od dengi. Coraz częściej pojawiają się też zakażenia w Europie, m.in. we Francji, Włoszech i Hiszpanii. Organizacja podkreśla, że dostępne są już dwie szczepionki przeciwko dence, ale ich wykorzystanie jest nierównomierne, a wiele krajów nie wdrożyło programów szczepień.

Boimy się raka

Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego opublikowało najnowszy raport dotyczący postaw zdrowotnych Polaków. Wyniki są alarmujące: choć nowotwory są wskazywane jako największe zagrożenie zdrowotne, udział w badaniach przesiewowych pozostaje niski. Autorzy podkreślają, że deklaracje nie przekładają się na realne zachowania, a profilaktyka wciąż przegrywa z brakiem czasu, niską świadomością i obawą przed diagnozą. Eksperti apelują o intensyfikację działań informacyjnych i lepsze wykorzystanie narzędzi cyfrowych, które mogłyby zwiększyć zgłaszalność na screening. Raport wskazuje też na rosnące różnice regionalne w dostępie do badań oraz potrzebę wzmocnienia roli POZ w profilaktyce.

Zaradny radny

PIOTR KOŚCIELNIAK
REDAKTOR NACZELNY



Dawid Kacprzyk ma 28 lat i jest dopiero w trakcie specjalizacji z anestezjologii. Został jednak koordynatorem SOR w Warszawskim Szpitalu Południowym. Ponieważ jest także radnym dzielnicy Ursus, musiał złożyć oświadczenie majątkowe. No i mleko się rozlało. 1,7 mln zł w ciągu roku, praca w kilku placówkach medycznych, jeśli wierzyć mediom – abstrakcyjny wymiar godzin pracy. Do tego aktywność radnego i występy w telewizji.

Bulwersująca sprawa astronomicznych zarobków przebiła bańki informacyjne politycznych obozów. Zmusiła nawet samego Donalda Tuska do reakcji. Jakiej? Może przyjrzenia się układom we własnym zapleczu partyjnym? Wezwania na dywanik prezydenta Warszawy Rafała Trzaskowskiego, który niedawno deklarował, że Szpital Południowy sam wybudował od podstaw? Niespodzianka – zaczął od uderzenia w lekarzy.

Czy wszyscy lekarze tyle zarabiają? Widomo, że nie. Czy każdy inny lekarz, może nawet ze specjalizacją, mógł zostać koordynatorem SOR w warszawskim szpitalu i zarabiać tyle, ile Dawid Kacprzyk? Oczywiście, że nie – stawki są wielokrotnie niższe. Czy inni lekarze pracujący na SOR mogą sobie wychodzić w godzinach dyżurów i komentować w telewizji sprawy polityczne, agitować przed wyborami na ulicy? Nie sądzę. Czy poza kolejnością i w oddzielnej poczekalni przyjmowani byli lekarze, czy może jednak politycy Koalicji? Wszyscy wiemy.

Dawid Kacprzyk działał na szczególnych warunkach – nie

dlatego że jest lekarzem, ale dlatego że jest (czy raczej był) działaczem partii politycznej, która aktualnie rządzi Polską i Warszawą. Dlatego trzeba głośno powiedzieć, że to nie jest sprawa lekarza Dawida Kacprzyka. To jest sprawa polityka Dawida Kacprzyka, radnego warszawskiej dzielnicy Ursus i do niedawna członka Koalicji Obywatelskiej (już nie jest, bo został „zrezygnowany”, stracił też pracę w szpitalu). I właśnie ta sprawa posłużyła jako pretekst do kolejnej już ofensywy – tym razem nie samego Ministerstwa Zdrowia, ale całego rządu prowadzonego przez Donalda Tuska – na zarobki lekarzy. Przygotowywany jest mechanizm nałożenia górnej granicy (cap) dla zarobków w połączeniu z wyhamowaniem ustawowych podwyżek.

Ostatni pomysł rządu, wprowadzony ekspresowo pod obrady Rady Ministrów po sprawie lekarza z Warszawy, to śledzenie wynagrodzeń w połączeniu z numerem PESEL. „Żeby nie dochodziło do skandalicznych sytuacji” – grzmiał premier. Ale jakoś nie słychać o wprowadzeniu mechanizmu sprawdzania wynagrodzeń członków jego partii w połączeniu z PESELEM. A przecież to właśnie koleśiostwa polityków ten skandal dotyczy.

Jak zwykle z powodu jednej czarnej owcy straci całe środowisko. A najbardziej stracą zwykli, ciężko pracujący lekarze, którzy nie zarabiają nawet części tego, co doktor z Warszawy. ●



W latach 2020–2022 dezinformacja medyczna eksplodowała. Ale dopiero po pandemii stała się zorganizowanym przemysłem, który działa szybciej niż system ochrony zdrowia i instytucje państwa. Według analizy Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu i Mediaboard tylko od stycznia 2025 r. do maja 2026 r. w polskim internecie pojawiło się blisko 380 tys. publikacji szerzących fałszywe treści zdrowotne. Z tego 347 tys. w social mediach, a 32 tys. w mediach tradycyjnych. To nie są pojedyncze wpisy. To masowa produkcja treści, która działa jak marketing: powtarzalne narracje, te same hasła i te same emocje.

MASOWA PRODUKCJA NARRACJI

Największe zasięgi mają trzy obszary. Antyszczepionkowe to 54 proc. treści. Dlaczego aż tyle? Bo to najbardziej emocjonalny i najbardziej polaryzujący segment. Treści antyszczepionkowe działają jak gotowy pakiet marketingowy: mają wroga (Big Pharma, system, lekarze), bohatera (rodzic, który „chroni dziecko”), prosty przekaz („szczepionki szkodzą”) oraz wysoką klikalność, bo przecież strach i oburzenie są najbardziej angażującymi emocjami w social mediach.

Algorytmy platform premiuja treści, które wywołują silne reakcje. A nic nie wywołuje ich tak skutecznie jak narracje o zagrożeniu życia dzieci. Dlatego każdy materiał antyszczepionkowy jest natychmiast powielany, remiksowany, skracany do instagramowych rolek, przerażający na memy. To samopodtrzymujący się ekosystem, który nie potrzebuje dowodów: potrzebuje emocji.

Z kolei żywienie i „naturalne leczenie” to obszar, który generuje największe pieniądze. Dlatego pseudomedycyna inwestuje w niego najwięcej energii. Mechanizm jest prosty: najpierw pojawia się treść: „lekarze nie chcą, żebyś wiedział...”. Potem „odkrycie”: dieta, zioło, suplement, rytuał. Na końcu: produkt: e-book, kurs, suplement, konsultacja. To segment, który działa jak klasyczny lejek sprzedażowy. Treści są powtarzalne, bo muszą być: „cukier to trucizna”, „rak żywi się

TEMAT NUMERU

Przedsiębiorcy śmierci

SYLWIA WAMEJ

Nie mają dyplomów, ale mają milionowe zasięgi. Nie prowadzą badań, ale sprzedają „terapię”, suplementy i obietnice wyzdrowienia. Współczesna pseudomedycyna przestała być marginesem internetu – stała się dochodowym przemysłem, który zeruje na lęku, nieufności i desperacji pacjentów.

tym, co jesz”, „detoks usuwa toksyny” „witaminy leczą wszystko”.

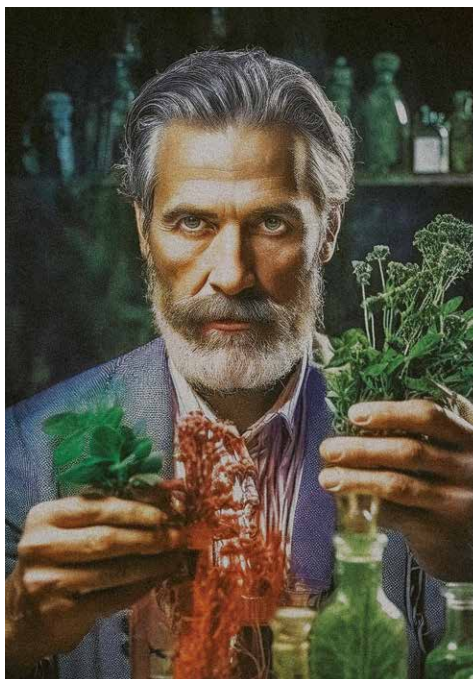
To nie przypadek, że w tej kategorii dominują influencerzy lifestyle’owi i celebryci. To oni mają najbardziej podatną publiczność: osoby szukające prostych rozwiązań, szybkich efektów i naturalnych metod.

Ostatni obszar z największymi zasięgami to technologie i środowisko.

CELEBRYCKIE MĄDROŚCI

W maju 2025 r. Dorota Doda Rabczewska zaczęła promować suplementy, które miały „pomagać na Hashimoto”. Mechanizm był klasyczny: najpierw sugestia „odkrycia”, a potem produkt. Problem w tym, że suplementy nie leczą Hashimoto, a ich reklamowanie w taki sposób może wprowadzać wielu pacjentów w błąd. Sprawa trafiła do prokuratury, bo wątpliwości dotyczyły zarówno skuteczności, jak i bezpieczeństwa preparatów. To przykład, jak celebrycki marketing wchodzi w obszar, który powinien być zarezerwowany dla medycyny opartej na dowodach.

Z kolei Edyta Górniak od lat jest jedną z najbardziej wpływowych postaci w środowisku antyszczepionkowym. W czasie pandemii i tuż po niej piosenkarka powielala narracje o fałszywej pandemii, szkodliwości szczepionek, ukrywanych prawdach o systemie. Jej przekaz był prosty, emocjonalny i antyinstytucjonalny: dokładnie taki, jaki algorytmy lubią najbardziej. Wypowiedzi piosenkarki realnie wpływały na decyzje zdrowotne odbiorców, zwłaszcza młodych rodziców i osób nieufnych wobec systemu. To nie jest niewinna opinia celebrytki.



ilustracja: Michal Trusz

lekarzy, wielu jej odbiorców dziękiowało za film, deklarując m.in. „teraz już wiem, czego nie robić, czyli nie iść do lekarza”.

Lekarze, zwłaszcza psychiatry, zareagowali na materiał Pawlikowskiej błyskawicznie i jednoznacznie: osoba nieposiadająca wykształcenia medycznego, publikująca takie treści w social mediach, nie ponosi formalnie odpowiedzialności za ich skutki. Tymczasem pacjent z depresją zniechęcony do terapii może na przykład odstawić leki z tragicznie przewidywalnym skutkiem.

To przykład szczególnie niebezpieczny, bo dotyczy osób w kryzysie psychicznym, które są podatne na obietnice naturalnych metod. Tu nie chodzi o kontrowersję. Chodzi o bezpośrednie ryzyko kliniczne.

Inny przykład dotyczy Anny Lewandowskiej, trenerki, dietetyczki i żony Roberta Lewandowskiego, która została skrytykowana za promowanie niezweryfikowanych metod leczenia przeziębienia u córki. W mediach społecznościowych zalecała stosowanie okładów z gęsiego smalcu: – Nałóż smalec gęsi na klatkę piersiową i powoli wsmaruj w skórę. Przykryj pergaminem i owiń ręcznikiem.

Na te „recepty” natychmiast zareagowali lekarze, określając je mianem metod ludowych bez żadnego potwierdzenia naukowego. Bądźmy poważni: smalec nie wykazuje działania terapeutycznego i nie powinien być promowany jako środek leczniczy.

To masowe oddziaływanie na zachowania zdrowotne społeczeństwa.

Kilka lat temu dziennikarka i autorka książek Beata Pawlikowska opublikowała na swoim kanale YouTube materiał na temat leczenia depresji. Choć zaznaczyła w nim, że nie jest lekarzem i jedynie „przedstawia wyniki badań”, zawarte w filmie tezy przeczyły konwencjonalnej wiedzy medycznej.

Pawlikowska sugerowała m.in., że leki przeciwdepresyjne są toksyczne i zmieniają osobowość. Choć spotkała się z krytyką ze strony



◀ Pacjenci po miesiącach „leczenia naturalnego” trafiają do gabinetów lekarskich z zaawansowanymi powikłaniami

idealny grunt pod kolejne produkty pseudomedycyny.

Każdy ze wspomnianych obszarów odpowiada na inną ludzką potrzebę:

- antyszczepionkowe – potrzebę ochrony i kontroli,
- żywienie i naturalne leczenie: – potrzebę sprawczości i prostych rozwiązań
- technologie i spiski – potrzebę wyjaśnienia chaosu i znalezienia winnego.

Razem tworzą kompletny ekosystem emocjonalny, który przyciąga, angażuje i zatrzymuje odbiorców. A dla twórców pseudomedycyny generuje zasięgi, lojalność i pieniądze.

SZARLATANI: CYNICZNI BIZNESMENI

Współczesny szarlatan nie potrzebuje gabinetu, dyplomu ani nawet spójnej teorii. Wystarczy mu telefon, kamera i publiczność szukająca prostych odpowiedzi na trudne pytania. W Naczelnej Izbie Lekarskiej coraz częściej pada jedno zdanie: „To nie są naiwni ludzie. To cyniczni biznesmeni”.

Nowa fala szarlatanów działa jak start-upy: prowadzą sklepy z suplementami, kursy i szkolenia, sprzedają „pakiety diagnostyczne”, oferują terapie online i budują społeczności oparte na nieufności wobec medycyny.

Przypomnijmy, że ziołolecznictwo, terapia kryształami i kwiatami, ajurweda, irydologia, kinezylogia czy radionika od stycznia znalazły się w Polskiej Klasyfikacji Działalności. W rozporządzeniu Rady Ministrów z 18 grudnia 2024 r. wpisano je do działu 86. Opieka zdrowotna w ramach nowej kategorii: działalność w zakresie medycyny tradycyjnej, uzupełniającej i alternatywnej, wykonywanej przez pracowników medycznych.

Co istotne, sami autorzy dokumentu, podpisanego elektronicznie przez premiera Donalda Tuska, przyznali wprost, że działalność ta nie jest oparta na danych naukowych dotyczących diagnozowania

Choć osoby publiczne powinny mieć świadomość wpływu, jaki wywierają na społeczeństwo, zwłaszcza w tematach związanych ze zdrowiem, często zachowują się skrajnie nieodpowiedzialnie. Wykorzystując swoją pozycję i ogromne zasięgi w mediach społecznościowych, promują kontrowersyjne poglądy, metody leczenia oraz produkty. Nierzadko są to zwyczajne fake newsy, niemające nic wspólnego z rzetelną wiedzą.

WIEDZA MEDYCZNA JEST JEDNA

Jak podkreśla wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej Klaudiusz Komor, wiedza medyczna jest jedna. Zmienia się, ewoluuje, aktualizuje, ale pozostaje oparta na dowodach naukowych. Dla szarlatanerii, niezależnie od formy, nie ma w niej miejsca. Podobnie jak wiele produktów lansowanych przez celebrytów – ich działanie nie ma podstaw naukowych, a jedynym efektem ich promocji jest zysk dla twórcy.

Sami celebryci normalizują pseudomedycynę, legitymizują szarlatanów, przyciągają odbiorców do „alternatywnych terapii”, tworzą rynek dla suplementów, kursów i „naturalnych metod” oraz podważają zaufanie do medycyny i instytucji. Ich zasięgi działają jak turbodoładowanie dla pseudomedycyny, ponieważ ich każde słowo jest powielane, komentowane, przetwarzane w memy,

shorty oraz rolki. Algorytmy robią całą resztę.

PALIWO DLA TEORII SPISKOWYCH

Technologie i środowisko to segment mniejszy, ale najbardziej wiralowy. Narracje o 5G, chemtrails, „truciu z nieba”, „kontroli populacji” działają jak memy: są krótkie, obrazowe, łatwe do powielania. Dlatego są właśnie tak skuteczne,

Współczesny szarlatan nie potrzebuje gabinetu ani dyplomu. Wystarczy smartfon, konto w mediach społecznościowych i publiczność szukająca prostych odpowiedzi

ponieważ łączą lęk przed technologią z nieufnością wobec instytucji, nie wymagają wiedzy, wystarczy intuicja. Do tego tworzą poczucie tajemnicy, do której dostęp mają tylko wtajemniczeni. To treści, które nie sprzedają suplementów, ale sprzedają narrację: „system cię oszukuje, tylko my mówimy prawdę”. A to

i leczenia chorób. Informacja ta zaskakuje, tym bardziej że nowe kody PKD umieszczono obok działalności lekarzy, dentystów, diagnostów, laboratoriów i pielęgniarek. W praktyce oznacza to, że metody niemające potwierdzenia naukowego znalazły się w tej samej sekcji co medycyna oparta na dowodach. Wpisanie do PKD nie oznacza dopuszczenia tych praktyk do systemu świadczeń zdrowotnych ani uznania ich skuteczności – to wyłącznie klasyfikacja statystyczna.

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej natychmiast zareagowało. W oficjalnym stanowisku uznało, że jest to „niczym nieuzasadniona próba legitymizacji takiej działalności”, która może być niebezpieczna dla pacjentów, bo może prowadzić do opóźnienia lub rezygnacji z leczenia o udowodnionej skuteczności. Umieszczenie metod alternatywnych w dziale Opieka zdrowotna może wprowadzać pacjentów w błąd, sugerując, że są one równoważne z medycyną opartą na dowodach. PNRL zaapelowało do ministra zdrowia o wykreślenie kodu 86.96 z PKD.

Jak wyjaśniał wiceprezes NRL Klaudiusz Komor, w odpowiedzi z resortu zdrowia wskazano, że wprowadzenie

kodu wynikało z wymogów prawa unijnego.

– Niefortunnie się stało, że medycyna naturalna, uzupełniająca i alternatywna otrzymała własny numer w PKD. Nie bójmy się jednak nazywać tych metod po imieniu: to pseudomedycyna albo paramedycyna. Pacjent musi mieć jasność, że jeśli decyduje się na takie praktyki, to nie jest to medycyna – podkreślał Komor.

„LECZYŁ” SUPLEMENTAMI

Najbardziej jaskrawy przykład medialnego oszusta to Oskar D., czyli samozwańczy naturopata, który „leczył raka” suplementami i płynem Lugola. Prokuratura postawiła mu zarzuty narażenia pacjentki na utratę życia oraz prania brudnych pieniędzy. To nie jest odosobniony przypadek: to model biznesowy.

Warto zauważyć, że w Polsce nie istnieje rejestr zgonów spowodowanych pseudoterapiami. To luka, którą NIL i Rzecznik Praw Pacjenta wskazują od lat. GUS odnotowuje wyłącznie medyczną przyczynę zgonu, a nie okoliczności, które do niego doprowadziły. Znany jednak mechanizmy, które prowadzą do tragedii. Pacjenci rezygnują z chemio- i radioterapii

na rzecz „naturalnych metod”, natomiast sami onkolodzy mówią wprost: takie decyzje prowadzą do zgonów, choć nie są statystycznie wyodrębniane. Z kolei po publikacjach celebrytów o szkodliwości antydepresantów część pacjentów odstawia leki bez konsultacji. Efekt to nawroty choroby, hospitalizację, próby samobójcze. Prof. Piotr Ponikowski opisał grupę 174 pacjentów z niewydolnością serca i po zawale. 100 z nich odmówiło szczepień, 18 bez podania przyczyny. To osoby, które bez ochrony immunologicznej są w grupie bezpośredniego zagrożenia życia.

SYSTEM NIE MA NARZĘDZI

Płyn Lugola, wlewy z witaminy C, głodówki, „odrobaczanie”, ozonoterapia: lista metod promowanych przez współczesnych szarlatanów jest długa. W sieci bez trudu można znaleźć przykłady działalności osób „diagnozujących” boreliozę za pomocą pseudotestów, a następnie „leczących” ją suplementami diety. Popularność zdobywają też takie praktyki, jak plazmoterapia reklamowana przez jednego z oszustów jako rzekome fale elektromagnetyczne o określonych częstotliwościach, które mają niszczyć wirusy,

▼ Szarlatani stali się przedsiębiorcami zarabiającymi na strachu, a państwo wciąż nie liczy ich ofiar



bakterie, grzyby, pleśń, pierwotniaki, a nawet choroby przewlekłe, w tym stwardnienie rozsiane.

Wszystkie mają wspólny mianownik: brak dowodów i realne ryzyko powikłań. Dlaczego zatem państwo nie liczy ofiar? Ponieważ system nie ma narzędzi. Lekarz, który widzi pacjenta po pseudoterapii, nie ma obowiązku raportowania tego faktu. Prokuratura zajmuje się tylko najcięższymi przypadkami. Z kolei Rzecznik Praw Pacjenta reaguje, dopiero gdy pacjent lub rodzina zgłoszą sprawę. Natomiast Główny Urząd Statystyczny nie ma kategorii „zgon w wyniku porzucenia leczenia”. Efekt jest taki, że ofiary pseudomedycyny są niewidzialne.

Sami lekarze coraz częściej mierzą się nie tylko z chorobą, ale z konsekwencjami pseudoterapii. Pacjenci trafiają do gabinetów po miesiącach „leczenia naturalnego”, z zaawansowanymi powikłaniami, zniechęceni do farmakoterapii, nieufni wobec zaleceń. Coraz częściej przychodzą nie po diagnozę, lecz po weryfikację tego, co usłyszeli od influencera. To dodatkowe obciążenie systemu i realne zagrożenie dla zdrowia.

POSZERZENIE KOMPETENCJI RZECZNIKA

Choć droga do ograniczenia dezinformacji i działalności znachorów jest wciąż długa, w marcu 2025 r. rozpoczęły się intensywne prace z Ministerstwem Zdrowia nad poszerzeniem kompetencji Rzecznika Praw Pacjenta. Chodziło o to, by urząd mógł realnie i szybko reagować na szkodliwe praktyki pseudomedyczne.

– Zmiany zakładają, że będę mógł wystąpić w sprawie praktyk pseudomedycznych i od razu nałożyć karę finansową do miliona złotych wobec danego podmiotu lub konkretnej osoby fizycznej. Wszystko po to, aby tego typu działalność wyeliminować – mówił Bartłomiej Chmielowiec podczas posiedzenia Komisji Zdrowia poświęconego stosowaniu metod niezgodnych z evidence-based medicine.

Po wejściu w życie tzw. lex szarlatan Rzecznik Praw Pacjenta stanie się centralną instytucją państwa w walce z pseudomedycyną. Jego uprawnienia będą najszerze w historii i po raz pierwszy pozwolą zatrzymać działalność szarlatanów tu i teraz, a nie dopiero po latach postępowań. Lex szarlatan po raz pierwszy tworzy realny system szybkiego reagowania, który nie opiera się wyłącznie na długotrwałych postępowaniach prokuratorskich. To punkt zwrotny: państwo zyskuje narzędzia, które pozwalają

działać prewencyjnie, a nie dopiero po tragedii.

RPP będzie mógł wydawać publiczne ostrzeżenia wobec osób i firm, które oferują pseudoterapie, podszywają się pod lekarzy, reklamują metody niezgodne z wiedzą medyczną lub wprowadzają pacjentów w błąd. Ostrzeżenie publikowane będzie natychmiast, z imieniem, nazwiskiem lub nazwą podmiotu. To pierwszy moment, w którym państwo może oficjalnie nazwać szarlatana po imieniu.

Pseudomedycyna nie jest już alternatywą. To równoległy system zdrowia napędzany algorytmami, emocjami i miliardowymi zyskami

Rzecznik będzie mógł również wydać decyzję tymczasową, która natychmiast blokuje szkodliwą działalność i obowiązuje jeszcze przed zakończeniem postępowania. Będzie miała rygor natychmiastowej wykonalności, co oznacza, że podmiot nie może „uciec”, zamknąć działalności, zmienić nazwy ani przenieść się do internetu, zanim zapadnie decyzja. Do tego dochodzą kary finansowe: do 1 mln zł za naruszenie zbiorowych praw pacjentów i do 100 tys. zł za brak współpracy z RPP. Co istotne, sankcje będą mogły zostać nałożone nawet wtedy, gdy działalność została zakończona tuż przed wydaniem decyzji. Koniec z uciekaniem „na ostatnią chwilę”.

WSPÓŁPRACA NA TRZECH POZIOMACH

Rzecznik Praw Lekarzy NIL Grzegorz Wrona przypominał niedawno, że samorząd lekarski jest gotowy do współpracy z instytucjami wspierającymi pacjentów poszkodowanych przez osoby stosujące metody paramedyczne. Do NIL regularnie trafiają sygnały o działaniach, które samorząd określa jako szarlataniśkie. Jeśli osoba bez prawa wykonywania zawodu lekarza podaje, że leczy, dochodzi do naruszenia art. 58 ustawy o zawodzie lekarza

i lekarza dentysty – w takich przypadkach NIL kieruje zawiadomienia do prokuratury. Gdy ktoś stosuje metody paramedyczne, ale nie nazywa tego leczeniem, Izba analizuje, czy działania te zagrażają bezpieczeństwu pacjenta. Jeśli zagrożenie jest realne, sprawa również trafia do prokuratury.

Grzegorz Wrona podkreślał, że skuteczne zwalczanie szarlatanerii wymaga współpracy trzech podmiotów: samorządu lekarskiego, rzeczników odpowiedzialności zawodowej (w tym Rzecznika Praw Pacjenta) oraz prokuratury. Rzecznicy mają obowiązek wszczynać postępowania wobec lekarzy działających niezgodnie z aktualną wiedzą medyczną. W sytuacjach skrajnych – gdy stosowanie metod niedopuszczalnych lub zaniechanie medycyny klasycznej naraża pacjenta na śmierć – sprawa powinna trafić bezpośrednio do organów ścigania.

EDUKACYJNE DZIAŁANIA NIL

W ubiegłym roku Naczelna Izba Lekarska zorganizowała spotkania poświęcone praktykom pseudomedycznym oraz działalności osób, które obiecują pacjentom cudowne terapie. Podczas debat omawiano mechanizmy oszustw i sposoby, w jakie znachorzy wykorzystują: lęk, bezradność i dramatyczne sytuacje zdrowotne chorych.

Rzecznik Praw Pacjenta Bartłomiej Chmielowiec zwracał uwagę na skalę dezinformacji i manipulacji stosowanych przez osoby zarabiające na ludzkich tragediach, podkreślając, że żerują na desperacji pacjentów.

Jak się okazuje, za dezinformację cenę płaci również Europa. W listopadzie 2024 r. w UE odnotowano 22 tys. mniej nadmiernych zgonów niż rok wcześniej, ale nadal 20 krajów miało dodatnią nadmierną śmiertelność. Najwyższą w Finlandii – 18,4 proc. Nadmierne zgony to liczba zgonów przewyższająca tę, której można by się spodziewać na podstawie danych z poprzednich lat. To wskaźnik pokazujący realny stan zdrowia populacji, niezależnie od przyczyn zgonów czy jakości raportowania.

W raportach o ryzykach globalnych dezinformacja zdrowotna jest wymieniana jako jedno z głównych

zagrożeń społecznych. To nie jest polska specyfika: to globalny trend. Szarlatani nie muszą kupować reklam. Algorytmy robią to za nich: treści emocjonalne są promowane, podbijane, a materiały „alternatywne” uznawane za angażujące.

MILIARDOWY RYNEK

To właśnie w takim środowisku dezinformacji i algorytmicznego wzmacniania treści wyrósł rynek suplementów i pseudoterapii – dziś jeden z najszybciej rosnących sektorów „alternatywnego zdrowia”. Rynek suplementów w Polsce przekroczył już 7 mld zł rocznie. Znaczna część sprzedaży odbywa się poza aptekami: w internecie, przez influencerów, w modelu poleceń. Do tego dochodzą: płatne kursy uzdrawiania, konsultacje online, sprzedaż „detoksów”, płatne grupy wsparcia oraz „diagnostyka” bio-rezonansem. To nie jest margines. To pełnoprawny sektor gospodarki, który działa bez realnego nadzoru. I właśnie dlatego pseudomedycyna zaczęła funkcjonować jak równoległy rynek zdrowia: z własnymi produktami, własnymi

„ekspertami”, własnym językiem i własną logiką, w której liczy się nie skuteczność, lecz konwersja sprzedaży.

Ten sektor rośnie szybciej niż jakakolwiek część ochrony zdrowia, bo nie obowiązują go żadne standardy jakości, żadne procedury, żadne wymogi dowodowe. Nie ma badań klinicznych, jest storytelling. Nie ma odpowiedzialności zawodowej, jest marketing. W efekcie powstaje przestrzeń, w której każdy może zostać terapeutą, a każda dolegliwość jest przecież okazją do sprzedaży kolejnego produktu. To rynek, który żywi się lękiem, niepewnością i brakiem zaufania do instytucji, a jego siłą napędową są algorytmy i emocje, nie fakty. Właśnie w tym środowisku wyrastają współcześni szarlatani: przedsiębiorcy od zdrowia, którzy łączą pseudoterapię z marketingiem emocji, a algorytmy z modelem subskrypcyjnym. To oni tworzą dziś najbardziej dochodową część

pseudomedycyny – nie gabinety, lecz ekosystem treści, produktów i obietnic, który działa 24 godziny siedem dni w tygodniu i nie zna pojęcia odpowiedzialności.

GŁOŚNY SYSTEM

Pseudomedycyna nie jest już alternatywą. Jest równoległym systemem, który działa szybciej, głośniej i agresywniej niż instytucje odpowiedzialne za zdrowie publiczne. Wykorzystuje wszystkie słabości współczesnego świata, takie jak przeciążenie informacyjne, kryzys zaufania, samotność, lęk, brak czasu, brak dostępności do lekarzy, a przede wszystkim emocje, które zawsze wygrywają z faktami. To dlatego rośnie, zarabia i zabija, choć nikt tego nie liczy. Ale to dopiero początek. Jeśli nic się nie zmieni, pseudomedycyna stanie się jednym z głównych wyzwań zdrowia publicznego w Polsce. I to nie w metaforycznym sensie. W praktycznym, policzalnym, klinicznym. ●

TEMAT NUMERU

Dlaczego szukamy cudownych terapii?

LIDIA SULIKOWSKA

Pseudomedycyna obiecuje to, czego często nie może zaoferować współczesna medycyna: pewność, proste rozwiązania i poczucie pełnej kontroli nad sytuacją. To właśnie dlatego nawet najbardziej nieprawdopodobne terapie znajdują zwolenników.

Wybielacz albo woda utleniona na raka, surowe mleko wielbłądzie na autyzm, uzdrawianie energią – to tylko pierwsze z brzegu przykłady praktyk pseudomedycznych. Słyszając o nich, pojawia się na twarzy uśmiech politowania i wręcz niedowierzania. Robi się mniej do śmiechu, gdy okazuje się, że ludzie są w stanie w nie uwierzyć i zamiast leczyć się u lekarza, oddają swoje zdrowie w ręce pseudomedyków.

Różnej maści pseudoeksperti potrafią przekonać do swoich „mądrości” i stosowania zaleceń niemających nic wspólnego z aktualną wiedzą medyczną opartą na faktach. Jak tłumaczy psycholog społeczny prof. Dariusz Doliński, kierownik Katedry Psychologii Społecznej Wydziału Psychologii Uniwersytetu SWPS we Wrocławiu, szczególnie podatne na złapanie się w ich sidła są osoby o niskiej samoocenie, które czują, że nie mają wpływu na otaczającą ich rzeczywistość. To często ci sami ludzie, którzy wierzą w teorie spiskowe. Brak poczucia kontroli nad własnym życiem jest też charakterystyczny dla części osób zmagających się z chorobą.

– Oni potrzebują poczucia bezpieczeństwa i uporządkowanego świata, w którym wszystko jest jasne. Pseudomedycyna daje gotowe rozwiązania, na wszystko ma odpowiedź, tu nie ma miejsca na wątpliwości. Dlatego jest tak atrakcyjna – tłumaczy prof. Doliński.

NA AUTORYTET

W poszerzaniu kręgu odbiorców pomagają mechanizmy psychologiczne, które kierują ludzkimi zachowaniami. Jak

wyjaśnia Dariusz Doliński, jedną z podstawowych technik wpływu jest reguła autorytetu. – Chodzi o stworzenie wrażenia, że za daną teorią lub terapią stoi autorytet, co zwiększa jej wiarygodność. Na przykład sprzedawana jest „rewelacyjna maść”, rzekomo opatentowana przez

Wiarą w pseudomedyczne terapie rzadko wynika z niewiedzy czy braku inteligencji. Znacznie częściej stoi za nią lęk. To sprawia, że szarlatani wciąż znajdują wyznawców

wybitnego profesora, który w rzeczywistości nie istnieje. Niestety, czasem autorytet faktycznie ma dyplom profesora biologii czy medycyny, a na dodatek stroi się w piórka jedynego sprawiedliwego, który walczy z systemem i lobby „big pharma” – mówi ekspert z SWPS.

Mamy też powoływanie się na wyrwane z kontekstu wyniki badań i używanie trudnych terminów. Prof. Doliński zwraca uwagę, że nieprzypadkowo do opisu pseudomedycznych specyfików wykorzystuje się naukowo brzmiące pojęcia, bo one wzmacniają ich wiarygodność, a jednocześnie są na tyle skomplikowane, że mało komu przyjdzie na myśl je sprawdzać. Jednocześnie „cudowne terapie” często przedstawia się jako naturalne, co wydaje się zdrowe i wywołuje myślenie, że

w najgorszym razie nie zaszkodzi. – W psychologii społecznej nazywamy to zjawisko asymetrią zysków i strat. Ważniejsze jest to, żeby nie było gorzej, niż to, żeby było lepiej. W końcu obniżka pensji o 100 zł powoduje większą wściekłość niż radość z podwyżki w tej samej kwocie – wyjaśnia psycholog społeczny z Wydziału Psychologii Uniwersytetu SWPS we Wrocławiu.

Kolejna metoda, która zwabia w objęcia szarlatanów, to opisana przez prof. Roberta Cialdiniego reguła niedostępności. W skrócie chodzi o to, aby wykreować poczucie, że coś jest trudne do zdobycia, bo wiadomo, że wtedy bardziej się tego pożąda.

SKĄD WIESZ, ŻE JEST TAK, A NIE INACZEJ

Podkreśla się także, że aby wpaść w sidła szarlatanów, wcale nie trzeba łąpać się na specjalne techniki manipulacyjne. Jak zaznacza dr Dorota Kobylińska z Katedry Psychometrii i Diagnostyki Psychologicznej Wydziału Psychologii Uniwersytetu Warszawskiego, to cel uświęca środki. – Z reguły jest tak, że ludzie, którzy szukają pomocy w chorobie, próbują wszystkiego. Rządzą nimi emocje, a w stanie huśtawki emocjonalnej jest się dużo bardziej podatnym na wpływ. Jeśli ktoś im obieca, że coś im pomoże, to idą w to. Co ważne, tutaj w zasadzie nie trzeba kreować potrzeby, ona jest w pacjencie i wystarczy ją zaspokoić – mówi dr Kobylińska. Znany jest

także efekt polegający na tym, że jeśli zainwestuje się czas, pieniądze, wysiłek w jakieś działanie, to bardziej wierzy się w jego skuteczność, nawet jeśli nie ma na nią obiektywnych dowodów.

Na popularność osób promujących metody niemające nic wspólnego z evidence-based medicine może też wpływać występujący w społeczeństwie tzw. kryzys eksperckości. Zjawisko polega na tym, że ludzie przestają wierzyć uznanym ekspertom, a więc między innymi również lekarzom. – Kilka lat temu robiliśmy badanie, w którym zapytaliśmy Polaków, czy ich zdaniem lekarze są kompetentni i uczciwi. Okazało się, że odpowiedzi negatywnych było niewiele, bo raptem kilkanaście procent, ale za to odnotowaliśmy 30–40 proc. odpowiedzi „nie wiem/trudno powiedzieć”. Jeżeli pacjent nie jest pewny, czy może lekarzowi zaufać, to jest bardziej podatny na inne źródła informacji – mówi dr hab. Katarzyna Stasiuk z Zakładu Komunikacji Społecznej i Badań Podstawowych w Psychologii Uniwersytetu Jagiellońskiego. – Proszę zauważyć, że przeciwnicy szczepień często podważają autorytet lekarzy i zaufanie do nich, ponieważ w ten sposób łatwiej im przekonać część osób do swoich poglądów – zauważa ekspertka z UJ.

Brak zaufania bierze się między innymi z tego, że w erze powszechnego dostępu do internetu mamy pod ręką mnóstwo informacji, które możemy dowolnie konfrontować z tym, co usłyszymy od lekarza. Co z tego, że trudno nam ocenić rzetelność tych treści. Ważne, że brzmia wiarygodnie. – Jeśli uważnie przysłuchamy się osobom głoszącym poglądy pseudomedyczne, łatwiej zrozumiemy, dlaczego ich przekaz bywa tak przekonujący. Oni umiejętnie wykorzystują istniejące wątpliwości i obawy, np. rozpowszechniając narrację, że lekarze wykonują szczepienia, dlatego że w zamian otrzymują korzyści od koncernów farmaceutycznych. Pokazują jakieś statystyki i formułują wnioski, które na pierwszy rzut oka mogą brzmieć przekonująco, choć w rzeczywistości opierają się na tzw. iluzorycznej korelacji, czyli błędnym dostrzeganiu związku między zjawiskami, które w rzeczywistości nie są ze sobą powiązane – mówi Katarzyna Stasiuk. Laik bez wiedzy medycznej zaczyna się zastanawiać, że może coś w tym jest.

SEDNO SPRAWY

– Chcąc zrozumieć, dlaczego ludzie szukają pomocy poza obszarem naukowej

medycyny, trzeba spojrzeć na to zjawisko w szerszym kontekście. Uważam, że pierwotną przyczyną jest to, że system opieki zdrowotnej nie zaspokaja ich potrzeb w taki sposób, jakby oni tego oczekiwali – podkreśla z kolei dr Krzysztof Puchalski, socjolog zdrowia z Instytutu Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera w Łodzi. Jego zdaniem problem tkwi w dostępności do opieki i w relacji na linii lekarz–pacjent, w tym braku poświęcenia wystarczającej ilości czasu i uwagi choremu.

– System nie ułatwia zbudowania dobrej relacji, bo chorych jest dużo, a czasu mało, w efekcie brakuje

Osoby głoszące poglądy pseudomedyczne umiejętnie wykorzystują istniejące wątpliwości i obawy; na pierwszy rzut oka mogą brzmieć przekonująco

przestrzeni na rozmowę. Problemem jest też to, na ile lekarze jeszcze na studiach są przygotowywani do zapiekowania się potrzebami psychologicznymi pacjenta i traktowania go po partnersku. To w mojej opinii w dalszym ciągu pozostawia wiele do życzenia – twierdzi dr Puchalski. – Dodatkowo medycyna, a przez to organizacja opieki, ulegają coraz głębszej fragmentacji, co utrudnia postrzeganie człowieka jako całości, a pacjent oczekuje od lekarza pełnej wiedzy i że pomoże mu w każdej sytuacji zdrowotnej. W efekcie chory czuje się uprzedmiotowiony do zbioru części ciała, a nie traktowany jak człowiek w wymiarze społecznym, humanistycznym, psychologicznym. To nie jest wina lekarzy, po prostu w takim kierunku rozwinęła się medycyna i tak organizowany jest system opieki medycznej – zaznacza socjolog.

KONFRONTACJA W GABINECIE

Jak rozmawiać z pacjentem, który wierzy w pseudomedycynę? – Przede wszystkim okazać zrozumienie zamiast pogardy i wesprzeć emocjonalnie. Niestety mamy z tym kłopot. Nauczam komunikacji medycznej studentów kierunku lekarskiego. Przyznam szczerze, że większość

z nich nie jest przekonana, że to, jak będą rozmawiać z chorym, ma aż tak duże znaczenie. Dopiero rozmowy o ich własnych doświadczeniach w gabinetach lekarskich z perspektywy pacjenta i odgrywanie scenek sytuacyjnych zmienia ich nastawienie. Wówczas orientują się, że nawet sformułowanie pytania w niewłaściwy sposób może być odebrane jako krzywdzące – mówi Dorota Kobylńska z Wydziału Psychologii UW. Dodaje, że oczywiście równocześnie należy też tłumaczyć brak udokumentowanej skuteczności metod pseudomedycznych.

To jednak bywa trudne. – Lekarze starają się tłumaczyć te kwestie za pomocą wiedzy naukowej, ale ta metoda często bywa nieskuteczna. Niestety, pokazywanie obiektywnych zależności statystycznych i naukowych danych medycznych przemawia dużo gorzej do wyobraźni niż to, że kolega Zenek zjadł cudowny suplement, po czym wreszcie przestał go boleć brzuch. Nieważne, że takie wnioskowanie jest fałszywe i niczym nieudokumentowane. Po prostu mózg ludzki łatwiej uczy się wnioskowania na podstawie pojedynczych przypadków niż na podstawie liczb i obiektywnych faktów – zwraca uwagę prof. Dołęcki. – Dlatego uważam, że jedną ze skuteczniejszych metod walk z dezinformacją medyczną jest pokazywanie autentycznych przypadków osób, którym jakaś praktyka pseudomedyczna zaszkodziła – dodaje psycholog z SWPS.

Nie zawsze też jest czas, by odwozić pacjenta od szarlatanerii. Zdaniem dr Katarzyny Stasiuk warto w tym wszystkim zadać pytanie, czy faktycznie lekarz ma z tym zjawiskiem walczyć. – To powinno być rozwiązane systemowo, bo to system ponosi realne koszty. Skoro pacjent woli się leczyć strukturyzowaną wodą czy lewoskrętną witaminą C, zamiast brać leki zaordynowane przez lekarza, a po jakimś czasie wraca do systemu opieki zdrowotnej, bo jego stan zdrowia się pogorszył, to na przykład powinien dopłacić do kolejnej wizyty. Nie obarczamy pacjentów żadnymi konsekwencjami za to, że się nie stosują do zaleceń lekarskich. To się powinno zmienić – uważa Katarzyna Stasiuk. ●

TEMAT NUMERU

Lex szarlatan: jak nie wylać dziecka z kąpielą?

LIDIA SULIKOWSKA

Projekt nowelizacji ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, mającej ułatwić walkę z pseudomedycyną, w maju został przyjęty przez rząd i trafił do Sejmu. Brakuje jednak konsensusu co do jego ostatecznego kształtu.

Regulacje zawarte w niedługim, bo kilkustronicowym dokumencie, potocznie nazywanym lex szarlatan, powstały z inicjatywy i przy dużym udziale Rzecznika Praw Pacjenta. Mają skuteczniej chronić pacjentów przed praktykami pseudomedycznymi, dezinformacją medyczną, działalnością osób podszywających się pod specjalistów medycznych i oferowaniem niesprawdzonych metod leczenia, które mogą odciągać od skutecznej diagnostyki i leczenia zgodnego z aktualną wiedzą medyczną.

– Nowe przepisy pozwolą mocniej stanąć po stronie pacjentów i ich rodzin, będących ofiarami oszustw medycznych. Lex szarlatan to ochrona obywateli oparta na wiedzy, odpowiedzialności i prawie do rzetelnej informacji – ocenił Rzecznik Praw Pacjenta Bartłomiej Chmielowiec w komunikacie wydanym zaraz po przyjęciu projektu nowelizacji przez Radę Ministrów. Zaproponowane zmiany wzmacniają kompetencje RPP, dzięki czemu będzie mógł szybciej reagować na nielegalne i niebezpieczne praktyki, także wobec podmiotów działających bez wymaganych wpisów do rejestru działalności leczniczej.

Niedługo po tym, gdy projekt nowelizacji ustawy został przyjęty przez rząd, skierowano go do prac legislacyjnych w Sejmie. Przepisami zajęła się sejmowa Komisja Zdrowia. Pierwsze czytanie tego dokumentu odbyło się 9 czerwca. Podczas posiedzenia doszło do żywiołowej dyskusji na jego temat.

Wiceminister zdrowia Katarzyna Kęcka, przedstawiając założenia projektu,

wyjaśniała, że celem proponowanych rozwiązań jest zwiększenie poziomu przestrzegania praw pacjenta i wprowadzenie nowych mechanizmów przeciwdziałania szkodliwym i niebezpiecznym dla zdrowia i życia ludzkiego praktykom pseudomedycznym. – Projekt zawiera trzy zasadnicze obszary

Choć cel ustawy nie budzi większych sporów, gorącą dyskusję wywołują przepisy rozszerzające uprawnienia Rzecznika Praw Pacjenta wobec legalnie działających podmiotów leczniczych

zmian dotyczących: postępowania w sprawach praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjenta, postępowania w sprawie praktyk pseudomedycznych oraz nakładania przez Rzecznika Praw Pacjenta kar pieniężnych – powiedziała minister Kęcka. Dodała, że w toku konsultacji publicznych wpłynęło ponad 4 tys. uwag.

MIĘDZY WOLNOŚCIĄ I BĘZPIECZEŃSTWEM PACJENTÓW

Podczas debaty nad projektem zgromadzeni na Komisji Zdrowia posłowie i przedstawiciele strony społecznej zgłaszali rozliczne uwagi. Ze strony części uczestników

posiedzenia padły między innymi stwierdzenia, że zawarte w projekcie rozwiązania są zbyt daleko idące i nieprecyzyjne, a Rzecznik Praw Pacjenta otrzymuje za duże kompetencje. Część osób twierdziła, że zapisy dotyczące praktyk pseudomedycznych ograniczają wolność pacjenta do wyboru terapii.

Na przykład poseł Grzegorz Lorek (PiS) ocenił, że w proponowanym projekcie jest dużo ogólników i niedoprecyzowanych zapisów, a definicja praktyk pseudomedycznych może stwarzać ryzyko nadinterpretacji. Z kolei poseł Roman Fritz (Konfederacja Korony Polskiej) grzmiał, że dokument budzi wątpliwości z punktu widzenia praw obywatelskich, wolności słowa, wolności działalności gospodarczej, prawa do wyboru terapii, jak i transparentności procesu legislacyjnego. Zgłosił też wniosek o przeprowadzenie wysłuchania publicznego nad projektem (który w drodze głosowania nie przeszedł).

Z kolei poseł Witold Tumanowicz (Konfederacja) zwrócił uwagę, że oszuści żerujący na ludzkiej chorobie, rozpacz i nadziei powinni być ścigani, ale państwo nie może walczyć z jednym zagrożeniem przez stworzenie innego. Ocenił, że proponowane rozwiązania dają Rzecznikowi Praw Pacjenta ogromne kompetencje. – Ten sam organ może wszcząć postępowanie, zebrać materiał dowodowy, ocenić

go, wydać decyzję, nałożyć karę sięgającą nawet miliona złotych i opublikować informację o ukaraniu – stwierdził Witold Tumanowicz, dodając, że rozwiązanie budzi poważne wątpliwości z punktu widzenia praw obywatelskich i zasad państwa prawa.

LEKARZE CHCĄ DOPRACOWANIA USTAWY

Głos zabrali również przedstawiciele środowiska lekarskiego. Onkolog prof. Jacek Jassem podkreślił, że chorzy onkologicznie to najłatwiejszy łup, bo w rozpaczy, szukając czasem złudnej nadziei, próbują wszystkiego, chwycą się każdej metody. – To powoduje nieszczęścia, nie możemy tego relatywizować. Słyszę tu wiele głosów, z powodu których skóra mi cierpnie – powiedział. Dodał, że to nie jest ustawa wymierzona przeciwko pacjentom, ale taka, która chroni pacjentów. Podkreślił, że wolność kończy się tam, gdzie zaczynamy szkodzić innym. – Dopracujmy tę ustawę i mówmy jednym głosem – zaapelował.

Z kolei Grzegorz Wrona, sekretarz Naczelnej Rady Lekarskiej IX kadencji, przypomniał, że samorząd zawodowy lekarzy i lekarzy dentystów od lat przedstawia szereg opinii i stanowisk w temacie pseudomedycyny. – Mam wrażenie, że przez wiele lat prób uporania się z tym olbrzymim problemem bardzo dużo się robiło, żeby nic nie zrobić. Nie chciałbym, aby po raz kolejny tak się stało – powiedział Grzegorz Wrona. Dodał jednak, że w proponowanej ustawie doszło do zapisów rozwiązań idących zbyt daleko. Przypomniał, że NRL w lipcu ubiegłego roku podczas konsultacji publicznych zgłaszała wiele uwag do tego projektu, których niestety, co ostatnio staje się normą, nie uwzględniono. Chodzi m.in. o zapisy dotyczące naruszania zbiorowych praw pacjentów przez podmioty lecznicze niemające nic wspólnego z pseudomedycyną.

W podobnym tonie wypowiedziała się Bożena Janicka, prezes Porozumienia Pracodawców Ochrony Zdrowia (PPOZ). Podkreśliła, że nie jest przeciwko regulacji dotyczącej szarlatanów, którzy bazują na nieszczęściu i chorobie pacjenta, ale bezwzględnie oczekuje rozdzielenia lex szarlatan od legalnie działających podmiotów leczniczych.

Kością niezgody jest to, że chociaż projekt lex szarlatan jednoznacznie kojarzy się z walką z pseudomedycyną, to jednocześnie znalazły się w nim zapisy dotyczące normalnie działających podmiotów leczniczych, odnoszące się do

postępowań prowadzonych przez Rzecznika Praw Pacjenta w sprawach praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów i zwiększające kompetencje RPP w tym zakresie. Chodzi o zapisy umożliwiające Rzecznikowi m.in. nakładanie kar finansowych już w pierwszej decyzji, nawet jeśli placówka zaprzestała kwestionowanego działania, a także podwojenie maksymalnej wysokości kar z 500 tys. zł do 1 mln zł.

Na fakt, iż projektowane przepisy wykraczają daleko poza walkę z pseudomedycyną, zwraca też uwagę Konfederacja Lewiatan. Obecny na Komisji Zdrowia przedstawiciel

Nowe przepisy pozwolą mocniej
stanać po stronie pacjentów i ich rodzin,
będących ofiarami oszustw
medycznych

tej organizacji podkreślał, że problemem jest to, że projekt dotyczy nie tylko pseudomedycyny, ale też zupełnie normalnej medycyny.

PPOZ deklaruje, że w pełni popiera działania mające na celu eliminowanie pseudomedycyny, ale sprzeciwia się zawartym w projekcie zmianom dotyczącym postępowań w sprawach praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów, które mogą uderzyć w legalnie działające podmioty lecznicze. Organizacja jeszcze pod koniec maja w pismach skierowanych do premiera i minister zdrowia zaapelowała o rozdzielenie tych dwóch obszarów na dwa odrębne projekty. Zapowiedziała też, że jeśli projekt zostanie przyjęty w obecnym kształcie, zwróci się do Prezydenta RP z wnioskiem o zawetowanie ustawy.

PRACE W PODKOMISJI

W związku z wątpliwościami, jakie zostały zgłoszone podczas posiedzenia, sejmowa Komisja Zdrowia zdecydowała o powołaniu nadzwyczajnej podkomisji do rozpatrzenia projektu. Wniosek w tej sprawie zgłosił poseł Janusz Cieszyński (PiS). Podkomisja pochyliła się nad projektem 17 czerwca. W toku tego posiedzenia podjęto decyzję

o wykreśleniu zapisu umożliwiającego Rzecznikowi Praw Pacjenta nakazanie podmiotowi leczniczemu publikacji decyzji dotyczącej naruszenia zbiorowych praw pacjentów. Przeszła również poprawka, aby decyzja tymczasowa, wydawana przez Rzecznika jeszcze przed końcem postępowania w sprawie działań naruszających zbiorowe prawa pacjentów, obowiązywała maksymalnie miesiąc. Doprecyzowano też definicję praktyki pseudomedycznej.

Uczestnicy spotkania rozważali również, czy karać finansowo za rozpowszechnianie dezinformacji medycznej. Projektowane zapisy przewidują takie rozwiązanie. Poseł Janusz Cieszyński stwierdził, że trzeba je zmienić, bo za mówienie rzeczy niezgodnych z aktualną wiedzą medyczną nie powinno się karać finansowo. Zaproponował, aby zamiast tej formy sankcji umieszczać takie informacje w rejestrze dostępnym publicznie, który miałby prowadzić Rzecznik Praw Pacjenta. Temat wywołał dyskusję. Obecna na posiedzeniu lekarka psychiatra Maja Herman stanowczo sprzeciwiła się temu pomysłowi.

– Ludzkość aktualnie dysponuje bronią mogącą wyrządzić większe szkody niż bomba. Chodzi o możliwość masowego wpływania na to, co ludzie myślą, czego się boją, komu ufają i jakie decyzje podejmują. Najbardziej zagraża nam dezinformacja w sieci – stwierdziła, podkreślając, że to właśnie dzięki dezinformacji straszącej przed szczepieniami wróciła odra. Dodała, że ludzie nie szukają informacji u rzecznika. Dlatego trzeba dać mu narzędzia (możliwość nałożenia kary finansowej – przyp. red.), aby móc realnie zatrzymać rozprzestrzenianie się dezinformacji medycznej. Finalnie podkomisja nie podjęła decyzji w tej sprawie, temat pozostawiono do omówienia na Komisji Zdrowia podczas drugiego czytania projektu.

Również poprawki przyjęte przez podkomisję muszą być zaakceptowane przez Komisję Zdrowia. W momencie oddania tego numeru „GL” do druku jesteśmy przed tym posiedzeniem. O dalszych losach projektu będziemy informować w kolejnym numerze gazety oraz na www.gazetalekarska.pl. ●

TEMAT NUMERU

Uderzamy w oszustwa medyczne

Z szarlatanem jest jak z hydrą. Odcina się jedną głowę, a w to miejsce wyrasta kilka nowych. Nowe przepisy to odpowiedź na praktyki pseudomedyczne i szkody, jakie te działania powodują – mówi **Paweł Grzesiewski**, dyrektor Departamentu Prawnego biura Rzecznika Praw Pacjenta, w rozmowie z Lidią Sulikowską.

Rzecznik Praw Pacjenta od lat podkreśla, że potrzebuje realnych narzędzi do walki z pseudomedycyną, która kusi obietnicą szybkiego uzdrowienia, a w rzeczywistości może prowadzić do utraty zdrowia, a nawet życia. Receptą ma być rządowy projekt nowelizacji ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, który w maju trafił do Sejmu.

Rzeczywiście, można nawet powiedzieć, że ten projekt, potocznie nazywany lex szarlatan, wyszedł spod pióra biura RPP. Nowe przepisy to odpowiedź na praktyki pseudomedyczne i szkody, jakie te działania powodują. Nad kształtem proponowanej nowelizacji pracowaliśmy wspólnie z Ministerstwem Zdrowia. W toku konsultacji publicznych wpłynęło ponad 4 tysiące uwag. Nad wszystkimi się pochyliliśmy, a część z nich miała wpływ na brzmienie konkretnych przepisów. Pozytywnie odbieramy kształt tego dokumentu, który został przyjęty przez Radę Ministrów i trafił do prac w Sejmie.

Jakie narzędzia do walki daje ta nowelizacja Rzecznikowi Praw Pacjenta?

Kluczową kwestią jest umożliwienie podejmowania działań przeciwko pseudomedycynie uprawianej poza obszarem związanym z wykonywaniem działalności leczniczej. Proponowane przepisy wyposażają nas w narzędzia, które dają kompetencje w tym zakresie. Bez tej zmiany pozostaje nam dochodzenie odpowiedzialności od tych osób na zasadzie zgłoszeń do prokuratury, ale ta droga jest nieskuteczna. Tego typu sprawy nierzadko toczą się latami. W tym czasie oszust medyczny dalej

działa, a nawet jeśli w końcu udaje się go skazać, to na jego miejsce szybko przychodzą następcy. Z szarlatanem jest jak z hydrą. Odcina się jedną głowę, a w to miejsce wyrasta kilka nowych.

Dlatego zależało nam, aby móc z nimi samodzielnie walczyć. Ten projekt stwarza katalog praktyk pseudomedycznych odnoszących się do osób, które nie wykonują zawodu medycznego. Chodzi o zwalczanie usług, które nie mają nic wspólnego z aktualną wiedzą medyczną, a przypisuje im się cudowne efekty terapeutyczne, np. leczenie ziołami nowotworów czy leczenie muchomorami zaburzeń psychicznych. Rozmaite cuda, które obiecują spektakularne efekty zdrowotne, niejednokrotnie odwodząc przy tym pacjentów od leczenia konwencjonalnego, oparte na faktach.

Podczas posiedzenia sejmowej Komisji Zdrowia, na którym odbyło się pierwsze czytanie tego dokumentu, padło wiele słów krytyki wobec tego projektu. Spodziewał się Pan takich reakcji?

Według mnie ta dyskusja była bardzo owocna. Każdy ma prawo wyrazić swoje poglądy. Generalnie wyrażano się w sposób kulturalny i rzeczowy, a na koniec zdecydowano o tym, by nad projektem pochyliła się jeszcze podkomisja nadzwyczajna, którą powołano specjalnie do tego celu. Taki sposób procedowania służy temu, by wypracować jak najlepsze rozwiązanie.

Odnosząc się do kwestii krytycznych, które padły podczas tamtego spotkania, to są nam one znane od dawna. Zetknęliśmy się z nimi jeszcze w toku prac nad projektem tej ustawy, zanim trafił do Sejmu. W mojej ocenie wiele z nich wynika albo z chęci tworzenia złej narracji wokół tego projektu, albo jego niezrozumienia. Weźmy pod uwagę chociażby zarzut, że proponowane zmiany ograniczają swobodę działalności gospodarczej, bo rzekomo zabraniają działania osobom trudniącym się ziołolecznictwem, akupunkturą czy masażami. To nieprawda. Jedyne, co się zmienia, to że nie będzie można bezkarnie wprowadzać ludzi w błąd, np. twierdzić, że za pomocą ziół wyleczymy raka albo cofniemy marskość wątroby, wykorzystywać ich słabszej pozycji z powodu problemów zdrowotnych i czerpać z tego korzyści finansowych.

Część osób twierdziła, że zapisy dotyczące praktyk pseudomedycznych ograniczają autonomię pacjenta i jego wolność do wyboru terapii. Jak pan to skomentuje?

To nieuprawniona interpretacja. Pacjent może korzystać absolutnie ze wszystkiego, jeśli ma takie życzenie. Pod warunkiem że będzie rzetelnie informowany o oferowanych usługach, a nie zwodzony nieprawdziwymi informacjami.

Ze strony części uczestników tamtego posiedzenia padły stwierdzenia, że proponowana nowelizacja

ustawy jest zbyt nieprecyzyjna w kwestii definicji praktyki pseudomedycznej.

Istotnie, ta kwestia była podnoszona, ale według mnie w tych wypowiedziach zabrakło informacji, co konkretnie jest w tej definicji nieprecyzyjne. Tego rodzaju przepisy muszą mieć charakter dość ogólny. Chciałbym jednocześnie podkreślić, że wszystkie decyzje Rzecznika Praw Pacjenta podlegają kontroli sądów. Nie jest tak, że Rzecznik zyskuje nie wiadomo jaką władzę i może działać w sposób absolutnie dowolny. W mojej ocenie te przepisy w kształcie, w jakim trafiły pod obrady Komisji Zdrowia, są adekwatne. Nie jesteśmy zamknięci na ewentualne poprawki, temu służy toczący się proces legislacyjny.

Czy ustawa obejmie działalność w internecie, np. influencerów promujących niezweryfikowane terapie?

Projekt nie zawęży działania nowych przepisów wyłącznie do działalności na zasadzie, że mam gabinet i przyjmuję tam klientów. Uważam, że sfera mediów społecznościowych jak najbardziej będzie wchodzić w grę. Pojawiły się natomiast głosy, aby nie karać finansowo za samo szerzenie dezinformacji medycznej. Kwestia ta ma być dyskutowana. W momencie, w którym rozmawiamy, trudno przewidzieć, jakie będą ostateczne ustalenia.

Projekt lex szarlatan jednoznacznie kojarzy się ze zmianami legislacyjnymi mającymi na celu walkę z pseudomedycyną. Jednocześnie jednak znalazły się w nim zapisy dotyczące normalnie działających podmiotów leczniczych, odnoszące się do postępowań w sprawach praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów i znacznie poszerzające kompetencje RPP w tym zakresie. Zapisy te wzbudziły sprzeciw w środowiskach medycznych. Po co łączyć te kwestie w jednej nowelizacji?

Komponent dotyczący praktyk pseudomedycznych związanych z osobami niewykonywającymi zawodu medycznego, o którym wcześniej rozmawialiśmy, jest dla nas najważniejszy, ponieważ to obszar dotychczas całkowicie niezabezpieczony. Natomiast jeśli chodzi o komponent, o którym pani przed chwilą wspomniała, to my od dawna mówiliśmy o potrzebie zmian w tym zakresie. Proszę zauważyć, że ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta bardzo rzadko jest nowelizowana. Obszar związany z naruszaniem



foto.: Archiwum RPP

zbiorowych praw pacjentów przez podmioty lecznicze właściwie nie był zmieniany od momentu jej powstania, a widzimy, że są kwestie do poprawy.

Projekt zakłada umożliwienie nakładania kar finansowych już w pierwszej decyzji, czyli za samo naruszenie zakazu stosowania praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów. Czy to Pana zdaniem sprawiedliwe rozwiązanie? Tym bardziej że katalog dotyczący naruszeń zbiorowych praw pacjentów nie jest zamknięty.

Obecnie możemy nakładać karę pieniężną w momencie, gdy podmiot nie dostosuje się do naszej decyzji. To w zdecydowanej większości przypadków jest wystarczające, dlatego zakładamy stosowanie tego przepisu w przypadku rażących naruszeń. Podam przykład: jesteśmy przed wydaniem decyzji dotyczącej tego, że jakiś podmiot leczniczy prowadzi bardzo niebezpieczną praktykę zagrażającą zdrowiu lub życiu, który na dzień przed wydaniem decyzji poinformuje nas, że już takich działań zaprzestał. W takiej sytuacji obecnie możemy już tylko wydać decyzję potwierdzającą, że taka praktyka była stosowana z jednoczesnym uznaniem jej za niechciana. Nie możemy nakazać usunięcia skutków naruszeń czy

◀ Nie walczymy z ziołami, masażami czy akupunkturą. Walczymy z przypisywaniem im cudownych właściwości leczniczych, których nie potwierdza wiedza medyczna – podkreśla Paweł Grzesiewski, dyrektor Departamentu Prawnego biura Rzecznika Praw Pacjenta

nałożyć kary pieniężnej. Chodzi o tego typu sytuacje.

Projekt przewiduje zwiększenie maksymalnej wysokości kary finansowej za naruszanie zbiorowych praw pacjentów z 500 tys. do 1 mln zł. Czy to konieczne?

Wysokość kar nie była zmieniana od 2008 r. Wartość pieniądza od tego czasu bardzo się zmieniła. Po części rozumiem obawy z tym związane, ale chciałbym podkreślić, że wysokość kary jest miarkowana w zależności od skutków naruszeń, rodzaju naruszanego prawa, bierzemy również pod uwagę możliwości finansowe karanego podmiotu.

W świetle projektowanych zmian RPP zyskuje także możliwość wydawania decyzji tymczasowych – jeszcze przed zakończeniem postępowania.

W naszej ocenie sfera, którą się zajmujemy, wymaga posiadania takiego narzędzia. Zwracam uwagę, że zgodnie z proponowanymi zapisami decyzja tymczasowa może być wydana tylko w sytuacji, gdy zachodzi uprawdopodobniona przesłanka, że doszło do danego naruszenia i że może mieć to przełożenie na zdrowie lub życie. Nie jest tak, że wydamy decyzję tymczasową w każdej sprawie, i to na przykład na podstawie anonimowego donosu.

Organizacja PPOZ postulowała rozdzielenie projektu na dwa odrębne akty prawne: jeden poświęcony praktykom pseudomedycznym, drugi dotyczący zmian w postępowaniach dotyczących naruszania zbiorowych praw pacjentów.

Nie jestem do tego pomysłu przekonany. Obydwie materie się wzajemnie uzupełniają. Częściowo przepisy dotyczące naruszeń zbiorowych praw pacjentów będzie się odpowiednio stosować do praktyk pseudomedycznych. Nie widzę więc możliwości ani zasadności, aby je od siebie oddzielić i procedować oddzielenie. ●

TEMAT NUMERU

Biznes strachu

SYLWIA WAMEJ

Niewiele rzeczy budzi silniejsze emocje niż choroba własna lub bliskiej osoby. Współczesna pseudomedycyna doskonale wykorzystuje ten mechanizm.

Kiedy ktoś słyszy, że lekarze czegoś nie mówią, że istnieje ukrywana prawda o nowotworach, szczepieniach czy lekach, uruchamia się mechanizm niepewności. Wtedy pojawia się rynek gotowy tę niepewność zagospodarować. Pytanie brzmi nie tyle, dlaczego ludzie wierzą w pseudomedycynę, co kto na tym zarabia.

SPRZEDAWCY NADZIEI

Jedną z największych grup beneficjentów są influencerzy zdrowotni. Nie wszyscy oczywiście rozpowszechniają dezinformację, ale część z nich buduje swoją popularność na podważaniu wiedzy medycznej lub promowaniu metod niemających potwierdzenia naukowego.

Model biznesowy jest prosty. Najpierw pojawia się treść wywołująca emocje: ostrzeżenie przed szczepieniami, suplementami ukrywanymi przez koncerny albo rzekomą szkodliwością leków. Następnie oferowane jest rozwiązanie: e-book, webinar, kurs, konsultacja lub konkretny produkt. Im większy niepokój odbiorcy, tym większa szansa na zakup. To mechanizm znany z marketingu internetowego. Najpierw buduje się problem, potem sprzedaje odpowiedź. W przypadku zdrowia stawką są jednak nie tylko pieniądze, ale często także decyzje dotyczące leczenia.

SUPLEMENTY, AKADEMIE I PORTALE

Ogromne zyski generuje również rynek suplementów diety i różnego rodzaju urządzeń reklamowanych jako wspierające zdrowie. Preparaty „na odporność”, „na oczyszczanie organizmu”, „na pasożyty”, „na boreliozę” czy „na walkę z rakiem” są często przedstawiane jako naturalna alternatywa dla medycyny.

Podobnie wygląda sytuacja z urządzeniami do biorezonansu, analizatorami częstotliwości czy innymi produktami wykorzystującymi naukowo brzmiące hasła. Dla przeciętnego odbiorcy granica między technologią medyczną a marketingiem bywa trudna do uchwycenia. Dla sprzedawców jest to natomiast bardzo dochodowy biznes.

Szczególnie atrakcyjne są produkty, których skuteczności nie trzeba udowadniać

w taki sposób jak leków. Pozwala to szybciej wprowadzać je na rynek i budować wokół nich narrację opartą bardziej na emocjach niż na wynikach badań.

Mniej widocznym, ale niezwykle dochodowym segmentem są szkolenia i certyfikacje. W ostatnich latach powstały dziesiątki szkół, instytutów i akademii oferujących kursy terapii naturalnych, energetycznych czy holistycznych.

Za kilka tysięcy złotych uczestnicy otrzymują certyfikaty potwierdzające ukończenie szkolenia oraz poczucie zdobycia wyjątkowej wiedzy. W praktyce często chodzi o przygotowanie kolejnych osób, które będą oferowały podobne usługi następnym klientom.

To jeden z najbardziej opłacalnych modeli biznesowych. Nie sprzedaje się produktu, lecz obietnicę kompetencji

oraz możliwość wejścia do branży, która ma przynosić zyski.

Na strachu zarabiają również właściciele stron internetowych publikujących sensacyjne treści zdrowotne. Nagłówki o „ukrywanej prawdzie”, „cudownym leku” czy „szokującym odkryciu” generują ogromny ruch, a ruch oznacza wpływy reklamowe.

W tym modelu nie liczy się rzetelność informacji, lecz liczba odsłon. Im bardziej alarmistyczny materiał, tym większa szansa na kliknięcie, udostępnienie i komentarz. W efekcie powstaje środowisko informacyjne, w którym emocje stają się cenniejsze od faktów.

Co więcej, takie portale często funkcjonują w symbiozie z influencerami i sprzedawcami produktów. Sensacyjny artykuł buduje zainteresowanie, media społecznościowe zwiększają zasięg, a na końcu pojawia się oferta rozwiązania problemu.

PSEUDOTERAPEUCI

Najbardziej widoczną częścią rynku pozostają jednak sami pseudoterapeuci. Oferują konsultacje, sesje, analizy energetyczne, terapie częstotliwościowe czy diagnostykę niemającą wartości klinicznej.

Ich działalność często funkcjonuje na granicy prawa. Nie używają słowa „leczenie”, lecz mówią o harmonizacji organizmu, wspieraniu zdrowienia czy przywracaniu równowagi. Dzięki temu mogą budować wrazenie profesjonalizmu bez konieczności spełniania wymogów obowiązujących zawody medyczne.

Dla wielu pacjentów szczególnie atrakcyjne jest to, że oferują coś, czego często brakuje w przeciążonym systemie ochrony zdrowia: czas, uwagę i poczucie indywidualnego podejścia. Problem pojawia się wtedy, gdy za tymi obietnicami nie stoi skuteczność ani odpowiedzialność. ●

KTO PŁACI RACHUNEK?

Niemal każdy element pseudomedycznego ekosystemu może generować zyski. Zarabiają twórcy internetowi, sprzedawcy suplementów, organizatorzy kursów, właściciele portali i samozwańcy terapeuci. Łączy ich jedno: wszyscy funkcjonują dzięki uwadze i emocjom odbiorców. Jedyną stroną, która najczęściej nie zarabia, jest pacjent. To on ponosi koszty finansowe, kupując nieskuteczne produkty i usługi. To on ryzykuje opóźnienie właściwego leczenia. To on często zostaje sam z konsekwencjami decyzji podjętych pod wpływem strachu. Dlatego pseudomedycyna nie jest wyłącznie problemem medycznym. To również problem ekonomiczny. Dopóki lek będzie można skutecznie zamienić na pieniądze, dopóty znajdą się ludzie gotowi go sprzedawać.

AKTUALNOŚCI

Lekarze na celowniku po kryzysie w Szpitalu Południowym

MAŁGORZATA SOLECKA

Jeszcze kilka miesięcy temu pomysł zbierania danych o wszystkich umowach personelu medycznego wydawał się odłożony na półkę. Wystarczyło jednak kilkanaście dni politycznej burzy, by rząd wrócił do niego w ekspresowym tempie.

Oficjalnie chodzi o przejrzystość i lepsze zarządzanie systemem. Nieoficjalnie – o próbę odzyskania kontroli nad narracją po aferze, która zachwiała zaufaniem do władzy i otworzyła nowy rozdział sporu o wynagrodzenia lekarzy.

EKSPRESOWA ŚCIEŻKA LEGISLACYJNA

Sejm bez głosu sprzeciwu, choć trudno powiedzieć, by jednomyślnie, bo klub Prawa i Sprawiedliwości wstrzymał się od głosu, uchwalił przepisy, które pozwolą Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji na zbieranie danych o umowach pracowników publicznych podmiotów medycznych na PESEL (i numer PWZ). Czy to remedium, czy raczej placebo na potężny kryzys wizerunkowy partii rządzącej?

16 czerwca rząd – niespodziewanie – przyjął projekt „krótkiej ustawy”, umożliwiającej zbieranie umów „na PESEL”. Dzień później odbyło się jej pierwsze czytanie. 19 czerwca ustawę uchwalono. Na 23 czerwca wyznaczono posiedzenie Komisji Zdrowia Senatu. Wszystko wskazuje, że jeszcze w czerwcu ustawa trafi na biurko prezydenta Karola Nawrockiego, a w lipcu ma duże szanse na wejście w życie. Po co ten pośpiech, który – jak mawiają starsze pokolenia – jest, a na pewno bywa, wynalazkiem szatana?

Ministerstwo Zdrowia i NFZ o konieczności agregowania umów „na PWZ” lub „na PESEL” przekonywały od miesięcy. Od ponad roku domagali się tego też eks-

wydatków na koszty pracy (musiłyby się mieścić w określonym przepisami odsetku), ale pełnoskalowy kryzys zdetonowały doniesienia ze Szpitala Południowego w Warszawie.

POLITYCZNE TRZĘSIENIE ZIEMI

„Głupi niedźwiedziu! gdybyś w mateczniku siedział, Nigdy by się o tobie Wojski nie dowiedział.

Ale czyli pasieki zwabiła cię wonność,

Czy uczułeś do owsa dojrzałego skłonność:

Wyszedłeś na brzeg puszczy, gdzie się las przeredził,

I tam zaraz leśniczy bytność twą wysłedził...”.

To oczywiście Adam Mickiewicz, „Pan Tadeusz”, adaptacja 2026. W roli niedźwiedzia 28-letni lekarz, matecznika – szpital. Za brzeg puszczy przyjmujemy mandat radnego, obligujący do złożenia oświadczenia majątkowego, no a leśniczy, to – wiadomo – media, wsparte – wszystko na to wskazuje – wiedzą tych, którzy obserwowali słabość drapieżnika do pasieki i wonnego owsa. Czy też siana.

Sprawa Szpitala Południowego w drugiej połowie czerwca zafundowała takie wstrząsy w polityce,

Afera w Szpitalu Południowym uruchomiła proces polityczny, którego skutkiem może być największa od lat próba ingerencji państwa w system wynagradzania lekarzy

perci i partnerzy społeczni z Trójstronnego Zespołu ds. Ochrony Zdrowia, upatrując w tym punktu wyjścia do rozmów o ograniczeniu zarobków lekarzy kontraktowych. Resort zdrowia co prawda w listopadzie wycofał się ze wszystkich propozycji zmierzających do tego rozwiązania – i to podczas posiedzenia Naczelnej Rady Lekarskiej – ale temat wrócił, i to ze zdwojoną siłą. Jeszcze w maju minister zdrowia zaczęła snuć plany nałożenia limitów na szpitale w zakresie



◀ Choć sprawa samorządowego szpitala pozostaje poza odpowiedzialnością resortu zdrowia, i tak budzi wiele pytań i wątpliwości

foto: Shutterstock.com

w rządzie i w ochronie zdrowia, że trudno zaryzykować jakąkolwiek prognozę jej ostatecznych skutków. Wiadomo na pewno: polecą głowy, ale nie ma żadnej gwarancji, że będzie to wystarczająca ofiara na ołtarzu sondazy ocen rządu, zaufania do polityków i poparcia dla partii. Koalicja Obywatelska znalazła się w poważnych opałach. Nie na darmo publicyści zestawiają to, co już wyszło na jaw (1,6 mln zł dla lekarza bez specjalizacji, ale z partyjną legitymacją, specjalna ścieżka dostępu do diagnostyki dla działaczy KO, łącznie z „salonikiem VIP”) z banalnym wymiarem afery podsłuchowej sprzed ponad dekady. Słynne ośmiorniczki okazały się dla PO wyjątkowo ciężkostrawne. Teraz może być gorzej.

OD DYMISJI DO PYTAŃ BEZ ODPOWIEDZI

To, że w ciągu kilku dni stanowiska stracił cały zarząd szpitala i odwołana została jego rada nadzorcza, to „oczywista oczywistość”. Nie budzi zaskoczenia też zapowiedź Rafała Trzaskowskiego, że zmiany w radach nadzorczych obejmą wszystkie podmioty lecznicze prowadzone przez samorząd stolicy, z których

mają zniknąć politycy i działacze partyjni (prezydent Warszawy jest w potrzasku, bo prokuratura będzie badać, od kiedy miał wiedzieć o nieprawidłowościach w Szpitalu Południowym).

Nowe przepisy mają zwiększyć przejrzystość finansów w ochronie zdrowia, ale w praktyce wielu polityków oczekuje danych, które pozwolą rozprawić się z wysokimi kontraktami lekarskimi

W sprawie głównego bohatera też są oczywistości, ale również pewne zaskoczenia: rozwiązanie umów, zwrot 500 tys. zł i korekta kilkudziesięciu faktur, postępowanie prokuratorskie, złożenie

legitymacji partyjnej), mandatu radnego i wniosek o zawieszenie członkostwa w ORL w Warszawie. Sporo jak na zaledwie nieco ponad tydzień od publikacji pierwszego materiału. Są też znaki zapytania: czy rzeczywiście w szpitalu działał „salonik VIP”, czy też po prostu działacze i politycy KO, podobnie jak dzieje się to w innych szpitalach, korzystali z uprzywilejowanej ścieżki dostępu do świadczeń, przede wszystkim badań? Po prostu, bo przecież nie jest żadną tajemnicą, że politycy są traktowani w sposób szczególny, a obecna największa partia opozycyjna idzie po koronę dziesięciotysięczników hipokryzji, „zapominając” o potwierdzonych przypadkach uprzywilejowanego traktowania, jakim cieszyli się prominentni politycy tego ugrupowania. Co oczywiście nie jest żadnym usprawiedliwieniem. To tylko kontekst.

No i nazwiska: dziennikarze ich nie podają, choć zapewniają, że „są w posiadaniu”. Nikt mandatu nie złożył, nikt nie uderzył się w piersi. Jak długo potrwa dyskrekcja mediów,

jeśli politycy (i działacze, rzecz nie dotyczy wcale osób z pierwszych stron gazet) sami się nie przyznają?

DRUGIE I TRZECIE DNO AFERY

Media ujawniają kolejne dna (rzadko zdarza się tak trafne słowo) afery w Szpitalu Południowym, a znaki zapytania dotyczą również sygnalisty, który najpierw miał zawiadamiać o nieprawidłowościach na SOR-ze kierownictwo placówki i urzędników (w tym prezydenta miasta), potem ujawnił, co wiedział, dziennikarzom. Sam jednak jest w poważnym konflikcie ze szpitalem i są podejrzenia, że nie jest bezstronny, jeśli chodzi o władze Warszawy. Dlaczego? Tu pojawia się nazwisko Roberta Lewandowskiego i jedna z warszawskich inwestycji gwiazdy światowego futbolu. „Kapitan reprezentacji Polski buduje klinikę zajmującą się medycyną sportową. Placówka ma powstać już w przyszłym roku na obiektach WKT Mera w pobliżu Parku Szczęśliwickiego. Poza trzema salami operacyjnymi pacjenci będą mogli korzystać m.in. z najnowocześniejszego sprzętu do rehabilitacji. Luksusowa klinika ma niczym nie ustępować podobnym placówkom w Niemczech” – pisały media blisko dekadę temu, w grudniu 2016 r. Problem w tym, że słowo „buduje” zostało użyte bardzo na wyrost – w planach było dopiero pozyskanie gruntów od miasta przez zaprzyjaźnionego z piłkarzem i jego rodziną lekarza. Plany spełzły na niczym.

Porsche, salonik VIP, kolejka uprzywilejowanych, niezbudowana klinika, dopisywanie się do dyżurów – strony konfliktu licytują się w zarzutach i bulwersujących faktach, ale to didaskalia.

PREMIER POD ŚCIANĄ

Są pytania znacznie większego kalibru, a reakcja premiera Donalda Tuska – przede wszystkim apel do NIK o skontrolowanie sytuacji w ochronie zdrowia ze szczególnym uwzględnieniem przepływów finansowych – dowodzą, że jeśli chodzi o możliwe konsekwencje personale, „sky is the limit”. Szef rządu mówi w sposób, który każde sądzić, że stracił wiarę w rozwiązanie, które sam w ubiegłym roku zaproponował, czyli powierzenie resortu zdrowia w ręce fachowców i jego całkowite odpartyjnienie. Oczywiście, sprawa samorządowego szpitala pozostaje poza odpowiedzialnością resortu zdrowia, ale nie da się ukryć, że 1,6 mln zł z działalności leczniczej dla lekarza bez specjalizacji musi

budzić pytanie, czy leci z nami pilot – z właściwymi uprawnieniami i kompetencjami.

Zwłaszcza że premier, powołując Jolantę Sobierańską-Grendę na stanowisko ministra, obiecywał Polakom, że w systemie nastąpią takie zmiany, które przyniosą korzyść „pacjentom, nie lekarzom”. Samorząd lekarski bardzo krytycznie ocenił wówczas wypowiedź szefa rządu, ale to już przeszłość. Teraźniejszość i olbrzymi problem dla Tuska to fatalny styl, w jakim te słowa się zestarzały. Po niespełna roku pozytywnych zmian dla pacjentów nie ma, a opinia publiczna dowiadyuje się o niemal oficjalnym „fast tracku” dla uprzywilejowanych. Internet rozgrzewają zaś

Trudno prognozować ostateczne skutki sprawy Szpitala Południowego. Pewne jest jedno: zafundowała wstrząs w polityce, w rządzie i w ochronie zdrowia

memy w stylu: „Jak długo czeka się na przyjęcie do Koalicji Obywatelskiej i ile wynoszą składki? Chodzi o rezonans łokcia”. Internauci zgadzają się też, że minister zdrowia – która jakiś czas temu deklarowała, że pacjenci już mogą czuć się zadowoleni z wprowadzanych zmian (nieszczęśliwie zbiegło się to z doniesieniami o ograniczeniach w dostępie do diagnostyki), najwyraźniej zbierała opinie w osławionym saloniku.

Coraz bardziej prawdopodobne jest, że w ramach ucieczki do przodu Tusk zdecyduje się na zmianę o 180 stopni. Po odpartyjnienu nastąpi upartyjnienie, zaś resort zdrowia przejdzie w ręce Lewicy, zwłaszcza że politycy tego ugrupowania nie kryją zniecierpliwienia zarówno posunięciami resortu zdrowia, jak i nastawieniem KO, która wszystkie ewidentne słabości swojej polityki kwituje „a za to PiS”.

POWRÓT DO WOJNY O KONTRAKTY

Politycy są jednak zdeterminowani – i to pokazała dobitnie dyskusja w Sejmie – do podjęcia kolejnej

próby ograniczenia wynagrodzeń lekarzy. A nawet – wynagrodzeń w ochronie zdrowia, bo choć w kontekście „sprawy Kacprzyka” nie mówi się o ustawie o wynagrodzeniach minimalnych, temat gdzieś cały czas wybrzmiewa w tle. Tematem numer jeden, w zasadzie zaś jedynym tematem, stały się kontrakty lekarskie. I choć przepisy o agregowaniu umów dotyczyć mają wszystkich pracowników, nie tylko medycznych (będzie wiadomo, na przykład, ile zarabiają doradcy zarządów szpitali, jeśli tacy oczywiście są), wiadomo doskonale, że to właśnie na informacje o wysokości umów z lekarzami AOTMiT, MZ i NFZ czekają najbardziej.

– Zbierzecie te dane i co? Jakie będą kolejne kroki? – dociekała podczas pierwszego czytania w Komisji Zdrowia Marcelina Zawisza (Razem). Ale nie tylko w jej wypowiedzi wybrzmiewało oczekiwanie, by resort zdrowia położył na stole propozycję ograniczenia wysokości lekarskich kontraktów. Posłowie chcą też takich rozwiązań, które pozwolą monitorować – niemal w czasie rzeczywistym – czas pracy lekarzy. Chodzi przy tym zarówno o to, by lekarze nie mogli pracować zbyt wiele godzin, jak i o to, by kontrolować, czy rzeczywiście fizycznie są w miejscu, w którym – zgodnie z umową – powinni świadczyć pracę.

Politycy, łącznie z premierem, zapewniali jednocześnie, że nowe regulacje nie są wymierzone w lekarzy. Donald Tusk nawet sugerował, że chce je wprowadzać razem z samorządem lekarzy i lekarzy dentylistów, a lwia część tego środowiska to ludzie uczciwi, pracujący ofiarnie, których nie można stawiać pod pręgierzem z powodu nieprawidłowości czy nadużyć, jakich dopuszczają się czarne owce. Ta zapowiedź realizowała się a rebours, bo pierwsze czytanie rządowego projektu przeprowadzono podczas posiedzenia Komisji Zdrowia, zmieniając porządek dwie godziny przed rozpoczęciem. Szansa, że pojawią się na nim przedstawiciele strony społecznej była minimalna. ●

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

AKTUALNOŚCI



◀ Pierwsze posiedzenie Naczelnej Rady Lekarskiej X kadencji

foto: Karolina Bartyzel

Władze samorządu X kadencji wybrane

Dotychczasowa polityka Naczelnej Rady Lekarskiej będzie kontynuowana – wybory do organów samorządowych potwierdziły silny mandat dla lekarzy rekomendowanych przez prezesa Łukasza Jankowskiego.

Pierwsze posiedzenie Naczelnej Rady Lekarskiej w nowej kadencji (12 czerwca) nie przyniosło niespodzianek. Stanowiska utrzymali dotychczasowi wiceprezesi, co jest potwierdzeniem, że NRL chce kontynuować dotychczasową linię działania. Było to już widoczne podczas XVII Krajowego Zjazdu Lekarzy, podczas którego został wybrany z dużą przewagą dotychczasowy prezes Jankowski.

Wiceprezesem z parytetu dentystycznego został Paweł Barucha ze Świętokrzyskiej Izby Lekarskiej. Był jedynym kandydatem i sprawował funkcję wiceprezesa NRL również w poprzedniej kadencji. Na stanowiska wiceprezesów

wpłynęły też kandydatury dwóch lekarzy: Klaudiusza Komora (Beskidzka Izba Lekarska) i Mateusza Kowalczyka (OIL w Łodzi). Również oni nie mieli żadnych konkurentów. Wiceprezesi zostali powołani niemal jednogłośnie.

Zmiany zaszły jednak na stanowiskach skarbnika i sekretarza Naczelnej Rady Lekarskiej. Piotr Winciunas był jedynym kandydatem na stanowisko sekretarza. Zastępcą sekretarza został Mateusz Grochowski z OIL w Białymstoku. Skarbnikiem został Wojciech Domka z OIL w Rzeszowie. Sekretarz NRL IX kadencji

Grzegorz Wrona, zastępca sekretarza Paweł Doczekalski i skarbnik Grzegorz Mazur nie kandydowali.

W skład Prezydium NRL powołani zostali: Paweł Czekalski z OIL w Łodzi, Przemysław Janusz z Dolnośląskiej Izby Lekarskiej, Andrzej Kot z Lubelskiej Izby Lekarskiej, Anna Lella z Warmińsko-Mazurskiej Izby Lekarskiej i Marcin Szczęśniak z OIL w Gdańsku.

NOWE KOMISJE, NOWI KIEROWNICY

Na pierwszym posiedzeniu nowej kadencji Naczelna Rada Lekarska wprowadziła pewne zmiany

w organizacji wewnętrznej. Podjęła decyzje o podziale zadań między komisje i zespoły, których ogółem będzie 15:

- Komisja Etyki Lekarskiej – przewodniczący Jarosław Markowski,
- Komisja Finansowo-Budżetowa – Grzegorz Mazur,
- Komisja Organizacyjna – Jacek Sowiński,
- Komisja Legislacyjna – Adam Miller,
- Komisja Kształcenia Medycznego – Paweł Doczekalski,
- Komisja ds. Szpitalnictwa – Agnieszka Ponieważ,
- Komisja Lecznictwa Otwartego – Filip Pawliczak,
- Komisja ds. Młodych Lekarzy – Aleksandra Krygowska,
- Komisja ds. Lekarzy Emerytów i Rentistów – Zbigniew Brzezina,
- Komisja ds. Sportu – Marcin Sobotka,
- Komisja ds. Egzaminów z Języka Polskiego dla Lekarzy Cudzoziemców – Mery Topolska-Kotulecka,
- Zespół ds. Naruszeń w Ochronie Zdrowia – Rita Sharma,
- Zespół ds. Wizerunku Zawodu Lekarza i Lekarza Dentysty – Jakub Kosikowski,
- Zespół ds. Polityki Lekowej i Farmakoterapii – prof. dr hab. n. med. Krzysztof Filipiak.

Nie wszystkie komisje zostały obsadzone podczas tego posiedzenia Naczelnej Rady Lekarskiej. Ich kierownictwa i składy będą uzupełniane. NRL rekomenduje okręgowym radom lekarskim oraz Wojskowej Izbie Lekarskiej zgłaszanie kandydatów do składu właściwych komisji i zespołów przewodniczącym tych komisji i zespołów, zostaną one przedstawione na najbliższym posiedzeniu NRL, które planowane jest pod koniec sierpnia.

Pełnomocnikiem NRL ds. zdrowia lekarzy w X kadencji została Magdalena Flaga-Łuczkiwicz. Pełnomocnikiem Naczelnej Rady Lekarskiej ds. lekarzy z niepełnosprawnościami został zaś Filip Pawliczak. Andrzej Siarkiewicz objął zaś funkcję mediatora w Naczelnej Izbie Lekarskiej. Dotychczasowy sekretarz NRL Grzegorz Wrona został Rzecznikiem Praw Lekarzy. Jakuba Kosikowskiego na stanowisku rzecznika prasowego NIL zastąpił Piotr Pisula.

EKSPERCI SAMORZĄDU

Powołano również nową Radę Ekspertów. Przewodniczy jej, jak w poprzedniej kadencji, dr hab. n. med. Magdalena

Wiśniewska. W skład Rady wchodzi również:

- dr hab. n. med. Maciej Sikora;
- prof. dr hab. n. med. Michał Holecki;
- prof. dr hab. n. med. Krzysztof Filipiak;
- prof. dr hab. n. med. Ewa Barcz;
- prof. dr hab. n. med. Sebastian Kwiatkowski;
- prof. dr hab. n. med. Adam Durczyński;
- prof. dr hab. n. med. Tomasz Szczepański;
- prof. dr hab. n. med. Wojciech Szczeklik;
- dr hab. n. med. Radosław Kręcki;
- prof. dr hab. n. med. Edyta Szuruwska;
- dr hab. n. med. Agnieszka Mastalerz-Migas;
- prof. dr hab. n. med. Miłosz Parczewski;
- prof. dr hab. n. med. Jerzy Samochowiec;
- prof. dr hab. n. med. Bartosz Karaszewski;
- prof. dr hab. n. med. Mariusz Stasiótek;
- prof. dr hab. n. med. Jacek Wysocki;
- prof. dr hab. n. med. Cezary Szczylik;
- prof. dr hab. n. med. Jacek Jassem;
- prof. dr hab. n. med. Leszek Romanowski;
- prof. dr hab. n. med. Mariusz Lipski;
- prof. dr hab. n. med. Kazimierz Niemczyk;
- dr n. ekon. Małgorzata Gałązka-Sobotka;
- prof. dr hab. n. hum. Paweł Łuków;
- dr hab. n. med. Marzena Wojewódzka-Zeleznikowicz;
- prof. n. med. Anna Zalewska;
- prof. dr hab. n. med. Teresa Sierpińska;
- dr hab. Michał Wilczyński.

OŚRODKI DO PODZIAŁU

Samorząd zdecydował również o podzieleniu dotychczasowego Ośrodka Kultury i Dziedzictwa Historycznego Naczelnej Izby Lekarskiej na dwie części.

– Wiąże się to z odmiennymi celami, jakie stawiamy w tej kadencji tym ośrodkom – powiedział prezes Jankowski. Ośrodkiem Kultury

NIL pokieruje Jarosław Wanecki. Krzysztof Siemianowicz będzie zaś nadzorował Ośrodek Dziedzictwa Historycznego.

W tej samej uchwale NRL powołano również kierownika Ośrodka Bioetyki NIL, którym został Mariusz Goniewicz, oraz kierownika Ośrodka Współpracy Zagranicznej, który będzie nadzorować Michał Matuszewski.

Zmiany dotkną również COBIK, co spowodowane jest koniecznością odciążenia dotychczasowego koordynatora Artura Drobniaka, kierującego jednocześnie OIL w Warszawie.

Powołano trzech koordynatorów: za Ośrodek Kształcenia COBIK Naczelnej Izby Lekarskiej będzie odpowiadał Damian Patecki; za Ośrodek Profilaktyki i Strategii Zdrowotnych COBIK Naczelnej Izby Lekarskiej – Marcin Karolewski; Artur Drobniak pozostanie na czele Ośrodka Telemedycyny, Innowacji i E-Zdrowia COBIK Naczelnej Izby Lekarskiej.

NRL uchwaliła również, że rok 2027 będzie rokiem gen. prof. Karola Kaczkowskiego.

Krótką prezentację poświęconą polskiemu lekarzowi, pionierowi medycyny ratunkowej, generałowi, naczelnemu lekarzowi armii polskiej w powstaniu listopadowym i dwukrotnemu kawalerowi Orderu Virtuti Militari wygłosił płk rez. Stefan Antosiewicz, prezes Wojskowej Izby Lekarskiej. Podkreślił, że w przyszłym roku przypada okrągła rocznica urodzin i śmierci Kaczkowskiego.

SKŁAD SĘDZIOWSKI

Kilka dni po posiedzeniu Naczelnej Rady Lekarskiej, 18 czerwca, odbyło się posiedzenie Naczelnego Sadu Lekarskiego X kadencji. To ostatni akord wyborczy po Krajowym Zjeździe Lekarzy – sędziowie wybierali spośród siebie przewodniczącego NSL i zastępców przewodniczącego.

Nowym przewodniczącym w X kadencji został wybrany dr n. med. Jacek Fórmaniak. Zastąpi na tym stanowisku Jacka Miarę. Jego zastępcami są lek. dent. Mariola Łyczewska oraz lek. Grażyna Lesyng-Pawłowska. ●

AKTUALNOŚCI

Senior, zespół i sztuczna inteligencja

SYLWIA WAMEJ

Jubileuszowe X Mazowieckie Spotkania Stomatologiczne zgromadziły w Serocku setki lekarzy dentystów, którzy przez trzy dni dyskutowali, analizowali i szukali odpowiedzi na pytanie, jak połączyć efektywną pracę lekarzy dentystów z wyzwaniem przyszłości.

Ponad 30 wykładów i sesji stworzyło intensywny, merytoryczny program konferencji odbywającej się pod hasłem „Przyszłość zaczyna się dziś”. Najmocniejszym akcentem były trzy debaty, które wyznaczyły kierunki, w jakich stomatologia będzie rozwijać się w najbliższych latach. Dyskusje moderowane były przez p.o. kierownika Działu Komunikacji NIL Iwonę Kanię.

Pierwsza z nich dotyczyła jednego z najważniejszych wyzwań zdrowotnych: opieki stomatologicznej nad rosnącą populacją seniorów. W rozmowie udział wzięli m.in. prof. Agnieszka Mielczarek, dr Artur Drobnik, prof. Elżbieta Dembowska, dr Anna Lella i dr Dariusz Paluszek. Już na początku padło zdanie, które zdefiniowało całą dyskusję: „Jesteśmy społeczeństwem starzejącym się i to ma ogromny wpływ na pracę lekarzy dentystów”.

Eksperti podkreślali, że wiek biologiczny coraz częściej odbiega od metrykalnego. Dr Paluszek zauważył: – Pacjent 50–60-letni po dwóch zawałach biologicznie jest pacjentem geriatrycznym.

Prof. Mielczarek wskazała, że choć gerostomatologia ma niewielki wymiar godzin, studenci pracują z pacjentami obciążonymi wielochorobowością i polipragmazją, ucząc się komunikacji i współpracy z geriatrą, neurologiem, dietetykiem czy higienistką.

DWA ZANIEDBANE OBSZARY

Prof. Dembowska zwróciła uwagę na konieczność wczesnego wykrywania zmian nowotworowych oraz na wpływ ognisk zapalnych jamy ustnej na zdrowie ogólne. – Za mało mówimy o tym, jak ognisko zapalne wpływa na cały organizm – podkreślała.

Żywą dyskusję wywołał przykład Norwegii, gdzie na każdym oddziale pracuje higienistka stomatologiczna. W Polsce pacjenci leżący, pensjonariusze ZOL czy osoby z tzw. czwartego piętra (mające trudności z opuszczeniem mieszkania) pozostają poza systemem. Dr Drobnik zaproponował prosty krok: – Przy przyjęciu do szpitala pacjent powinien dostawać mikrozeszaw: szczoteczka i pasta. Rekomendacje ekspertów to zasada: „dwa razy dwa

Debaty poświęcone gerostomatologii, pracy zespołowej i cyfryzacji pokazały, że rozwój nowoczesnej stomatologii zależy nie tylko od nowych narzędzi, ale także od współpracy między zawodami medycznymi

razy dwa”, która oznacza trzy poziomy profilaktyki: każdy z dwoma kluczowymi działaniami: zapobieganie i redukcję ryzyka (pierwotna), wczesne wykrywanie i interwencję (wtórna) oraz ograniczanie skutków i zapobieganie nawrotom.

Jak mówiła prof. Mielczarek, ważny jest monitoring epidemiologiczny. – Od 2020 r. nie wiemy, jaki jest stan zdrowia jamy ustnej Polaków – mówiła. Ważne jest także szkolenie pielęgniarzek i opiekunów – wskazywał dr Drobnik, wzmocnienie roli higienistek – podkreślała prof. Dembowska, inwestycja w stomatologię jako oszczędność systemowa

– akcentowała dr Lella. Debata pokazała, że gerostomatologia to nie przyszłość – to pilna potrzeba teraźniejszości.

STOMATOLOGIA ZESPOŁOWA

Druga debata pokazała, że kluczowa dla jakości leczenia staje się dziś realna współpraca interdyscyplinarna. Eksperti zgodzili się, że nowoczesna stomatologia nie może funkcjonować w modelu „samotnego gabinetu”, lecz wymaga zespołu, w którym kompetencje techników dentystycznych, higienistek oraz lekarzy różnych specjalności wzajemnie się uzupełniają.

Prof. Teresa Sierpińska mocno zaakcentowała, że bez dobrze zorganizowanego zespołu interdyscyplinarnego nie da się prowadzić stomatologii na wysokim poziomie. Wskazała, że współpraca obejmuje nie tylko technikę i higienistkę, ale również lekarzy medycyny rodzinnej, geriatrów, diabetologów czy onkologów wszędzie tam, gdzie stan jamy ustnej wpływa na ogólny stan zdrowia pacjenta.

Dr Paweł Barucha zwrócił uwagę na praktyczny wymiar tej współpracy: to lekarz dentysta ponosi odpowiedzialność za całość procesu leczenia, dlatego jasne określenie ról i zakresów kompetencji jest niezbędne. Podkreślił, że większość napięć kompetencyjnych nie wynika z pracy klinicznej, lecz z presji organizacyjnej i ekonomicznej nakładanej przez pracodawców. W praktyce, jak wskazywał, zespoły pracujące w oparciu o wzajemny szacunek i zrozumienie rzadko doświadczają konfliktów.

► Dyskusje w Serocku moderowane były przez p.o. kierownika Działu Komunikacji NIL **Iwonę Kanię** (pierwsza z lewej)

foto: Archiwum OIL Ewa Witak/Marcin Faliński



Wypowiedzi pozostałych panelistów: prof. Doroty Olczak-Kowalczyk, dr. Dariusza Samborskiego, Pawła Sudnika (prezes Izby Gospodarczej Techników Dentystycznych) i higienistki stomatologicznej Pauliny Mintzberg-Wachowicz, potwierdziły, że kluczowe wyzwania dotyczą dziś nie tylko współpracy klinicznej, ale także ram legislacyjnych. Uczestnicy podkreślali potrzebę doprecyzowania przepisów regulujących zakres kompetencji poszczególnych zawodów, tak aby wspierały one pracę zespołową, a nie generowały niepotrzebnych napięć.

Paweł Sudnik zaznaczył, że cyfryzacja zmienia sposób pracy, ale nie zakres odpowiedzialności technika. – Izba Gospodarcza sprzeciwia się próbom rozszerzania kompetencji poza ustawowe ramy – podkreślał. Z kolei Paulina Mintzberg-Wachowicz zwróciła uwagę na potrzebę aktualizacji podstawy programowej i podniesienia standardów kształcenia. – Program jest przestarzały. Higienistką można zostać bez matury, to wymaga zmiany – mówiła.

Prof. Olczak-Kowalczyk podkreśliła, że studenci stomatologii uczą się pracy zespołowej, komunikacji i współpracy z innymi zawodami medycznymi. Na WUM wprowadzono przedmiot „zarządzanie gabinetem stomatologicznym”. Dr Barucha skrytykował projekt likwidacji stażu podyplomowego: – Chodzi o to, żeby pierwszy rok pracy nie był rokiem ostatnim – mówił. Debata potwierdziła, że interdyscyplinarność i jasne kompetencje to warunek bezpieczeństwa pacjenta.

CYFRYZACJA W GABINETACH

Trzecia debata dotyczyła cyfryzacji ochrony zdrowia, jej wpływu na stomatologię oraz relacji między technologią a praktyką

kliniczną. W rozmowie uczestniczyli m.in. prof. Kazimierz Szopiński, prof. Kornel Krasny, dr Michał Gontkiewicz i Łukasz Sosnowski.

Prof. Szopiński wskazał, że choć nie nastąpił przełom technologiczny, pojawiają się pierwsze rezonanse przeznaczone dla stomatologii. Największym problemem pozostaje brak opisów badań: – Pacjent dostaje obraz, ale nie usługę radiologiczną.

Prof. Krasny podkreślał, że AI może być „drugim sitem” w radiologii, ale wymaga kontroli. Prof. Szopiński dodał, że tworzenie modeli AI wymaga tysięcy opisanych badań, co generuje ogromne koszty i bariery prawne.

Dyrektor Departamentu e-Zdrowia resortu zdrowia Łukasz Sosnowski przedstawił najważniejsze wdrożenia: automatyczna refundacja recept, cyfrowa karta DiLO, centralna rejestracja do specjalistów, e-Profil pacjenta, Patient Summary dla SOR-ów i ratowników, platforma usług inteligentnych z AI dla radiologii. Polska – jak podkreślił – jest na 6. miejscu w Unii Europejskiej w cyfryzacji zdrowia.

Prof. Szopiński zwrócił uwagę na ryzyko centralizacji danych: – Stajemy się obiektem bardzo głębokiej inwigilacji. Dyrektor Sosnowski odpowiadał, że dane służą ratowaniu życia, a system działa wyłącznie na podstawie prawa.

POTRZEBA LEPSZEJ WSPÓŁPRACY

Debata X Mazowieckich Spotkań Stomatologicznych pokazały wyraźnie, że współczesna stomatologia

stoi dziś na styku dynamicznego rozwoju technologicznego, rosnących oczekiwań pacjentów oraz konieczności systemowego porządkowania wielu obszarów praktyki klinicznej. Ekspert podkreślali znaczenie aktualizacji standardów, wdrażania nowoczesnych narzędzi diagnostycznych i terapeutycznych oraz potrzebę konsekwentnego budowania kultury jakości w gabinetach.

Wspólnym mianownikiem wszystkich dyskusji była potrzeba lepszej współpracy między środowiskiem klinicznym, naukowym i samorządowym, tak aby nowe rozwiązania zarówno technologiczne, jak i organizacyjne realnie przekładały się na bezpieczeństwo i skuteczność leczenia. Zwracano uwagę na konieczność inwestowania w edukację, rozwój kompetencji oraz standaryzację procedur, które pozwolą sprostać wyzwaniom starzejącej się populacji, rosnącej liczby pacjentów z chorobami przewlekłymi oraz coraz bardziej złożonych przypadków klinicznych. Debata potwierdziła również, że przyszłość stomatologii będzie w dużej mierze zależeć od umiejętnego łączenia doświadczenia lekarza z możliwościami, jakie dają nowe technologie: od diagnostyki obrazowej, przez cyfrowe planowanie leczenia, po zaawansowane materiały i techniki zabiegowe. Wnioski płynące z dyskusji wskazują jasno: rozwój jest nieunikniony, ale musi iść w parze z odpowiedzialnością, rzetelną wiedzą i wysokimi standardami etycznymi. ●

AKTUALNOŚCI

Jedna diagnoza dla systemu

SYLWIA WAMEJ

Jak poprawić funkcjonowanie ochrony zdrowia w Polsce? O najpilniejszych problemach – od braków kadrowych i finansowania po cyfryzację, profilaktykę i walkę z dezinformacją – dyskutowali uczestnicy Szczytu Zdrowie 2026 w Warszawie.

Szczyt zgromadził kluczowych interesariuszy i stał się realną przestrzenią dialogu między administracją publiczną, samorządami, środowiskiem medycznym, biznesem, organizacjami pacjentów i ekspertami.

9 czerwca w Centralnym Domu Technologii w Warszawie uczestnicy wskazali najpilniejsze wyzwania: rosnące obciążenie kadrowe, potrzebę stabilnego finansowania, przyspieszenie cyfryzacji oraz wzmocnienie roli POZ. Dyskutowano także o jakości świadczeń, bezpieczeństwie pacjentów i barierach organizacyjnych, utrudniających sprawne funkcjonowanie placówek.

WSPÓŁPRACA

Wnioski ze Szczytu wskazały na konieczność lepszej koordynacji opieki, współpracy międzysektorowej oraz szerszego wykorzystania danych medycznych w planowaniu polityk zdrowotnych. Uczestnicy zgodnie wskazywali, że trwała poprawa systemu wymaga wspólnego działania wszystkich stron, a nie jedynie punktowych interwencji.

Jednym z ważnych paneli była debata o partnerstwach publiczno-prywatnych w ochronie zdrowia i profilaktyce. Prof. Bolesław Samoliński, kierownik Katedry Zdrowia Publicznego i Środowiskowego, Zakładu Profilaktyki Zagrożeń Środowiskowych WUM, zwracał uwagę, że mimo wartościowych polityk prozdrowotnych Polsce wciąż brakuje spójnego systemu nadzoru nad zdrowiem publicznym. Podkreślał potrzebę nowelizacji ustawy o zdrowiu publicznym i stworzenia narzędzi do monitorowania, identyfikowania i upowszechniania dobrych praktyk, a także wspierania samorządów w ich wdrażaniu, bo to na poziomie

lokalnym kształtuje się świadomość zdrowotna społeczeństwa.

DEZINFORMACYJNY SZUM

Dużo uwagi poświęcono również cyfrowemu zdrowiu i odporności na dezinformację. Natalia Gruenpeter z NASK przedstawiła najnowsze analizy dotyczące narracji zdrowotnych w polskiej infosferze. Z raportu przygotowanego w ramach Central

Współpraca międzysektorowa oraz szersze wykorzystanie danych medycznych w planowaniu polityk zdrowotnych – to wnioski ze Szczytu

European Digital Media Observatory (CEDMO) wynika, że dezinformacja nie słabnie, lecz adaptuje się do zmieniających się warunków społecznych i politycznych. Największy udział mają treści dotyczące szczepień, często zniechęcające lub wprowadzające w błąd, oraz narracje związane z edukacją zdrowotną w szkołach. Trzecim, stale obecnym elementem jest komponent spiskowy, który przenika niemal wszystkie analizowane przekazy. Gruenpeter podkreślała, że szacowanie zasięgów kont szerzących dezinformację jest trudne ze względu na nieautentyczne sieci kont i przenikanie cytatów między treściami rzetelnymi a zmanipulowanymi.

ONKOLOGIA: KLUCZOWE ZMIANY

W panelu dotyczącym polityki zdrowotnej państwa Anna Kupiecka, prezes Fundacji OnkoCafe, zwróciła uwagę na kluczową rolę nowoczesnej diagnostyki w onkologii.

Przypomniała, że w wielu krajach testy wielogenowe są standardem w leczeniu raka piersi, refundowanym i powszechnie stosowanym. Pozwalają precyzyjnie określić, które pacjentki mogą bezpiecznie uniknąć chemioterapii. W Polsce świadomość istnienia takich narzędzi była dotychczas niska. Kupiecka podkreślała, że testy wielogenowe wspierają personalizację terapii, uzupełniają ocenę kliniczną i umożliwiają bardziej racjonalne decyzje terapeutyczne. Co istotne, w przeciwieństwie do wielu innowacji onkologicznych nie polegają na dokładaniu kolejnych terapii, lecz na ich bezpiecznym ograniczaniu, co oznacza mniejsze obciążenie dla pacjentek i realne oszczędności dla systemu.

Kupiecka zwróciła również uwagę na konieczność zmian organizacyjnych w onkologii.

– Uważam, że kluczowe są dalsze zmiany w organizacji opieki onkologicznej. Chodzi o właściwe zaprojektowanie całej ścieżki pacjenta: od momentu podejrzenia nowotworu, przez diagnostykę wstępną i pogłębiającą, aż po konsylium i rozpoczęcie leczenia – mówiła. Podkreśliła, że wiele problemów i kosztów pojawiających się na etapie leczenia wynika z nieprawidłowości na wcześniejszych etapach diagnostycznych. – Diagnostyka bywa wykonywana nie w takim zakresie, w jakim powinna. Dotyczy to choćby patomorfologii czy immunohistochemii, które w przypadku nowotworów ginekologicznych powinny być wykonane bardzo wcześnie. Jeśli tak się nie dzieje, uruchamia to całą kaskadę konsekwencji klinicznych – wyjaśniała. ●

AKTUALNOŚCI

Chirurdzy na trawie

PIOTR KOŚCIELNIAK

Za nami Chicamp 2026 – największa w Polsce plenerowa impreza chirurgiczna. To wydarzenie łączące warsztaty, wykłady i naukę nowych umiejętności z nieformalną atmosferą pikniku na świeżym powietrzu.

To już druga edycja tego wydarzenia. Podobnie jak przed rokiem, Chicamp 2026 odbył się w ośrodku Bajka w Grodźcu. Kilkuset uczestników korzystało z pięknej pogody (mówiąc wprost – upału) i możliwości udziału w warsztatach i wykładach w nieco swobodniejszym niż zwykle otoczeniu. Tegoroczny Chicamp trwał od piątku 19 czerwca do niedzieli 21. Nietypowa konferencja przeznaczona jest przede wszystkim dla chirurgów wszystkich specjalizacji, ale również dla rezydentów i studentów medycyny, którzy dopiero zastanawiają się nad wyborem ścieżki rozwoju zawodowego. Na Chicampie pojawili się również lekarze innych specjalizacji, praktycy i pasjonaci, którzy chcą poznać bliżej nowoczesne techniki chirurgiczne.

– Chociaż spotykamy się na Chicampie dopiero drugi raz, czyli jest to bardzo świeże wydarzenie, mam poczucie, jakby to była impreza, która już trwale wrosła w świat chirurgii i edukacji – mówi prof. dr hab. Tomasz Banasiewicz, prezes elekt Towarzystwa Chirurgów Polskich i organizator Chicampu. – Ideą Chicampu były spotkania, które miały na celu przekazywanie wiedzy praktycznej. To miało być to wydarzenie, na które zawsze brakuje czasu na dużych konferencjach, gdzie nie ma czasu na pytania, dyskusję, na rozmowy w kuliuarach. Chicamp jest tymi kuliuarami. Unikamy dużych sal wykładowych, gdzie przekazujemy wiedzę ex cathedra, a skupiamy się na mniejszych grupach i większym wyborze.

Program wydarzenia był wypełniony po brzegi wykładami, warsztatami i spotkaniami. Chicamp rozpoczął się od poważnych, systemowych debat dotyczących przyszłości chirurgii, wyzwań związanych z kształceniem młodych lekarzy i rozważań o cechach,



fot.: Piotr Kościelniak

w które powinien być wyposażony przyszły chirurg. Ponieważ impreza jest przeznaczona również dla młodszych stażem lekarzy, doświadczeni eksperci Towarzystwa Chirurgów Polskich omawiali podstawowe techniki zabiegowe podczas warsztatów z podstaw szycia, szycia ścięgien, postępowania przeciwbólowego, żywienia czy zapobiegania ortopedycznego.

Prelegenci przedstawiali własne doświadczenia z leczenia szczególnie trudnych przypadków oraz strategię postępowania (m.in. z rakiem jelita grubego, ostrym zapaleniem trzustki, wycinaniem wyrostka robaczkowego czy z przepukliną). Nowością na Chicampie 2026 jest obecność Polskiego Towarzystwa Leczenia Ran, Polskiego Towarzystwa Żywienia Pozajelitowego, Dojelitowego i Metabolizmu, a także część robotyczna, która – jak przyznał prof. Banasiewicz – wydawała się trudna do zorganizowania w „polowych” warunkach imprezy plenerowej.

◀ Podczas Chicampu można było trenować umiejętności pod okiem ekspertów

Wykłady i warsztaty prowadzono w kilku „salach” – namiotach. Umieszczono w nich m.in. trenażery, fantomy i modele pozwalające na prowadzenie praktycznych warsztatów, nawet jeśli oznacza to pewne uproszczenia. – To jest sedno Chicampu: nauka trepanacji na arbusach i cewnikowania na ogórkach. Nie musimy iść w świat bardzo wyszukanych gadżetów edukacyjnych. Chodzi o przekaz wiedzy – podkreślił prof. Banasiewicz.

Niektóre bardzo interesujące sesje zorganizowane zostały przez partnerów wydarzenia, których w tym roku było ponad 50. Dotyczyły one m.in. leczenia bólu, postępowania z ranami, laparoskopii, elektrochirurgii czy termoablacji. Wiele sesji poświęconych było nieoczywistym, ale niezwykle istotnym z punktu widzenia chirurga problemom. Sporym zainteresowaniem cieszyła się sesja pod namiotem TChP poświęcona tematyce seksu po operacji chirurgicznej. Zaplanowano także blok poświęcony rehabilitacji oraz... informacjom pojawiającym się w mediach społecznościowych, a także zasadom radzenia sobie z internetowym hejtem. Z dużym zainteresowaniem goście Chicampu przyjęli zorganizowane przez Naczelną Izbę Lekarską szkolenia z samoobrony. W namiocie NIL można również było wypełnić ankietę przygotowaną przez COBIK na temat czasu pracy lekarzy.

AKTUALNOŚCI

Profilaktyka się nie klika

MARIUSZ TOMCZAK

Zapobieganie chorobom to czysty zysk. Argumenty ekonomiczne jasno pokazują, że nakłady na profilaktykę wracają do systemu z nawiązką – m.in. dzięki dłuższej aktywności zawodowej obywateli.

Trzecią edycję Kongresu Zdrowie 360, zorganizowanego przez Związek Przedsiębiorców i Pracodawców pod patronatem „Gazety Lekarskiej”, zdominowała profilaktyka. 16 czerwca kilkudziesięciu ekspertów, w tym politycy oraz przedstawiciele środowiska medycznego, organizacji pacjenckich i świata gospodarki, przekonali, że powinna ona stać się istotnym elementem polityki zdrowotnej.

CO PROPONUJĄ EKSDCYDENCI?

Obecnie większość środków w ramach systemu ochrony zdrowia trafia do medycyny naprawczej, co na dłuższą metę jest nie do utrzymania. Jak mówił prof. Marcin Czech, który w latach 2017-2019 pełnił funkcję podsekretarza stanu w Ministerstwie Zdrowia, trzeba położyć większy nacisk na szeroko zakrojone działania zapobiegające chorobom, których efekty dotyczą całej populacji.

W podobnym tonie wypowiedział się Wojciech Konieczny, sekretarz stanu w resorcie zdrowia w latach 2023-2025, argumentując, że leczenie staje się coraz droższe. W jego opinii zmniejszenie liczby szpitali czy skrócenie czasu hospitalizacji nie rozwiąże problemu stale rosnących kosztów. Jedynym sposobem na ich obniżenie jest profilaktyka, która przy okazji sprawia, że pacjenci trafiają do lekarzy w znacznie lepszym stanie.

– Pula środków na działania profilaktyczne musi wzrosnąć. Te pieniądze muszą też być jasno wskazane w jakimś funduszu lub w inny sposób „naznaczone” – podkreśliła Beata Małecka-Libera, która kilkanaście lat temu była wiceministrem zdrowia, a obecnie przewodniczy senackiej Komisji Zdrowia. Dodała, że na szczeblu rządowym powinien być „wysoko umocowany” pełnomocnik do spraw zdrowia publicznego, ponieważ

zarządzanie tym obszarem obejmuje różne sektory.

KWESTIA OPŁACALNOŚCI

Główny problem z profilaktyką? – Medialnie słabo się klika. Na co dzień po prostu o niej nie myślimy. Bardziej nośne są informacje o nowoczesnych zdobyczach medycyny – mówił wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej Mateusz Kowalczyk. Przekłada się to na niewystarczającą frekwencję w programach, które pozwalają wykrywać różne choroby na bardzo wczesnym

Najbardziej opłacalna profilaktyka zaczyna się jeszcze przed pojawieniem się pierwszych objawów choroby

etapie, a zatem są łatwiejsze i tańsze w leczeniu. – Jest ich jednak za mało. Potrzeby są większe, ale bez wsparcia systemowego daleko nie zajdziemy – dodał.

Wsparcie państwa na rzecz profilaktyki jest konieczne, aby obecni 30- czy 40-latkowie nie zaciągali długu zdrowotnego, który prawdopodobnie przyjdzie im sownie spłacić za dwie-trzy dekady. – W skali całego kraju mamy też dużo do zrobienia pod względem komunikacji. Dotarcie do społeczeństwa jest tu najsłabszym punktem. Musimy przekonywać ludzi, że profilaktyka leży w ich dobrze pojętym interesie – dodał Mateusz Kowalczyk.

– W codziennej pracy lekarza najbardziej brakuje czasu na edukację pacjentów – przyznał wiceprezes NRL Klaudiusz Komor. Dodał, że programy

takie jak „Moje zdrowie”, z którego może skorzystać każdy, kto ma co najmniej 20 lat i jest ubezpieczony w NFZ, mogą przynieść duże efekty długoterminowe, ponieważ są skierowane do szerokich rzesz społeczeństwa. Przypomniał również, że w profilaktyce najważniejsze – i najbardziej opłacalne – jest dotarcie do ludzi, zanim w ogóle pojawią się u nich pierwsze objawy choroby.

MŁODZI DAJĄ PRZYKŁAD

Na znaczenie rzetelnej informacji zdrowotnej oraz konieczność walki z dezinformacją, mitami i półprawdami zwrócił uwagę prezes ORL w Warszawie Artur Drobniak. Przekonywał, co być może trochę zaskakujące, że w zakresie troski o siebie warto brać przykład z generacji Z (są to osoby urodzone po 1995 r., a czasami zawięza się to do roczników 1996-2012). W tej grupie spożycie alkoholu jest wyraźnie mniejsze niż w pokoleniu ich rodziców, a troska o zachowanie równowagi między życiem zawodowym a prywatnym jest znacznie większa.

– Lekarze coraz silniej kształtują nawyki zdrowotne swoich pacjentów m.in. poprzez promowanie aktywności fizycznej i zbilansowanej diety w mediach społecznościowych – powiedziała Iwona Kania, zastępca rzeczniczka prasowego NIL. I choć w tym celu należy stawiać na różne kanały komunikacji oraz korzystać ze wsparcia zarówno autorytetów, jak i influencerów, nie można zaniedbywać kontaktu osobistego, np. za pośrednictwem organizacji społecznych czy imprez masowych. – Nie zamykajmy zdrowia w budynku przy ul. Miodowej – zaapelowała. ●

AKTUALNOŚCI

Trzy dni wykładów, warsztatów i dyskusji

LEK. DENT. RAFAŁ JACKOWSKI
WICEPREZES ORL W ŁODZI

Łódzkie Spotkania Stomatologiczne to wrześniowa konferencja naukowo-szkoleniowa organizowana przez Komisję Stomatologiczną Okręgowej Rady Lekarskiej w Łodzi, która już na stałe wpisała się w kalendarz wydarzeń środowiska lekarskiego.

Tegoroczna, 15. edycja Łódzkich Spotkań Stomatologicznych odbędzie się w dniach 25–27 września w Hotelu Magellan, który zachwyca swym malowniczym położeniem, bliskością lasów Ziemi Łódzkiej i Zalewu Sulejowskiego. Jest tradycją, że trzydniowe spotkanie, w którym uczestniczą lekarze dentyści z całej Polski, obfituje w interesujący program wykładów. Tym razem został on wzbogacony o panele dyskusyjne oraz sesje warsztatowe, szczegółowy plan konferencji dostępny jest na stronie www.ks.oil.lodz.pl.

W tym roku wśród zaproszonych prelegentów znaleźli się wybitni wykładowcy, znani z audytoriów w całej Polsce. Wykład inauguracyjny wygłosi prof. dr hab. n. med. Mariusz Szuta, który omówi aspekty i problemy związane ze znieczuleniem miejscowym w gabinecie stomatologicznym. W drugim swym wystąpieniu przedstawi ogólnoustrojowe stany zagrożenia zdrowotnego w gabinetach stomatologicznych. Swoje wystąpienia będą mieli także: dr n. med. Anna Babczyńska-Staszewska, lek. dent. Dominik Ślusarczyk, dr hab. n. med. Wojciech Bednarz, dr n. med. Piotr Roźniatowski, lek. dent. Nikodem Borecki, dr n. med. Sławomir Gabrys oraz prof. dr n. med. Mariusz Lipski i lek. dent. Tomasz Wrona. Ponieważ wydarzenie ma charakter naukowo-szkoleniowy, zadbano, by za udział w konferencji każdy uczestnik otrzymał punkty edukacyjne.

Wrześniowa konferencja organizowana przez Komisję Stomatologiczną ORL w Łodzi to nie tylko 16 ciekawych i merytorycznych wykładów, to także sesja samorządowa, na którą zaproszeni zostali przedstawiciele Naczelnej Izby

SCAN ME

Łódzkie Spotkania Stomatologiczne

XV Łódzkie Spotkania Stomatologiczne

25-27 WRZEŚNIA 2026
HOTEL MAGELLAN - NAD ZALEWEM SULEJOWSKIM

WYKŁADY | PANELE DYSKUSYJNE | WARSZTATY | SESJA SAMORZĄDOWA

PROF. DR HAB. N. MED. MARIUSZ SZUTA
DR N. MED. PIOTR ROŹNIATOWSKI
DR HAB. N. MED. WOJCIECH BEDNARZ
LEK. DENT. PAWEŁ ANDERSZ
PROF. DR N. MED. MARIUSZ LIPSKI
LEK. DENT. TOMASZ WRONA
LEK. DENT. KATARZYNA MICHALSKA
LEK. DENT. NIKODEM BORECKI
PROF. DR HAB. N. MED. MARTA DYSZKIEWICZ KONWIŃSKA
LEK. DENT. DOMINIK ŚLUSARCZYK
LEK. DENT. KINGA TREPANOWSKA
DR N. MED. ANNA BABCZYŃSKA-STASZEWSKA
DR N. MED. SŁAWOMIR GABRYS

OIL Komisja Stomatologiczna
Okręgowa Izba Lekarska
w Łodzi

Lekarskiej oraz samorządowcy ze wszystkich okręgowych izb lekarskich. To doskonały czas i miejsce do

rozmów, wymiany doświadczeń oraz długich dyskusji na tematy związane ze środowiskiem lekarskim.

AKTUALNOŚCI

Czas działa na naszą niekorzyść

MARIUSZ TOMCZAK

Bezpieczeństwo lekowe to kluczowy, choć niedoceniany element odporności państwa, wymagający współpracy ponad podziałami. Politycy powinni słuchać ekspertów, a medycy rozmawiać z przedstawicielami innych zawodów – podkreślano podczas konferencji Innovation Day.

Europa popełniła strategiczny błąd. Kontynuowana przez trzy dekady krótkowzroczna i nielicząca się z konsekwencjami polityka doprowadziła do przenoszenia produkcji farmaceutyków do Chin. Obecnie wytwarzają one około 80 proc. substancji czynnych i dostarczają leki do około 200 krajów świata. Tak wielka koncentracja produkcji stanowi poważne ryzyko.

JAK TO ZMIENIĆ?

O tym, jak zagwarantować pacjentom stały i nieprzerwany dostęp do leków – zarówno podstawowych, jak i wykorzystywanych w specjalistycznych terapiach – dyskutowano w trakcie 8. edycji konferencji Innovation Day, zorganizowanej 9 czerwca przez portal internetowy PolitykaZdrowotna.com. Patronat medialny nad wydarzeniem objęła „Gazeta Lekarska”.

Program konferencji składał się z trzech bloków tematycznych: „Nauka i kadry”, „Zdrowie i system opieki” oraz „Przemysł i rozwój”.

– Innowacja to nie tylko opracowanie nowego leku, ale również stworzenie nowego wskazania, nowej postaci produktu, przedłużonego działania czy dostosowania go do innej grupy docelowej. Wymaga to badań, analiz i współpracy – powiedziała dr Małgorzata Pajaczek, prezes Tarchomińskich Zakładów Farmaceutycznych „Polfa”.

OTWARTOŚĆ PLUS OCHRONA

Rozwój innowacji i bezpieczeństwa lekowego wymaga stałego, wieloletniego wsparcia finansowego, tworzenia warunków sprzyjających inwestycjom w sektorze ochrony zdrowia i skuteczności we wdrażaniu wyników badań do praktyki dnia codziennego.

– Silne zaplecze badawcze oraz wysoko wykwalifikowani specjaliści stanowią

fundament bezpieczeństwa zdrowotnego i technologicznego państwa – powiedział prof. Zygmunt Lalak, prorektor Uniwersytetu Warszawskiego ds. badań.

Z kolei prof. Ewa Krogulec, prorektor UW ds. rozwoju, mówiła, że środowisko naukowe powinno być otwarte na wymianę wiedzy i współpracę międzynarodową, jednakże konieczna jest też ochrona własności

Lekkomyślna polityka wypchnęła produkcję leków do Chin

intelektualnej. – Bezpieczeństwo nie oznacza dziś pełnej samowystarczalności, lecz zdolność do współpracy z najlepszymi partnerami oraz równoczesnego rozwijania własnych kompetencji opartych na silnych, dobrze przygotowanych merytorycznie zespołach badawczych – dodała.

NIEWYKORZYSTANY POTENCJAŁ

Jak pokazały doświadczenia pandemii COVID-19, masowy napływ uchodźców w związku z inwazją Rosji na Ukrainę czy sytuacja na terenach dotkniętych powodzią, apteki odgrywają istotną rolę, mimo że są ostatnim elementem łańcucha dystrybucji leków.

– Jest to bardzo dobry rezerwuwar dostępu do leków i usług w sytuacjach kryzysowych – podkreślił Mariusz Kisiel, prezes Związku Aptek Franczyzowych. Dodał jednak, że w Polsce od kilku lat rośnie liczba miejscowości, w których nie ma tego typu placówek w ogóle – na ścianie wschodniej dzieje się tak w co czwartej gminie.

Artur Białoszewski, dyrektor Ośrodka Strategii i Analiz Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie, odwołując się do doświadczeń z wojny na Bałkanach, przypomniał, że podczas oblężenia Sarajewa kluczowy był dostęp do żywności, amunicji i antybiotyków. Zaapelował też o niespychanie całej odpowiedzialności na decydentów.

– Musimy sobie uświadomić, że bezpieczeństwo lekowe to nie jest domena państwa, lecz każdego z nas. Kadry medyczne, w tym lekarze, pielęgniarzy, farmaceutycy czy rehabilitanci, muszą wiedzieć, w jaki sposób reagować w przypadku kryzysu – mówił.

W IMIĘ ROZWOJU MEDYCYNY

Na konferencji nie zabrakło najważniejszych przedstawicieli środowiska lekarskiego. Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej dr Łukasz Jankowski zaapelował o zmianę podejścia do relacji z przemysłem farmaceutycznym. Zauważył, że wiele osób wyraża przekonanie, że jakiegokolwiek kontakt z producentami leków są całkowicie niedopuszczalne. W jego opinii powinno być inaczej, ale zastrzegł, że kluczem musi być transparentność.

– Myślę, że zmiana mentalności powinna polegać na tym, żebyśmy znaleźli się gdzieś pośrodku i przyznali, że ani firmy farmaceutyczne nie są kandydatem do kanonizacji, ani też sama działalność takich firm nie musi być pozbawiona pewnej misji – mówił szef samorządu lekarskiego. Dodał, że bez szerokiej współpracy m.in. z branżą farmaceutyczną rozwój medycyny nie jest możliwy. ●

WAŻNY TEMAT

Opieka koordynowana utknęła w pół drogi

LIDIA SULIKOWSKA

Miała usprawnić leczenie pacjentów z najczęstszymi chorobami przewlekłymi i odciążać AOS. Choć korzysta z niej coraz więcej chorych, nadal realizuje ją tylko nieco ponad połowa przychodni POZ. Część placówek odstrasza bariery organizacyjne, inne nie mogą znaleźć specjalistów do współpracy.

Wraz z wprowadzeniem opieki koordynowanej w podstawowej opiece zdrowotnej przychodnie świadczące usługi w ramach NFZ zyskały możliwość zapewnienia bardziej kompleksowej opieki pacjentom z najczęstszymi chorobami przewlekłymi z zakresu kardiologii, diabetologii, pulmonologii, nefrologii oraz endokrynologii. Aby przystąpić do programu, konieczne jest rozszerzenie zakresu umowy z NFZ. Nie ma obowiązku realizowania wszystkich pięciu ścieżek diagnostyczno-terapeutycznych – wystarczy wdrożenie nawet jednej z nich.

Opieka w tym modelu w zależności od potrzeb pacjenta obejmuje badania diagnostyczne, konsultacje specjalistyczne oraz porady dietetyczne i edukacyjne. Dzięki temu rozwiązaniu pacjent ma szybciej uzyskać diagnozę i niezbędną opiekę – bez konieczności kierowania do poradni specjalistycznej, gdzie na wizytę często się czeka kilka miesięcy.

Przystępując do opieki koordynowanej, lekarze POZ zyskują dodatkowe narzędzia – mogą zlecać badania, które dotychczas były zarezerwowane dla lekarzy innych specjalizacji. Należą do nich m.in. EKG wysiłkowe, ECHO serca czy Holter EKG w ścieżce kardiologicznej oraz pakiety badań tarczycowych i biopsja cienkoigłowa tarczycy w ścieżce endokrynologicznej. W razie potrzeby przychodnia musi zapewnić konsultację u specjalisty dziedzinowego, np. kardiologa lub diabetologa (w zależności od realizowanego zakresu).

– To rozwiązanie realnie wzmacnia opiekę nad pacjentem, ponieważ znacząco przyspiesza diagnostykę. Nie musimy już odsyłać chorego do poradni specjalistycznej tylko po to, by np. wykonał badanie UACR w przypadku podejrzenia

W jednych regionach opieka koordynowana rozwija się dynamicznie, w innych pozostaje rzadkością. Efekt: pacjenci mają nierówny dostęp do szybszej diagnostyki i kompleksowego leczenia

przewlekłej choroby nerek – podkreśla Tomasz Zieliński, wiceprezes Porozumienia Zielonogórskiego oraz prezes Lubelskiego Związku Lekarzy Rodzinnych – Pracodawców. Dodaje, że dzięki opiece koordynowanej lekarze rodzinni mogą pełniej wykorzystać kompetencje zdobyte w trakcie szkolenia specjalizacyjnego.

Podobnego zdania jest prof. Sławomir Chłabicz, kierownik Zakładu Medycyny Rodzinnej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, a także współwłaściciel jednej z przychodni w tym mieście.

– W mojej ocenie to bardzo dobry mechanizm dla POZ do szybszego

wykrywania najczęstszych chorób i sprawniejszego podejmowania decyzji, jak dalej prowadzić pacjenta. Ten model pracy daje dużą satysfakcję i umożliwia pełniejsze wykorzystanie kompetencji lekarza rodzinnego, a także motywuje do dalszego rozwoju – przekonuje prof. Chłabicz. Przychodnia, którą współprowadzi z innymi partnerami, świadczy opiekę koordynowaną we wszystkich zakresach. Jak przyznaje, początki nie były łatwe, bo wdrożenie było dużym wyzwaniem organizacyjnym, szczególnie w obszarze sprawozdawczości i rozliczeń.

– POZ jest przyzwyczajony do finansowania opartego na stawce kapitałowej. W opiece koordynowanej mamy tzw. budżet powierzony, a każda usługa jest finansowana jednostkowo i w ten sposób musi być rozliczana. To była dla nas nowość. Na szczęście mieliśmy wsparcie szkoleniowe zarówno ze strony NFZ, jak i organizacji zrzeszających lekarzy rodzinnych. Pierwszych pacjentów objęliśmy tą opieką w 2023 r. Finalnie jesteśmy zadowoleni, ale obecny model opieki koordynowanej wymaga modyfikacji – mówi prof. Chłabicz.

POZ RÓŻNYCH PRĘDKOŚCI

Przepisy wprowadzające opiekę koordynowaną do podstawowej opieki zdrowotnej zaczęły obowiązywać od października 2022 r. Pod koniec



fot.: pixabay.com

◀ Dzięki opiece koordynowanej pacjent ma szybciej uzyskać diagnozę i niezbędną opiekę

pracy wymagająca bardzo dobrych kompetencji zarządczych. Dlatego trzeba wprowadzić zespoły coachingowe, które będą pomagać przychodniom wdrażać tę opiekę. Warto też organizować wizyty studyjne tam, gdzie ta opieka dobrze funkcjonuje. To rola dla NFZ – uważa Paweł Żuk.

Rozważając kwestie systemowego wsparcia do dalszego rozwoju opieki koordynowanej, na pewno warto postawić na edukację. Jak zauważa Mateusz Babicki, taki przekaz należy kierować nie tylko do placówek podstawowej opieki zdrowotnej, ale też pacjentów. Jeżeli pacjent wie, że przychodnia może zapewnić lepszą opiekę, to będzie się o nią upominać lub wybierze ten POZ, który ją oferuje.

CHCĘ, ALE NIE MOGĘ

Analizując postępy każdego procesu wdrożeniowego, stajemy przed dylematem, czy warto w przyszłości wprowadzić element obowiązkowości. Obecnie przystąpienie do realizacji opieki koordynowanej jest dobrowolne.

– Narzucanie obowiązku na pewno pomogłoby zmotywować część przychodni do wejścia w ten model. Pozostaje jednak spora część placówek, która nawet już teraz chciałaby do niego przystąpić, ale ma bardzo duże trudności np. z pozyskaniem specjalistów dziedzinowych – zwraca uwagę Mateusz Babicki.

Tu dochodzimy do kolejnego problemu, bo strach przed nieznanym to niejedyna bariera ograniczająca rozwój OK w POZ. Jednym z wymogów, jakie musi spełniać placówka, jest zapewnienie konsultacji specjalistycznej, a znalezienie lekarza chętnego podjąć współpracę bywa problematyczne.

– Myślę, że ten problem częściowo wynika z niezbyt dużej wiedzy wśród lekarzy dziedzinowych o funkcjonowaniu opieki koordynowanej w POZ, a po części z obawy o utratę części swoich pacjentów. Ten strach jest zupełnie niepotrzebny, bo opieka koordynowana dotyczy wybranych chorób w dość prostym przebiegu – wyjaśnia Tomasz Zieliński z Porozumienia Zielonogórskiego. Dodaje, że potrzebne jest szersze dotarcie do

marca br. podczas posiedzenia sejmowej Komisji Zdrowia wiceminister zdrowia Tomasz Maciejewski informował, że obecnie model ten realizuje nieco ponad 50 proc. przychodni POZ, z czego 70 proc. prowadzi opiekę co najmniej w trzech ścieżkach. Ich liczba z roku na rok wzrasta, podobnie jak liczba pacjentów obejmowanych opieką koordynowaną. Widać to m.in. na przykładzie pacjentów korzystających ze świadczeń OK w zakresie diabetologii. Z danych przedstawionych przez Dominikę Janiszewską-Kajkę z Ministerstwa Zdrowia podczas posiedzenia sejmowej Podkomisji Stałej ds. Organizacji Ochrony Zdrowia wynika, że w 2023 r. opieką tą objętych było 182 tys. dorosłych pacjentów, natomiast w 2025 r. – już blisko 600 tys.

Dostępność do opieki koordynowanej jest jednak bardzo zróżnicowana w zależności od regionu Polski. Dane liczbowe wskazują jednoznacznie: niemal połowa przychodni POZ realizujących kontrakty NFZ nie przystąpiła do tego programu, a wśród tych, które w nim są, część nie realizuje go we wszystkich pięciu ścieżkach. – Wdrożyły ją placówki, które były najlepiej do tego procesu przygotowane. Pozostały te, które od początku były nią najmniej zainteresowane. To stanowi ogromne wyzwanie. Mamy jeszcze dużo do zrobienia – mówi dr hab. Mateusz Babicki z Katedry i Zakładu Medycyny Rodzinnej Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu.

To, że jedne przychodnie świetnie rozwijają opiekę koordynowaną, inne robią to powoli, a jeszcze inne w ogóle się nią

nie interesują, niestety powoduje, że mamy POZ kilku prędkości, co stwarza nierówności dla pacjenta w dostępie do tych świadczeń.

ŚWIATY RÓWNOLEGŁE

– Wdrożenie najlepiej wypadło w regionach, gdzie została wykonana solidna praca edukacyjna i organiczna. Liderami są m.in. województwa: lubelskie, dolnośląskie, mazowieckie, częściowo łódzkie. Z kolei słabo sobie radzą województwa wielkopolskie, opolskie, lubuskie. W skali całego kraju około 60 proc. populacji ma dostęp do POZ z opieką koordynowaną – wymienia dr Paweł Żuk, przewodniczący Sekcji Opieki Koordynowanej Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej oraz członek Zespołu do spraw Wdrożenia Opieki Koordynowanej w POZ powołanego przez ministra zdrowia. – To nie jest reforma, która nie wypaliła. Po prostu mamy problem z propagacją tego pomysłu. Receptą nie jest wymyślanie czegoś nowego, tylko bycie konsekwentnym we wdrażaniu w kolejnych placówkach – podkreśla ekspert z PTMR.

Na pytanie, dlaczego tak dużo placówek POZ nadal nie zdecydowało się na realizację opieki koordynowanej, nie ma jednej odpowiedzi. Na tę sytuację składa się kilka przyczyn. Zdaniem Pawła Żuka jednym z głównych problemów jest to, że wiele przychodni czuje lęk przed tym modelem opieki, bo to coś nowego. – Niezaprzeczalnie jest to forma

**CHOROBY LECZONE W RAMACH
OPIEKI KOORDYNOWANEJ W POZ**

KARDIOLOGIA: nadciśnienie tętnicze, niewydolność serca, choroba niedokrwienna serca, migotanie przedsionków.

DIABETOLOGIA: cukrzyca, stan przedcukrzycowy.

ENDOKRYNOLOGIA: niedoczynność/nadczynność tarczycy, guzki tarczycy.

PULMONOLOGIA: POChP, astma oskrzelowa, przewlekłe zapalenie oskrzeli proste i śluzowo-ropne, rozedma płuc.

NEFROLOGIA: przewlekła choroba nerek.

**BADANIA DIAGNOSTYCZNE
DOSTĘPNE W OPIECE
KOORDYNOWANEJ W POZ**

ŚCIEŻKA KARDIOLOGICZNA: EKG wysiłkowe, Holter EKG (24, 48, 72h), Holter RR, USG Doppler tętnic szyjnych i naczyń kończyn dolnych, ECHO serca przezklatkowe, BNP (NT-proBNP), albuminuria, UACR.

ŚCIEŻKA DIABETOLOGICZNA: albuminuria, UACR, USG Doppler naczyń kończyn dolnych.

**ŚCIEŻKA
ENDOKRYNOLOGICZNA:** antyTPO, antyTSHR, antyTG, biopsja cienkoigłowa tarczycy.

ŚCIEŻKA PULMONOLOGICZNA: spirometria, spirometria z próbą rozkurczową.

ŚCIEŻKA NEFROLOGICZNA: UACR.

tych lekarzy, aby ich zainteresować współpracą. – Jeśli jakiś kardiolog, pulmonolog, diabetolog, endokrynolog, nefrolog lub alergolog chciałby współpracować z POZ w ramach opieki koordynowanej, to niech się do nas zgłosi. Pomożemy mu znaleźć kontrahenta. Opowiemy, jak ten model opieki działa – zachęca Tomasz Zieliński.

Z kolei prof. Sławomir Chlabicz zwraca uwagę, że specjaliści pracujący w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS) są obecnie odseparowani od opieki koordynowanej w POZ. – Moim zdaniem te dwa modele wymagają ścisłego połączenia. System AOS powinien zostać włączony w opiekę koordynowaną i przyjąć rolę konsultacyjną. Nie powinien natomiast przejmować do stałej opieki stabilnych pacjentów z chorobami przewlekłymi, którzy z powodzeniem mogą być leczeni przez lekarza rodzinnego – stwierdza.

O pomysł większej integracji AOS i POZ wspomina też Paweł Żuk: – Każdy AOS z kontraktem NFZ powinien zapewniać konsultację pacjentom z opieki koordynowanej w ramach odrębnej ścieżki.

Pojawiają się również głosy, aby znieść przymus zapewniania konsultacji u specjalisty dziedzinowego. Pytanie tylko, czy nie byłoby to zbyt dużym odejściem od założeń programu. – Po konsultacji specjalistycznej sięgamy wtedy, kiedy widzimy ku temu potrzebę. Zdarzają się takie sytuacje, ale nie są one bardzo częste. Trudno jednak jednoznacznie ocenić, czy wyłączenie tego wymogu byłoby dobre. Warto przetestować np. pilotażowo, czy ten pomysł by się sprawdził – ocenia Mateusz Babicki. Podpowiada też, że zamiast czekać na jakiegokolwiek zmiany, warto działać wspólnie, czyli porozumieć się z kilkoma placówkami POZ i razem zaproponować specjalistom, aby odwiedzili ich rejon działania 1-2 razy w miesiącu i w ten sposób zapewniał konsultacje.

Warto też spoglądać na tych, którym się udało. Takim przykładem są przychodnie POZ działające w woj. lubelskim. – Wraz z innymi liderami organizacji zrzeszających lekarzy rodzinnych w regionach maksymalnie ułatwiliśmy proces wdrożeniowy przychodniom. W efekcie w naszym województwie aż 78 proc. populacji jest objęte opieką przez podmioty posiadające umowę na opiekę koordynowaną – podkreśla Tomasz Zieliński.

Co konkretnie zrobiono? Przede wszystkim zapewniono dostęp do specjalistów dziedzinowych. – Porozumieliśmy się w tej sprawie z jedną z dużych poradni specjalistycznych,

która zgodziła się z nami współpracować. To dużo lepsze rozwiązanie niż indywidualnie poszukiwanie specjalistów. Ponadto zapewniliśmy narzędzie informatyczne ułatwiające wdrożenie opieki koordynowanej i materiały wyjaśniające, jak kontraktować tę opiekę z NFZ. Oddział wojewódzki NFZ też pomógł, bo proces kontraktowania odbył się sprawnie – dodaje wiceszef PZ i prezes Lubelskiego Związku Lekarzy Rodzinnych – Pracodawców.

NAJPIERW PODCIĄGNIJMY TYŁ

Dyskusje wokół kierunków dalszego rozwoju OK w POZ toczą się nie tylko wokół upowszechniania tego rodzaju opieki, ale też ewentualnego jej rozszerzenia o kolejne ścieżki. Mówi się na przykład o pacjentach z dolegliwościami bólowymi układu ruchu, a także opiece nad pacjentem po zakończonym leczeniu onkologicznym. – Jestem zwolennikiem rozwoju, ale najpierw spożytkujmy energię na tzw. podciągnięcie tyłów. Przede wszystkim należy poprawić dostępność do opieki koordynowanej w rejonach, gdzie jej nie ma lub działa tylko w 1-2 ścieżkach – uważa Tomasz Zieliński.

Mówi się też o potrzebie zwiększenia nakładów na ten model opieki. – Opieka koordynowana w POZ jest finansowana w ramach budżetu powierzonego. Nie powinniśmy go przekraczać, bo wtedy wchodzimy w nadwykonania, za które nie ma gwarancji zapłaty. Pacjentów kwalifikujących się do opieki koordynowanej jest dużo, chciałoby się ich wszystkich objąć tą opieką, ale musimy liczyć koszty. Nie możemy w ramach tego samego budżetu włączać w nieskończoność większej liczby pacjentów, bo nie będziemy w stanie sfinansować świadczeń, których potrzebują – mówi prof. Chlabicz. ●

WAŻNE

Informacje o dostępności do opieki koordynowanej w poszczególnych przychodniach POZ można sprawdzić na stronie koordynowana.nfz.gov.pl.

MEDYCyna I PRAWO

Błędy, które kończą się kontrolą lub sporem sądowym

ANNA WOJDA

Dokumentacja medyczna jest nie tylko zapisem procesu leczenia, ale także podstawowym dowodem w przypadku kontroli. Brak wpisu, podpisu lub informacji o stanie pacjenta może mieć równie poważne konsekwencje jak błąd medyczny.

Jednym z najważniejszych elementów procesu leczenia jest dokumentacja medyczna. Stanowi ona źródło informacji dla kolejnych lekarzy i placówek, ale jednocześnie pełni funkcję dowodową. To właśnie do niej w pierwszej kolejności sięgają kontrolerzy Narodowego Funduszu Zdrowia, pracownicy Biura Rzecznika Praw Pacjenta oraz biegli i sądy analizujący przebieg leczenia.

NIE TYLKO FORMALNOŚĆ

Choć w ostatnich latach znacząco wzrósł udział elektronicznej dokumentacji medycznej, wiele problemów pozostaje aktualnych. Cyfryzacja wyeliminowała wprawdzie część błędów technicznych, takich jak nieczytelne pismo czy nieprawidłowe poprawianie wpisów, jednak nie rozwiązała problemów związanych z niekompletnością dokumentacji.

Jednym z najczęściej spotykanych uchybień jest brak istotnych informacji dotyczących stanu zdrowia pacjenta. Chodzi przede wszystkim o niewpisywanie rozpoznań wstępnych, chorób przewlekłych, przebytych schorzeń czy wyników wykonanych badań. Takie braki mogą utrudniać kontynuację leczenia przez innych specjalistów, a w skrajnych przypadkach prowadzić do błędnych decyzji terapeutycznych.

Dokumentacja „podąża” za pacjentem i stanowi podstawowe źródło wiedzy o przebiegu jego leczenia. Jeżeli informacje są niepełne, ryzyko popełnienia błędu rośnie.

Wśród najczęściej kwestionowanych elementów dokumentacji znajdują się zgody pacjentów na zabiegi i procedury

medyczne. Problemy pojawiają się zarówno wtedy, gdy podpisu brakuje, jak i wtedy, gdy zgoda została sformułowana zbyt ogólnie.

Sądy wielokrotnie podkreślały, że zgoda pacjenta musi być świadoma. Oznacza to, że pacjent powinien otrzymać informacje o celu zabiegu, możliwych korzyściach, ryzyku i dostępnych alternatywach. Sam podpis pod formularzem nie zawsze wystarcza do wykazania, że obowiązek informacyjny został wykonany prawidłowo.

Kolejnym problemem jest nieprawidłowa autoryzacja dokumentacji. Dotyczy to zarówno tradycyjnych podpisów, jak i elektronicznych systemów dokumentacji medycznej. Szczególnie niebezpieczne jest dokonywanie wpisów przy użyciu konta innej osoby. W praktyce zdarzają się sytuacje, gdy pracownik korzysta z loginu kolegi lub pozostawia otwartą sesję w systemie. W przypadku kontroli lub postępowania sądowego ustalenie rzeczywistego autora wpisu może być bardzo trudne.

Jeszcze poważniejsze konsekwencje może mieć dokumentowanie czynności lub stanu pacjenta wyłącznie na podstawie relacji innego członka personelu, bez osobistego kontaktu z chorym.

Problemy rodzi także nadmierna skrótowość wpisów. Dla autora notatki zastosowane oznaczenia bywają oczywiste, jednak po kilku miesiącach lub latach ich interpretacja może okazać się niemożliwa.

Nieczytelne lub niezrozumiałe zapisy utrudniają zarówno leczenie, jak i ocenę postępowania medycznego podczas kontroli. W efekcie dokumentacja przestaje spełniać swoją podstawową funkcję informacyjną.

CZEGO BĘDĄ SZUKAĆ?

Kontrole NFZ koncentrują się przede wszystkim na zgodności dokumentacji z udzielonymi świadczeniami. Weryfikowane są m.in. kompletność wpisów, obecność wymaganych podpisów, zgodność rozpoznań z wykonanymi procedurami oraz prawidłowość rozliczeń.

Braki w dokumentacji mogą skutkować zakwestionowaniem wykonania świadczenia i koniecznością zwrotu środków publicznych.

Z kolei Rzecznik Praw Pacjenta analizuje przede wszystkim, czy prawa pacjenta były realizowane prawidłowo. Szczególne znaczenie mają dokumenty potwierdzające udzielenie informacji o stanie zdrowia, uzyskanie świadomej zgody na leczenie oraz prawidłowe prowadzenie dokumentacji.

W postępowaniach prowadzonych przez rzecznika brak odpowiednich wpisów często utrudnia wykazanie, że obowiązki wobec pacjenta zostały wykonane.

W sporach dotyczących błędów medycznych dokumentacja stanowi jeden z najważniejszych dowodów. Sąd i biegli oceniają nie tylko przebieg leczenia, ale również sposób jego udokumentowania. ●

MEDYCINA I PRAWO

Niechciany spadek łatwiej będzie odrzucić

ANNA WOJDA

Lekarze, którzy odziedziczą majątek po krewnych, mogą w przyszłości łatwiej uniknąć przejęcia ich długów.

Odziedziczenie mieszkania, działki czy oszczędności zwykle kojarzy się z korzyścią. Coraz częściej jednak spadek oznacza również konieczność zmierzenia się z długami pozostawionymi przez zmarłego. W takich sytuacjach kluczowe jest szybkie i skuteczne odrzucenie spadku.

Projekt przygotowany przez Komisję Kodyfikacyjną Prawa Cywilnego ma wyeliminować problem, z którym od lat borykają się spadkobiercy. Obecne przepisy są bowiem na tyle skomplikowane, że wiele osób nieświadomie popełnia błędy przy składaniu oświadczeń o odrzuceniu spadku.

Dziś nie wystarczy wiedzieć, że po zmarłym pozostały zobowiązania. Trzeba jeszcze prawidłowo ustalić moment, w którym dana osoba może skutecznie odrzucić spadek. Wynika to z kolejności dziedziczenia. W praktyce oznacza to, że można zrobić to nie tylko za późno, ale również za wcześnie. Jeśli oświadczenie zostanie złożone przedwcześnie, może okazać się bezskuteczne, a całą procedurę trzeba powtarzać.

Problem szczególnie uwidacznia się w dużych rodzinach, gdzie ustalenie wszystkich osób powołanych do spadku bywa trudne. Niekiedy postępowania ciągną się latami, a spadkobiercy żyją w niepewności, czy nie odziedziczą zobowiązań finansowych po krewnym.

Planowana nowelizacja ma to zmienić. Zgodnie z projektem oświadczenie o odrzuceniu spadku będzie można złożyć w każdym momencie po śmierci spadkodawcy, bez konieczności oczekiwania na swoją kolej w porządku dziedziczenia. Nadal obowiązywać będzie sześciomiesięczny termin na podjęcie decyzji, liczony od chwili, gdy spadkobierca dowiedział się o swoim powołaniu do spadku.

To niejedyne uproszczenie. Jedno oświadczenie o odrzuceniu spadku ma obejmować wszystkie możliwe podstawy dziedziczenia, chyba że spadkobierca wyraźnie ograniczy je do konkretnego tytułu. Dzięki temu nie będzie konieczności wielokrotnego składania podobnych dokumentów.

Zmiany mogą okazać się istotne również dla lekarzy. Ze względu na charakter pracy wielu z nich nie ma czasu na śledzenie skomplikowanych procedur spadkowych czy wielomiesięczne ustalanie kolejności dziedziczenia w rodzinie. Nowe przepisy mają zmniejszyć ryzyko błędów formalnych i pozwolić szybciej zabezpieczyć się przed przejęciem niechcianych długów.

Projekt ma także odciążyć sądy. Obecnie osoby, które nie dopełnią formalności w terminie lub popełnią błąd proceduralny, często muszą występować o przywrócenie terminu albo prowadzić dodatkowe postępowania. Po zmianach liczba takich spraw powinna się zmniejszyć.

Nowelizacja jest obecnie finalizowana w Ministerstwie Sprawiedliwości i w najbliższym czasie ma trafić do konsultacji publicznych. Jeśli proponowane rozwiązania zostaną przyjęte, odrzucenie zadłużonego spadku stanie się znacznie prostsze i bezpieczniejsze niż obecnie. ●

Nie każdy „naturalny lek” przejdzie przez granicę

Osoby sięgające po preparaty medycyny alternatywnej sprowadzane z Azji czy krajów byłego ZSRR powinny zachować szczególną ostrożność. Trybunał Sprawiedliwości UE potwierdził, że nawet niewielkie ilości specyfików kupionych rzekomo na własny użytek mogą naruszać przepisy, jeśli zawierają składniki pochodzące od chronionych gatunków zwierząt lub roślin (wyrok z 11 czerwca 2026 r., sygn. C-601/24).

Sprawa dotyczyła preparatu tradycyjnej medycyny chińskiej zawierającego ekstrakt

z pławikonika japońskiego – gatunku objętego ochroną w ramach konwencji CITES. TSUE uznał, że ochronie podlegają nie tylko całe okazy zwierząt, ale również produkty i ekstrakty wykorzystywane m.in. w medycynie alternatywnej. Oznacza to, że legalny zakup za granicą nie gwarantuje legalnego wwozu do Unii Europejskiej.

Wyrok ma znaczenie nie tylko dla służb celnych. Pokazuje również,

że rynek alternatywnych „terapii” często funkcjonuje poza standardami obowiązującymi w medycynie opartej na dowodach naukowych. Pacjenci kuszeni obietnicami poprawy potencji, odporności czy leczenia przewlekłych chorób mogą nie zdawać sobie sprawy, że nabywane przez nich preparaty zawierają składniki pochodzące z zagrożonych gatunków, a ich obrót podlega ścisłym ograniczeniom. ●

PODATKI I FINANSE

Pięć lekcji z afery Zondacrypto

MARIUSZ TOMCZAK

Upadki giełd kryptowalutowych to brutalne lekcje dla posiadaczy aktywów cyfrowych. Pokazują, że można stracić wszystko, jeśli z powodu braku wiedzy, roztargnienia lub lenistwa nie dba się o bezpieczeństwo.

Z badania Ipsos przeprowadzonego na zlecenie Narodowego Banku Polskiego w IV kwartale 2025 r. wynika, że w naszym kraju kryptowaluty posiada 6,4 proc. dorosłych osób. Są to głównie ludzie młodzi.

Mimo że kryptoaktywów można używać legalnie w bardzo wielu krajach, a bitcoin – po zatwierdzeniu funduszy ETF typu spot przez amerykańską Komisję Papierów Wartościowych i Giełd na początku 2024 r. – wszedł do finansowego mainstreamu, nie są one takimi samymi walutami jak np. dolar amerykański czy złoty polski.

W rozumieniu naszego prawa to nie jest „pieniądz elektroniczny”. „Zgodnie z definicją zaproponowaną przez Europejski Urząd Nadzoru Bankowego »waluty« wirtualne są cyfrową reprezentacją wartości, nieemitowaną przez bank centralny ani organ publiczny, niekoniecznie powiązaną z walutą określonego kraju, lecz uznawaną przez osoby fizyczne i prawne za środek płatniczy” – podaje NBP na stronie internetowej.

ANATOMIA UPADKU

Kryptowaluty można kupować i sprzedawać za pośrednictwem wyspecjalizowanych platform internetowych, działających trochę jak kantory online. Jednym z takich miejsc była do niedawna Zondacrypto – giełda kryptowalut zarejestrowana w Estonii, ale wywodząca się z naszego kraju. Wspierała ona finansowo znane kluby piłkarskie i ważne wydarzenia, reklamowali ją sportowcy i aktorzy, a jej logo zawisło m.in. na siedzibie Polskiego Komitetu

Olimpijskiego w Warszawie. Ale to już historia.

Kilka miesięcy temu zaczęły pojawiać się problemy z wypłatą środków przez klientów Zondacrypto. Wiosną 2026 r., gdy o braku płynności zaczęły informować najważniejsze polskie media, wybuchł skandal. W kwietniu Prokuratura Regionalna w Katowicach wszczęła śledztwo. Do połowy maja przesłuchano kilkuset pokrzywdzonych i przyjęto prawie 2 tys. zawiadomień o podejrzeniu popełnienia przestępstwa. Straty klientów są szacowane na setki milionów złotych.

O CZYM WARTO PAMIĘTAĆ?

Zostawmy na boku dywagacje, na ile zakup kryptowalut to inwestowanie, a na ile spekulacja. Zastanówmy się raczej, jakie lekcje z omawianej afery mogą – a wręcz powinny – wyciągnąć osoby, które mają kryptoaktywa lub planują je nabyć.

Po pierwsze, posiadanie kryptowalut wiąże się z podwyższonym ryzykiem. Wynika ono m.in. z cyberataków i rozmaitych oszustw, ograniczonego nadzoru, braku gwarancji na wzór Bankowego Funduszu Gwarancyjnego czy dużej zmienności notowań, która część osób popycha do sprzedaży ze stratą.

Po drugie, żadna giełda nie powinna być traktowana jako miejsce do przechowywania aktywów, ale jedynie do dokonywania transakcji. Ten, kto trzyma niezainwestowane środki na platformie, naraża się na

ryzyko ich utraty, np. w razie upadłości lub wystąpienia problemów z płynnością. Żelazna zasada brzmi: zakupione kryptowaluty należy przechowywać na prywatnym portfelu sprzętowym, do którego klucze prywatne zna tylko jego posiadacz.

Po trzecie, warto dywersyfikować miejsca przechowywania aktywów. Wraz ze wzrostem ich wartości lepiej rozpraszać ryzyko i korzystać z różnych platform. Tutaj musi działać zasada ograniczonego zaufania, ponieważ nawet w podmiotach dużych, znanych, działających od dawna i o nieskazalitej reputacji może kiedyś dojść do poważnych problemów.

Po czwarte, opóźnienia w wypłatach środków to czerwona flaga. Jeśli pojawiają się doniesienia o „przejściowych problemach technicznych” czy „tymczasowej blokadzie środków” na rachunkach niektórych klientów, to warto zwiększyć czujność. W wielu sytuacjach trzeba jednak działać natychmiast. Upadki platform pokazują, że im dłużej zwleka się z podjęciem decyzji, tym trudniej odzyskać aktywa cyfrowe.

Po piąte, obecność znanych twarzy w materiałach reklamowych nie oznacza, że mamy do czynienia z podmiotem godnym zaufania. Agresywny marketing, zwłaszcza w obszarze finansów, nie powinien zwalniać z myślenia. Choć zasada ta wydaje się oczywista, wiele osób wciąż nabiera się na sztuczki speców od promocji.

PODATKI I FINANSE

Książkowe inspiracje na lato

MARIUSZ TOMCZAK

Wakacje to idealny czas, żeby zrobić coś dla siebie. Na przykład zanurzyć się w lekturze pozycji, które pozwolą nam lepiej zadbać o finanse osobiste.

W GAŚCZU PUŁAPEK

Wydana kilka miesięcy temu przez Wydawnictwo Znak Koncept „Sztuka jasnego myślenia” Rolfa Dobellego to jedna z najbardziej wciągających książek, które przeczytałem w ostatnich kilku latach. I stawiam dolary przeciwko orzechom, że po jej lekturze sporo osób powie to samo. Jest to zbiór 52 historii dotyczących pułapek myślowych, które zaskakująco często łączą się z szeroko rozumianymi finansami.

Z tej książki dowiemy się m.in., dlaczego kontrolujemy mniej spraw, niż sądzimy, systematycznie przeceniamy własną wiedzę i umiejętności oraz czemu płacimy zbyt wiele za zerowe ryzyko, a darmowy drink bywa najdroższą inwestycją. Autor tłumaczy, skąd bierze się problem ze zrozumieniem wzrostu wykładniczego, z czego wynika silna awersja do strat i dlaczego bardziej smakują ciastka, których jest mało. Píše też o kwestiach, które brzmią kontrowersyjnie: o potrzebie sceptycyzmu wobec prognoz oraz o tym, że doświadczenie potrafi oszaleć.



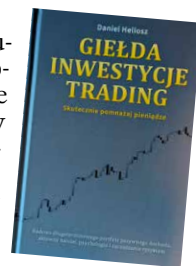
(Wydawnictwo MT Biznes), to szkodliwe wymówki.

W swojej 330-stronicowej książce dowodzi, że każdy ma ogromną szansę na długoterminowy sukces finansowy. Warunek? Odpowiednia motywacja, wyeliminowanie złych nawyków i przewyciężenie wpajanych od dziecka uprzedzeń. Walendowicz uważa, że kluczem jest trzymanie się planu oraz panowanie nad emocjami (co stanowi 90 proc. sukcesu), podczas gdy wiedza, predyspozycje i szczęście – którym sporo osób przypisuje kluczowe znaczenie – odpowiadają za pozostałe 10 proc. To świetna lektura zarówno dla początkujących, jak i bardziej zaawansowanych.

i niezrozumienie potęgi procentu składanego, który Albert Einstein nazwał „ósmym cudem świata”. Nie zdajemy sobie sprawy, że regularne inwestowanie nawet niedużych kwot (np. 500 zł miesięcznie) po 20–30 latach pozwala zbudować naprawdę solidny kapitał.

BEZ NIEDOMÓWIEŃ

Dlaczego akcje w długim terminie są – i pozostaną – w trendzie wzrostowym? Kiedy jest najlepszy moment, aby zacząć inwestować? Czy trzeba być jasnowidzem, żeby zarabiać na giełdzie? Jakich błędów unikać w inwestowaniu długoterminowym? Czy dywersyfikacja aktywów jest konieczna? Jak reagować na duże spadki i czy to odpowiedni moment, by uciekać z rynku? Wreszcie: czy portfel złożony ze spółek dywidendowych jest lepszy niż mieszkanie na wynajem?

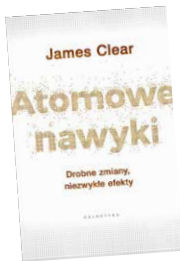


Między innymi na te pytania w przystępny sposób odpowiada Daniel Heliosz w książce „Giełda, inwestycje, trading. Skutecznie pomnażaj pieniądze” (Wydawnictwo Kileh). Publikacja stanowi podsumowanie jego wieloletnich doświadczeń na rynku kapitałowym – zarówno zawodowych, jak i prywatnych. To interesująca lektura dla każdego, kto dał się już wciągnąć w świat finansów i chce pogłębić wiedzę, choć początkujący również wyciągną z niej sporo dla siebie. Wpisując kod GIT100 w sklepie <https://sklep.pamietnikgielodowy.pl/produkt/gielda-inwestycje-trading-czytelnicy>, „Gazety Lekarskiej” zamówią książkę z 25-proc. zniżką. ●

STRATEGIA MAŁYCH KROKÓW

Skoro osoby odnoszące spektakularne sukcesy i największe przegrani często mają identyczne cele, dlaczego jedni wygrywają, a inni nie? Odpowiedź na to pytanie znajdziemy w książce Jamesa Cleara pt. „Atomowe nawyki. Drobne zmiany, niezwykłe efekty” (Wydawnictwo Galaktyka). „Sukces nie jest celem do osiągnięcia albo linią mety. To system doskonalenia, niekończący się proces ulepszania” – pisze autor, dodając, że trwałe rezultaty wynikają z wprowadzania ciągłych zmian. Clear przekonuje, że „potęga zmiany nawyków nie wynika z pojedynczej poprawy o 1 proc., ale z tysiąca takich ulepszeń”.

Choć książka nie dotyczy bezpośrednio świata finansów, idealnie przekłada się na budowanie niezależności w tym obszarze. Często podchodzimy do tego tematu jak pies do jeża z uwagi na brak cierpliwości

**NA DOBRY START**

Chyba wszyscy zdajemy sobie sprawę, że przyszłe emerytury nie pozwolą na godne życie, ale mało kto odkłada pieniądze na jesień życia na własną rękę. Często tłumaczymy to brakiem czasu lub wiedzy. Powtarzamy, że pieniądze szczęścia nie dają, giełdę

uważamy za kasyno, a inwestowanie – za domenę ekspertów, niedostępną dla zwykłych śmiertelników. Zdaniem Michała Walendowicza, autora książki „Jak zacząć inwestować? Osiem kroków do sukcesu w finansach osobistych”



Premier z kocykiem

Rozpoczyna się kolejna kadencja w samorządzie lekarzy i lekarzy dentyków. Nie będzie łatwiejsza. Na szczęście walka będzie dotyczyła „jedynie” problemów z Ministerstwem Zdrowia i rządzącymi.

PAWEŁ BARUCHA
WICEPREZES NACZELNEJ
RADY LEKARSKIEJ



Krajowy Zjazd Lekarzy jednoznacznie zdecydował, kto ma przez najbliższe cztery lata dbać o lekarzy i lekarzy dentyków. Szkoda, że przez prawie dwa lata próbowano nas wewnętrznie rozbić. To się nie udało i teraz mocniejszy idziemy dalej. A spraw do załatwienia jest bardzo dużo.

Ostatnie informacje mediów jasno pokazały, jak wiele jest do zrobienia w opiece zdrowotnej. Oczywiście winę za problemy próbuje się zrzucić na lekarzy. Ale to nie my uchwalamy bzdurne przepisy. Mimo wieloletnich starań samorządu o wysłuchanie politycy zawsze wiedzieli lepiej. A przynajmniej tak im się wydaje – wygodniej przecież zaatakować lekarzy, bo może słupki poparcia urosną. Nie ma w tym nic ze strategii na lata, nie ma głębokiej analizy problemu.

Gdy wybucha pożar, próbują go gasić, ale kocykiem. Za chwilę w innym miejscu pojawia się kryzys i znowu reakcja powodowana chwilą, by tylko uspokoić społeczeństwo. Dlatego potrzebny jest im przeciwnik, czyli my.

Trzeba jasno sygnalizować, że bez pomocy lekarzy nic nie uda się zrobić. Od lat podpowiadamy rządzącym kierunki zmian. Bez zrozumienia po drugiej stronie. Od polityków, którzy zajmują się zdrowiem, wymagamy znajomości tematu.

A czasem wychodzi brak wiedzy podstawowej – na przykład, co leczymy w ramach NFZ. Najgorsze jest to, że politycy „wiedzą wszystko”. No a jak już ktoś wszystko wie, to żadnych argumentów nie przyjmuje. Mam wrażenie, że na zdrowiu, jak na piłce nożnej, znają się wszyscy. Ale jak w piłce nie każdy potem jest na mistrzostwach i nie każdy musi strzelać gole.

Potrzebujemy analizy i dobrze przemyślanych zmian systemowych. Nie jesteśmy wrogami systemu zdrowia, tylko jego częścią. Jako lekarze i lekarze dentyści wiemy, że od środka wiele rzeczy wygląda inaczej, niż to widać z mównicy poselskiej. Łatwość, z jaką niektórzy posłowie i posłanki pastwią się nad lekarzami, jest porażająca. Nigdy nie chorowali? A może nigdy nie musieli korzystać z opieki medycznej, jaką zafundowali społeczeństwu?

Premier zaproponował naprawę systemu ochrony zdrowia wraz z samorządem. Czas pokaże, czy to chęć realnej współpracy, czy pusta deklaracja. Trzeba jednak mieć nadzieję, że w spotkaniu bez pośredników będzie łatwiej przekonać, że chcemy prawdziwej naprawy systemu. ●

Podniesienie jakości świadczeń, postawienie na praktyczny wymiar studiów medycznych, usprawnienie systemu szkoleniowego, a przede wszystkim poprawa jakości i dostępności opieki zdrowotnej dla pacjentów – to cele, które przyświecają pracom nad nowelizacją ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentyści. Tak przynajmniej resort zdrowia przedstawia założenia projektu na swojej stronie internetowej.

Największe emocje budzi pomysł skrócenia stażu. Ministerstwo Zdrowia tłumaczy: rozwiązanie to jest swego rodzaju kompromisem pomiędzy rozwiązaniem postulowanym przez uczelnie kształcące lekarzy i lekarzy dentyków, zgodnym z którym staż powinien zostać zniesiony w całości z uwagi na odpowiednie przygotowanie absolwentów do wykonywania zawodu bez konieczności odbycia stażu, a postulatami samorządu zawodowego lekarzy, zgodnie z którymi staż to niezbędny etap kształcenia lekarzy i lekarzy dentyków. Dzięki temu rozwiązaniu lekarze będą mogli wcześniej rozpocząć szkolenie specjalizacyjne, co wpłynie na zwiększenie dostępności do specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w kraju.

W uzasadnieniu projektu podkreślono również aspekt finansowy. Resort szacuje, że dzięki skróceniu stażu budżet państwa zaoszczędzi już w 2027 r. blisko 683 mln zł.

SPRZECIW NRL

Samorząd lekarski nie pozostawia na projekcie suchej nitki. Zdaniem jego przedstawicieli proponowane oszczędności odbywają się kosztem bezpieczeństwa pacjentów.

„Naczelna Rada Lekarska wyraża oburzenie faktem, że Ministerstwo Zdrowia przedstawia projekt krytycznych dla systemu ochrony zdrowia zmian w zakresie kształcenia podyplomowego lekarzy, którego kierunkowych założeń nie próbowano nawet uzgadniać z samorządem lekarskim. Zdecydowana większość zmian, jakie Ministerstwo Zdrowia przewidziało w projekcie ustawy w obszarze kształcenia i egzaminowania lekarzy, jest nie do przyjęcia dla środowiska lekarskiego, dlatego Naczelna Rada Lekarska wnioskuje o zaprzestanie dalszych prac nad

PRAKTYKA LEKARSKA

Stomatologia: krótszy staż to absurd

ARTUR PEDRYC

Ministerstwo Zdrowia przygotowało nowelizację ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentyści. Jedną z najbardziej kontrowersyjnych zmian zakłada skrócenie stażu podyplomowego do sześciu miesięcy, a w przyszłości nawet jego całkowitą likwidację.

tym projektem ustawy” – czytamy w komunikacie.

Równie krytyczna jest ocena propozycji dotyczących stażu podyplomowego:

„Odnosnie do zmian (...) dotyczących stażu podyplomowego Naczelna Rada Lekarska absolutnie nie może zgodzić się na propozycję skrócenia stażu podyplomowego do 6 miesięcy, zwłaszcza że w uzasadnieniu do projektu ustawy zawarto praktycznie jednoznaczny deklarację docelowej całkowitej likwidacji stażu podyplomowego w najbliższej przyszłości”. Stanowisko samorządu lekarskiego w sprawie stażu podyplomowego jest jednoznaczne – staż jest niezbędny do przygotowania lekarza do samodzielnego wykonywania zawodu.

Podawane przez Ministerstwo Zdrowia w uzasadnieniu do projektu ustawy względy oszczędności budżetowych związanych ze skróceniem stażu podyplomowego w żadnym wypadku nie mogą być argumentem w rozsądnej debacie na temat kształcenia lekarzy. Zadaniem państwa jest zapewnienie wysokiej jakości kształcenia i dobrego przygotowania praktycznego kadr medycznych do wykonywania zawodu, względy oszczędności budżetowych nie mogą nigdy przeważać nad bezpieczeństwem pacjentów.

Przeciwko skróceniu stażu protestują również studenci i lekarze stażyści. Założyli profil w mediach społecznościowych „Studenci Przeciwko Skróceniu Stażu” oraz przygotowali petycję skierowaną do Ministerstwa Zdrowia, Sejmu, Senatu RP i Konferencji Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych.

Dokument opublikowany na portalu petycje.com podpisało już blisko 3 tys. osób.

ZMIANA NARRACJI

Pozytywne opinie o skróceniu stażu płyną głównie ze środowiska akademickiego. Ministerstwo Zdrowia twierdzi wręcz, że projekt jest odpowiedzią na jego postulaty.

Przedstawiciele Konferencji Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych przekonują, że od lat zwiększają nacisk na praktyczną naukę zawodu i rozwijają centra symulacji medycznej. Pytanie jednak,

Środowisko lekarskie alarmuje,
że oszczędności nie mogą być stawiane
ponad jakość kształcenia

czy to wystarczy, by absolwent medycyny zaraz po ukończeniu studiów był gotowy do samodzielnego pracy.

Odpowiedź na to pytanie można znaleźć na profilu w mediach społecznościowych Porozumienia Rezydentów:

„Oficjalnie: małe, 6-osobowe grupy kliniczne. Rzeczywistość? Łączenie grup, tłok i nauka medycyny »przez plecy« innych studentów. Szpitale nie urosły razem z gigantycznymi rocznikami, a warunków do prawdziwej nauki praktycznej po

prostu nie ma. Ostatnim bastionem, gdzie student stawał się lekarzem i uczył się pracy przy pacjencie, miał być staż podyplomowy” – piszą na swoim profilu młodzi lekarze z Porozumienia Rezydentów. Prezentują przy tym wyniki przeprowadzonych badań. Wynika z nich, że 76 proc. świeżo upieczonych absolwentów medycyny nigdy nie pobierało krwi tętnicznej, 61 proc. nie zszywało rany chirurgicznej, a 61 proc. nie pobierało wymazu.

U stażystów te statystyki drastycznie spadały, staż realnie nadrabiał braki ze studiów – podsumowują wyniki badań członkowie Porozumienia Rezydentów

Trudno też nie dostrzec sprzeczności w narracji władz uczelni medycznych. Jeszcze kilka miesięcy temu podczas konferencji i debat wielokrotnie słyszałem z ust dziekanów czy prorektorów wypowiedzi, że w uczelniach brakuje środków na zakup odpowiedniej liczby materiałów i narzędzi do praktycznej nauki zawodu. Dziś, gdy resort zdrowia zapowiada przekazanie części środków zaoszczędzonych na skróceniu stażu właśnie uczelniom, narracja wyraźnie się zmienia.

WYJĄTKOWA SYTUACJA

Ekspertiści nie mają wątpliwości, że szczególnie dotkliwe skutki skrócenia stażu odczują lekarze dentyści. Paweł Barucha, wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej, mówi wprost: – Skrócenie stażu to absurd, zwłaszcza

w przypadku stomatologii. W tej dziedzinie jak w żadnej innej powiązanie wiedzy teoretycznej z umiejętnościami manualnymi jest niezwykle ważne. Nabycie takich umiejętności przez studenta na uczelni jest niemożliwe, chociażby ze względu na ograniczenia dyktowane przez NFZ. Dlatego niezbędne jest, aby staż podyplomowy pozostał na dotychczasowych zasadach.

Podobnego zdania jest prof. dr hab. Teresa Sierpińska z Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, konsultant krajowa w dziedzinie protetyki. – Im więcej praktyki, tym lepiej. Młodzi ludzie, kończąc studia, a następnie staż, nabywają umiejętności, które mogą wykorzystać w codziennej pracy. Po stażu trafiają najczęściej do miejsc, gdzie już nie mogą zapytać o potencjalne problemy, jeśli one się pojawiają – zauważa.

INNA SPECYFIKA PRACY

Profesor Sierpińska zwraca uwagę również na specyfikę kształcenia stomatologów. – Co prawda kierunek lekarsko-dentystyczny jest kierunkiem uregulowanym, co oznacza, że uczelnie muszą wypełnić tak zwany standard, natomiast w jaki sposób to robią, to już inna sprawa. W Uniwersytecie Medycznym w Białymstoku, gdzie pracuję, jest tak zwana norma, która obowiązuje nas do tego, by każdy student wykonał określoną liczbę procedur klinicznych. Dotyczy to zwłaszcza piątego roku, gdzie odbywa się nauczanie praktyczne. Dlatego uważam, że nasi absolwenci są dobrze przygotowani do wykonywania zawodu, natomiast z pewnością powinni jeszcze odbyć staż pod okiem lekarza praktykującego choćby po to, by zapoznać się z samym systemem i ze wszystkim, co się wiąże z prowadzeniem tego typu działalności – mówi profesor.

Dr hab. Maciej Sikora, specjalista chirurgii szczękowo-twarzowej, członek Rady Ekspertów Naczelnej Izby Lekarskiej, również nie ma najmniejszej wątpliwości, że staż podyplomowy nie powinien być skracany, zwłaszcza w przypadku stomatologii.

– To, co mówią rektorzy, że uczelnie o wiele bardziej niż kiedyś uczą praktycznych aspektów wykonywania zawodu, to prawda, ale nadal staż podyplomowy jest właściwym czasem, aby uczyć młodych lekarzy dentystów tego, jak prowadzić dokumentację medyczną, jak prawidłowo odbierać zgody od pacjentów, jak postępować w sytuacjach trudnych, jak właściwie organizować pracę, a przede wszystkim jak odpowiedzialnie podejmować decyzje

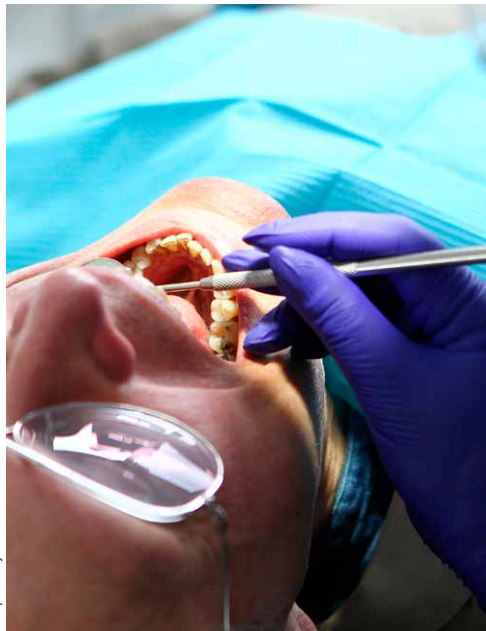


foto: pixabay.com

diagnostyczne i terapeutyczne związane ze zdrowiem pacjentów – wymienia nasz rozmówca.

KONSEKWENCJE DLA PACJENTÓW

Staż podyplomowy jest ekstremalnie ważny, bo w jego trakcie młody lekarz z laboratoryjnych warunków na uczelni przechodzi do trudnej lekarskiej codzienności. W trakcie stażu absolwent uczelni staje się pracownikiem posiadającym prawo wykonywania zawodu, a co za tym idzie – osobą ponoszącą odpowiedzialność za swoją pracę

Staż podyplomowy to nie formalność, lecz moment przejścia od akademickiej teorii do odpowiedzialności za zdrowie pacjenta

rzutującą bezpośrednio na dobrostan leczonych przez siebie chorych. Stomatologia jest tu szczególnym przypadkiem.

– Młodzi dentyści w większości trafiają do pojedynczych gabinetów, gdzie szansa na dalszą naukę jest nie tyle ograniczona, co wręcz żadna – mówi prof. Sikora. I dodaje: – Likwidacja stażu może doprowadzić do sytuacji, w której nawet wszechstronnie wykształcony młody lekarz

◀ *Staż to czas, by uczyć młodych dentystów podejmowania odpowiedzialnych decyzji diagnostycznych*

dentysta będący na bardzo wczesnym etapie nauki zawodu może popełniać błędy związane ze zbyt szybkim przejściem z warunków akademickich do samodzielnej pracy z pacjentem. To niebezpieczne zarówno dla pacjentów, jak i samego lekarza dentysty, bo zostanie zmuszony do nauki na własnych błędach i ponoszenia ich konsekwencji. Tymczasem w przypadku naszego zawodu miejsca na błędy nie ma, bo stawką jest zdrowie i życie ludzkie.

Jego zdaniem ceną skrócenia czy likwidacji stażu będą gorsze kwalifikacje zawodowe – szczególnie w przypadku lekarzy dentystów. – O ile większość lekarzy po ukończeniu studiów i odbyciu stażu kontynuuje kształcenie, robiąc specjalizację, podczas której mają możliwość współpracy i konsultacji z bardziej doświadczonymi kolegami i kolegami, o tyle w przypadku lekarzy dentystów jest odwrotnie. Wynika to z faktu, iż lekarze dentyści pracują głównie w gabinetach, które prowadzą zwykle samodzielnie, a zatem możliwość otrzymania profesjonalnego wsparcia jest znikoma. Tymczasem stomatolog, stając przy fotelu, musi umieć mierzyć się z różnymi, często skomplikowanymi, sytuacjami zdrowotnymi pacjentów – wymienia prof. Sikora.

OSZCZĘDZANIE NA ZDROWIU POLAKÓW

Analizując proponowane zmiany, warto spojrzeć szerzej niż tylko przez pryzmat medycyny. Absolwenci prawa, zanim zostaną adwokatami, radcami prawnymi, prokuratorami czy sędziami, muszą odbyć trzyletnią aplikację. Trzy razy dłużej uczą się praktycznych aspektów zawodu niż lekarze, choć nie muszą podejmować w ciągu kilku sekund decyzji, od których może zależeć ludzkie życie.

Dlaczego nikt nie proponuje skracania aplikacji prawniczych? Być może dlatego, że państwo nie finansuje ich w taki sposób jak stażu lekarskiego. Trudno oprzeć się wrażeniu, że po raz kolejny Ministerstwo Zdrowia szuka oszczędności kosztem zdrowia pacjentów i ich bezpieczeństwa. ●

Nowa era e-recept. Diabeł tkwi w szczegółach

Ministerstwo Zdrowia zapowiada rewolucję: pacjent będzie mógł realizować e-receptę w dowolnej aptece. To dobra wiadomość. Doświadczenie uczy jednak, że w ochronie zdrowia rozwiązanie jednego problemu rodzi kolejny. O powodzeniu terapii nie decyduje miejsce realizacji recepty, lecz to, czy lek znajduje się na aptecznej półce.

W swoim życiu zawodowym spotkałem się z wieloma rozwiązaniami dotyczącymi wystawiania i realizacji recept – począwszy od papierowych, a skończywszy na elektronicznych. To jednak e-recepta odmieniła zasady komunikacji pomiędzy lekarzami a farmaceutami. Jej mankamentem, który obecnie chyba najczęściej krytykują pacjenci, jest coś, co w przypadku recept papierowych było dla nich całkowicie zrozumiałe: konieczność kontynuowania realizacji recepty w jednej aptece.

Przed laty, gdy pacjent przychodził do apteki z receptą np. na dwa opakowania leku X, a apteka miała tylko jedno, mógł liczyć na dość nieformalne zrozumienie ze strony farmaceuty. Otrzymywał jedno opakowanie, a po drugie zgłaszał się w umówionym terminie, choćby kilka godzin później. Pacjent rozumiał, że jego recepta – ważny papierowy dokument – znajduje się w tej konkretnej aptece.

Polska e-recepta – stety lub niestety – jest cyfrowym odpowiednikiem dawnej recepty papierowej. Jednak dobrodziejstwa elektronicznej recepty nie mają szans w starciu ze skomplikowaniem naszego systemu ochrony zdrowia. Pacjenci często nie rozumieją, dlaczego zostają przypisani do jednej apteki.

Komunikat Ministerstwa Zdrowia z 12 czerwca 2026 r. zapowiada zmianę dotychczasowego systemu i utrwalonych przez lata przyzwyczajajeń. Niestety, diabeł jak zawsze tkwi w szczegółach.

Faktem jest, że osoby, które nawet po wielu latach funkcjonowania e-recepty były zaskoczone, że nie mogą kontynuować ich realizacji w miejscu urlopowego pobytu, odetchną z ulgą. Podobnie zareagują pacjenci, którym przepisano większą liczbę opakowań deficytowego lub rzadko stosowanego leku. Nie będą już musieli liczyć na znalezienie jednej apteki dysponującej odpowiednim zapasem.

MARIUSZ POLITOWICZ
CZŁONEK NACZELNEJ
RADY APTEKARSKIEJ



Jednocześnie te same osoby mogą zderzyć się z betonową ścianą braku potrzebnych im leków, zwłaszcza rzadko stosowanych odpowiedników. Mało popularnych w miejscowości, w której akurat spędzają urlop. Jeśli lek znajduje się w hurtowniach, a pacjent może poczekać kilka godzin lub do następnego dnia na dostawę, to jeszcze pół biedy. Taka jest codzienność. Gorzej, gdy preparat od dawna pozostaje deficytowy, a jego dostawy są niewielkie albo pojawiają się rzadko.

Warto przypomnieć rzecz oczywistą: jeśli producent nie dostarczy leku do hurtowni, a hurtownia do apteki, zarówno recepta papierowa, jak i elektroniczna pozostają równie bezwartościowe. Żadna z nich nie ma działania leczniczego.

Co się wtedy wydarzy? A raczej: co wtedy powiedzą i jak zareagują pacjenci?

Z doświadczenia wiem, że nie należy liczyć na ich zrozumienie. Zwłaszcza jeśli są to osoby przypadkowe, a nie pacjenci od lat korzystający z tej samej apteki, której personel doskonale zna ich potrzeby, czyli przyjmowane leki. Tam obowiązują dość proste zasady. Skoro pan Iksiński od lat rozpoczyna realizację rocznej e-recepty na nietypowy lek Y, warto zadbać o to, by kolejne opakowania były dostępne w magazynie.

Z tego wynika kolejny, dość oczywisty wniosek. Lek pana Iksińskiego będzie czekał na niego w aptece, z której dotychczas korzystał. Będzie jednak czekał tylko do momentu, gdy – w obawie przed przeterminowaniem – zostanie zwrócony do hurtowni albo wydany innemu pacjentowi.

Owszem, znajdują się osoby, które mniej lub bardziej autorytatywnie stwierdzą, że „dobra apteka powinna mieć wszystkie leki”. Jednak po wielu latach pracy jako farmaceuta mogę powiedzieć jedno: według takich kryteriów nie istnieją dobre apteki. Każda ma swoją specyfikę wynikającą m.in. z lokalizacji – sąsiedztwa szpitali, poradni specjalistycznych, POZ-ów, ciągów handlowych czy węzłów komunikacyjnych. Inne potrzeby mają pacjenci mieszkający w starych częściach miast, a inne ci, którzy zamieszkują dzielnice atrakcyjne dla młodszych rodzin, zwłaszcza wychowujących małe dzieci.

Dlatego nie ma aptek posiadających wszystkie leki.

I właśnie dlatego nowe rozwiązanie – o ile faktycznie wejdzie w życie, i to w zapowiadany termin – nie będzie miało samych plusów. E-recepta zlikwidowała mnóstwo problemów związanych z receptami papierowymi, ale wygenerowała nowe, wcześniej nieznanne. Tak samo będzie z jej najnowszą wersją. ●

PRAKTYKA LEKARSKA

Pacjent przed podróżą. Jak kwalifikować do szczepień

MARGIT KOSSOBUDZKA-LIPIŃSKA

Dla lekarza kluczowe jest nie tylko określenie obowiązkowych wymogów wjazdowych, ale także ocena indywidualnego ryzyka zakażeń i potrzeby uzupełnienia szczepień rutynowych. Zakres zaleceń zależy od celu podróży, charakteru pobytu oraz stanu zdrowia pacjenta.

Egzotyczna podróż może zapewnić niezapomniane wrażenia. Niestety, nie zawsze w pozytywnym kontekście. Podróżowanie stało się dla wielu powszechne, co sprawia, że część osób zapomina, iż obce środowisko stwarza też zagrożenia, z którymi nie mają do czynienia w Polsce. Są to m.in. choroby zakaźne, często przenoszone przez owady.

Planując podróż, warto zatem dowiedzieć się, co robić, by uchronić się przed zachorowaniem. Takiej porady udziela lekarz chorób tropikalnych lub medycyny podróży – doradza on, jakie szczepienia warto wykonać, oraz wydaje indywidualne zalecenia, dopasowane do potrzeb i specyfiki wyjazdu.

Chętni do zaszczepienia powinni zgłosić się na konsultację lekarską najlepiej 6-8 tygodni przed planowaną datą wyjazdu. Szczepienia ochronne poza obowiązującym w Polsce kalendarzem szczepień są płatne. Dotyczy to także dorosłych, którzy chcą przyjąć dawki przypominające szczepień obowiązkowych wykonanych w dzieciństwie.

To, jakie szczepienia zaleci lekarz, zależy od kierunku wyjazdu. Większość szczepień jest jedynie zaleceniem, ale są też kraje, gdzie posiadanie potwierdzenia szczepienia jest koniecznością.

AFRYKA

W Afryce aż w 34 z 54 państw występuje żółta febra, stąd wiele krajów wymaga szczepień przeciwko tej chorobie potwierdzonych tzw. żółtą książeczką. Szczepienia obowiązkowe nie

dotyczą jednak całego kontynentu, ale zazwyczaj tylko przyjezdnych z innych obszarów obciążonych chorobą.

Żółta febra jest ostrą chorobą wirusową, przenoszoną przez zakażone wirusem komary w regionach tropikalnych. Objawy obejmują gorączkę, bóle głowy, żółtaczkę, bóle mięśniowe, nudności,

Kwalifikacja do szczepień podróżnych powinna odbywać się najlepiej 6–8 tygodni przed wyjazdem, co pozwala na podanie pełnego schematu szczepień

wymioty oraz uczucie zmęczenia. U niewielkiego odsetka pacjentów rozwijają się piorunujące objawy gorączki krwotocznej, z czego połowa umiera w ciągu 7-10 dni. Choroba może doprowadzić do wstrząsu i śmierci, szczególnie w miejscach, gdzie poziom i dostęp do opieki medycznej jest gorszy.

Choroby tropikalne w Afryce obejmują także dencę, która jest mniej lub bardziej rozpowszechniona w poszczególnych krajach. Jest ona przenoszona przez zakażone komary gatunku *Aedes aegypti* lub rzadziej *Aedes albopictus*.

Okres inkubacji choroby (od momentu ukąszenia przez zakażonego komara do wystąpienia objawów) wynosi 3-14 dni, średnio od 4 do 7 dni. W 75-80 proc. przypadków przebieg jest bezobjawowy, a w 10-15 proc. łagodny. Ale u 5 proc. osób przebieg dengi jest ciężki – może prowadzić do krwotoków i wstrząsu.

W 19 krajach afrykańskich wymóg szczepienia na żółtą febrę jest bezwzględny, dotyczy wszystkich od 9. miesiąca lub 1. roku życia. Są to m.in. Uganda, Sudan, Niger, Ghana czy Kongo.

Dokument poświadczający szczepienie uzyskuje się od razu po jednodawkowym szczepieniu, jednak pamięć immunologiczna i ważność certyfikatu zaczyna się dopiero po dziesięciu dniach. Preparat zawiera żywe, osłabione szczepy wirusa żółtej febr i chroni przed infekcją przez minimum dziesięć lat (czasem całe życie).

Wśród szczepień zalecanych przed podróżą do Afryki wymienia się:

- **cholera** – to bakteryjna choroba biegunkowa, mogąca szybko doprowadzić do odwodnienia. Ogniska zakażeń nadal są m.in. w Demokratycznej Republice Konga, Zambii, Somalii czy Mozambiku. Przeciwno cholerozie są dostępne dwie szczepionki doustne, jedno- lub wielodawkowa (2 lub 3 dawki w zależności od wieku);

► Przed podróżą do części krajów Afryki i Ameryki Południowej pacjent może potrzebować międzynarodowego certyfikatu szczepienia przeciw żółtej febrze

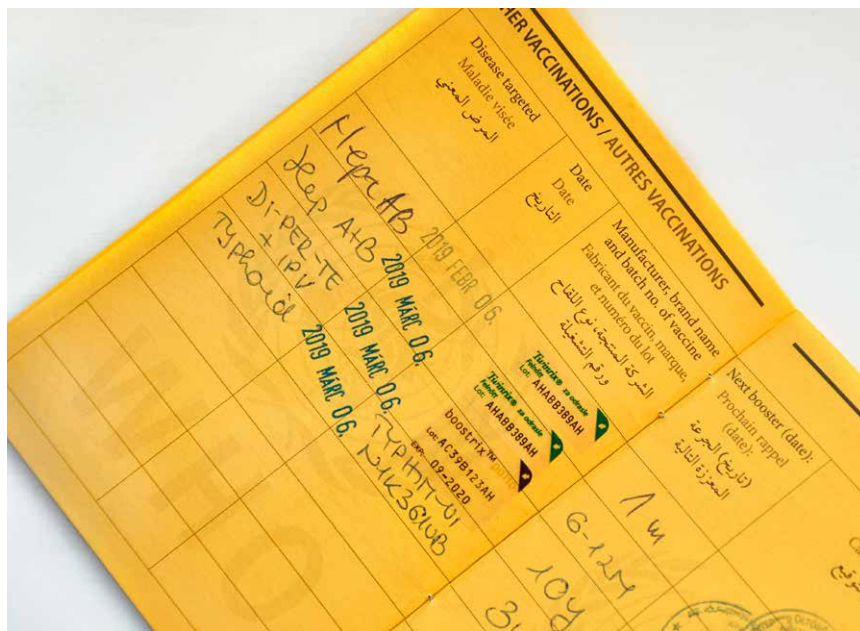
• **dur brzuszny** – to infekcja z wysoką gorączką, zaparciami, a w zaawansowanym stadium wysypką i dezorientowaniem, wywołana przez bakterie *Salmonella typhi*. Mogą one doprowadzić do uszkodzenia narządów wewnętrznych. Patogeny te występują na całym kontynencie, dlatego warto przyjść na szczepienia przed wyjazdem do Afryki. Istnieją szczepionki w formie zastrzyku lub doustnych kapsułek;

• **WZW typu A** – wirusowe zapalenie wątroby typu A może przybrać postać ostrej infekcji z żółtaczką i dolegliwościami ze strony układu pokarmowego (szczególnie u dorosłych). Jest wiele różnych szczepionek na tę chorobę, zarówno pojedynczych, jak i skojarzonych (kilka szczepionek w jednym preparacie);

• **wścieklizna** – ten śmiertelny wirus wywołuje chorobę układu nerwowego, która prowadzi do zgonu, jeśli nie podejmie się odpowiedniej profilaktyki tzw. poekspozycyjnej. Według WHO na całym kontynencie wirus występuje endemicznie i zagraża człowiekowi. Dostęp do ratującej życie immunoglobuliny i szczepień może być tam ograniczony, dlatego warto rozważyć trzydniowe szczepienia przeciwko wściekliznie, które należy ukończyć 14 dni przed wyjazdem do Afryki;

• **meningokoki** – planując wyprawę do Afryki, warto też wykonać szczepienie na meningokoki, które może uchronić przed inwazyjną chorobą meningokokową. Jest to ogólnoustrojowe zakażenie w postaci sepsy (posocznicy) czy zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych będące poważnym zagrożeniem życia, a bakterie łatwo przenoszą się na człowieka drogą kropelkową. Szczepienia przed wyjazdem do Afryki są szczególnie ważne w tzw. pasie zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych, które ciągnie się przez całą Afrykę, mniej więcej na szerokości 15° N (od Gambii po Etiopię);

• **blonica, tężec i krztusiec** – znajdują się w kalendarzu szczepień obowiązkowych w Polsce, ale wiele osób dorosłych nie ma już odporności. Lekarze zalecają przyjmowanie dawek przypominających chroniących przed tymi chorobami co dziesięć lat. Jednak rzadko kto tak robi. Stąd warto przed wyjazdem się doszczepić. Poziom wyszczepienia na blonicę



phot. Shutterstock.com

i krztusiec (groźne infekcje układu oddechowego, przenoszone drogą kropelkową) w niektórych krajach afrykańskich jest zbyt niski, by mówić o ochronie takiej jak w Polsce. Z kolei tężec to ostra i ciężka choroba zakaźna, wywołwana przez neurotoksynę produkowaną przez laseczkę tężca, która dostaje się do rany z zabrudzeniem (zazwyczaj ziemią). Laseczki tężca (*Clostridium tetani*) występują powszechnie w glebie, kurzu, wodzie i układzie pokarmowym właścicieli wszystkich zwierząt kopytnych, czyli koni, krów, kóz, owiec, ale również świń.

Na niektóre odzwierzęce choroby tropikalne w Afryce nie ma żadnych szczepionek. Mowa tu m.in. o śpiączce afrykańskiej przenoszonej przez muchy tse-tse oraz malarii przenoszonej przez komary. W przypadku malarii dostępne jest dodatkowe zabezpieczenie w postaci leków, po które warto zgłosić się przed planowanym wyjazdem do ośrodka medycyny tropikalnej.

AZJA

Wybierając się do Azji, zazwyczaj nie musimy obowiązkowo wykonywać żadnych szczepień (czasem jest wymagane przeciwko żółtej febrze). Istnieje jednak lista zalecanych, ponieważ na

tym kontynencie występuje wiele różnych chorób, których nie ma w Polsce.

Szczepienia zalecane to:

• **japońskie zapalenie mózgu** – choroba wirusowa przenoszona przez komary. Okres wylegania wynosi od 6 do 16 dni. Większość zakażeń (99 proc.) przebiega bezobjawowo lub dominują objawy grypopodobne. U około 1 proc. zakażonych obserwuje się jednak ciężkie objawy, tj. zapalenie mózgu, uszkodzenia neurologiczne, niedowłady. Trwałych zmian neurologicznych doświadcza połowa osób, które przeżywają chorobę. Śmiertelność sięga nawet 30 proc. Według danych WHO w każdym roku zakażonych jest 68 tys. osób, w tym 75 proc. to dzieci do 15 lat. Szacuje się, że 20 tys. osób umiera z powodu choroby. W Polsce dostępna jest inaktywowana szczepionka przeciw japońskiemu zapaleniu mózgu. Szczepienie podstawowe obejmuje podanie dwóch dawek w odstępie 0-28 dni. Dzieciom powyżej 14 r.ż., młodzieży i dorosłym można podać dawkę przypominającą około roku po szczepieniu podstawowym.

Wyjeżdżającym do Azji można również doradzić szczepienie przeciw WZW A – występuje niemal w każdym kraju azjatyckim (z wyjątkiem Japonii i Korei

Południowej); durowi brzusznemu – występuje na całym południu Azji (od Turcji na zachodzie po Chiny na wschodzie kontynentu); dendze – w całym regionie Azji Południowo-Wschodniej obowiązuje pierwszy stopień zagrożenia dengą; cholera – według ECDC dotkniętą nią są następujące kraje: Afganistan, Pakistan, Indie, Bangladesz, Irak, Nepal, Filipiny i Syria. Doradzane są również szczepienia przeciw wściekliznie, meningokokom, polio i żółtej febrze.

AMERYKA POŁUDNIOWA

Podobnie jak w Afryce i tu ogromnym problemem jest żółta febra. W niektórych krajach Ameryki Południowej szczepienie przeciwko żółtej febrze jest obowiązkowe, zwłaszcza jeśli ktoś zamierza podróżować do regionów tropikalnych, jak np. Amazonia. Wymagane może być także okazanie tzw. żółtej książeczki potwierdzającej szczepienie. Reszta szczepień zalecanych jest podobna jak w przypadku dwóch wcześniej wymienionych kontynentów.

W Ameryce Południowej występuje też malaria – głównie w rejonie Amazonii oraz w niektórych wiejskich częściach Kolumbii, Peru, Wenezueli i Brazylii. Profilaktyka malarii polega na stosowaniu leków antymalarycznych (np. meflochina, doksycyklina) oraz środków zapobiegających ukąszeniom, takich jak repelenty zawierające DEET, odzież ochronna i moskitiery.

Występuje tu również zika – wirus, przenoszony przez komary, może być szczególnie niebezpieczny dla kobiet w ciąży, ponieważ powoduje wady wrodzone u płodu. Ochrona przed ukąszeniami komarów to główny środek zapobiegawczy.

AUSTRALIA

W Australii obowiązują szczepienia obowiązkowe podobnie jak w Polsce. Wyjeżdżając na ten kontynent, warto odnowić szczepienia rutynowe na tężec, błonicę i krztusiec oraz wirusowe zapalenie wątroby typu A i B. Do rozważenia są też szczepienia przeciwko wściekliznie i japońskiemu zapaleniu mózgu (w zależności od planu podróży).

TAM, GDZIE POLACY JEŹDŹĄ NAJCZĘŚCIEJ

Tunezja, Turcja, Grecja czy Egipt to kraje, do których Polacy wyjeżdżają najczęściej. Wydają się mało egzotyczne. Czy zatem wymagają dodatkowych szczepień ochronnych przed podróżą?



fot. Shutterstock.com

Większości podróżujących do Tunezji zaleca się uodpornienie na WZW typu A i B oraz dawkę przypominającą na błonicę, tężec i krztusiec (co dziesięć lat). Może też przydać się szczepienie na dur brzuszny, wściekliznę lub

Problemem nie jest brak egzotycznych szczepień, lecz nieaktualna odporność na błonicę, tężec i krztusiec; dawki przypominające u dorosłych są przyjmowane zbyt rzadko

meningokoki. Według Ministerstwa Spraw Zagranicznych zaleca się szczepienie przypominające na polio. To choroba przenoszona drogą kropelkową i pokarmową, więc bardzo łatwo o zakażenie. Infekcja grozi trwałym porażeniem mięśni.

Szczepienie na WZW typu B jest w Polsce obowiązkowe od 1994-1996 r., ponieważ wirus HBV często powoduje poważne powikłania – marskość/niewydolność wątroby czy zmiany nowotworowe. Może też wywołać ostre zapalenie wątroby, objawiające się m.in. dyskomfortem w jamie brzusznej, żółtaczką, gorączką, mdłościami

◀ Komary *Aedes aegypti* powodują chorobę wywołaną wirusem Zika

i wymiotami, odbarwionym stolcem i ciemnym kolorem moczu. Ci, którzy przyjęli preparat według harmonogramu, nie potrzebują dawki przypominającej, natomiast pozostali powinni rozważyć trzydawkowe szczepienie (miesiąc 0, 1 i 6). Wirus HBV przenoszony drogą płciową oraz przez kontakt z krwią nosiciela jest bardziej rozpowszechniony w Tunezji niż w Polsce.

Turcja jest krajem występowania wirusa wścieklizny i HAV (odpowiedzialnego za WZW A), a także pałeczek duru brzuszego. Immunizacja przed podróżą jest więc ważna. Planując wyjazd, warto przyjąć zalecane dawki przypominające (np. na tężec co dziesięć lat).

Przybywając do Egiptu bezpośrednio z Polski, jest się zwolnionym z obowiązku dodatkowych szczepień. Sytuacja wygląda inaczej dla osób robiących przystanki w krajach zagrożonych żółtą febrą i/lub polio. Dodatkowo warto zaszczyć się na WZW, dur brzuszny i wściekliznę – to choroby, które mogą zagrażać w Egipcie.

Na wściekliznę i polio powinny uodpornić się osoby planujące wycieczkę objazdową, natomiast na meningokoki – turyści planujący zakwaterowanie w obłożonym hotelu czy odwiedzanie popularnych atrakcji.

Przed podróżą do Grecji warto zaplanować szczepienia ochronne, m.in. na meningokoki i żółtaczkę typu A. Należy także sprawdzić swoją książeczkę, aby uzupełnić lub odświeżyć niezbędne szczepienia rutynowe – np. na tężec, błonicę i krztusiec co dziesięć lat.

Cztery najważniejsze szczepienia do Bułgarii to na wirusowe zapalenie wątroby typu A i B dla wszystkich nieuodpornionych, na błonicę, tężec i krztusiec dla tych, którym wygasa ochrona oraz na kleszczowe zapalenie mózgu – dla wypoczywających na terenach zielonych. ●

*Na podstawie informacji Ministerstwa Spraw Zagranicznych, Światowej Organizacji Zdrowia

PRAKTYKA LEKARSKA

Alergie atakują coraz częściej

O najważniejszych zmianach w alergologii, nowych możliwościach terapeutycznych, w tym terapii personalizowanej, oraz o wyzwaniach systemowych mówi **prof. Radosław Gawlik**, prezydent Polskiego Towarzystwa Alergologicznego, kierownik Katedry i Kliniki Chorób Wewnętrznych Chorób Wewnętrznych, Alergologii i Immunologii Klinicznej SUM, w rozmowie z Lucyną Krysiak.

Z różnego rodzaju alergiami zmaga się już ponad połowa ludzkości i obserwuje się tendencję wzrostową. Z czym jest to związane?

Mamy do czynienia z całym spektrum czynników wywołujących reakcje alergiczne – powietrze, którym oddychamy, żywność, którą spożywamy, czy też przedmioty, z którymi mamy kontakt. Obecnie wyszczególniono około 350 tys. alergizujących związków chemicznych, a jeszcze 100 lat temu naliczono ich zaledwie 3 tys. Skala problemu jest zatem ogromna.

Zanieczyszczone powietrze, pokarmy pełne konserwantów, a także syntetyczne ubrania, meble, wykładziny i detergenty to wszystko sprzyja alergizacji. Istotnym czynnikiem w ostatnich latach są leki, które z jednej strony ratują życie, z drugiej coraz częściej u osób ze słabością do uczuleń wywołują reakcje alergiczne oraz zmieniają tak jak inne alergeny czynność śluzówek. Ocenia się, że problem alergii na leki dotyczy około 10 proc. populacji, a prowadzone podczas hospitalizacji ankiety wykazały, że pacjentów z reakcjami alergicznymi na leki może być nawet 15–20 proc. Szczególnie chodzi o nowe substancje.

Zmiany klimatyczne powodują także wzrost agresywności pyłków znanych nam od dawna. Do tej grupy dołączyły nowe rośliny, które wraz z ociepleniem klimatu zadomowiły się w naszym kraju i narażają nas na ekspozycję na nowe alergeny. W związku ze zmianami środowiskowymi zmniejszyła się znacząco bioróżnorodność, uległ ograniczeniu kontakt z wieloma związkami, które, mówiąc w uproszczeniu, „trenowały” nasz układ immunologiczny.



fot.: archiwum prywatne

Według wskaźników raportu światowego generalnie liczba organizmów żywych spadła w ostatnich 40 latach aż o 68 proc. Tymczasem to właśnie bioróżnorodność odpowiada za stymulację układu immunologicznego i jego zdolność do samoczynnego zwalczania alergenów, więc ją coraz bardziej zatracamy.

Czyli alergie zależą od stylu życia?

Badania wykazały, że w krajach wysokorozwiniętych mieszkańcy są bardziej zagrożeni alergiami niż mieszkańcy krajów o niższym standardzie życia. Przykładem są Niemcy Zachodnie i Wschodnie. Przed połączeniem NRD miało stosunkowo niski odsetek chorób alergicznych, a RFN wysoki. Po unifikacji ten odsetek się

◀ *Alergie przestały być jedynie sezonową dolegliwością. Coraz częściej stają się przewlekłym problemem zdrowotnym, związanym nie tylko z pyłkami czy roztocznymi, ale również ze zmianami klimatu – mówi prof. Radosław Gawlik*

wyrównał. Podobne obserwacje poczyniono w innych rejonach świata, w tym także w Polsce.

Okazuje się, że cywilizacja przyczynia się do częstszego występowania zapalenia alergicznego. Choroby alergiczne są markerem szerszej podatności zapalnej i wielochorobowości. Należy podkreślić, że efekty wpływu środowiska na układ immunologiczny najpierw odkrywają alergolodzy oraz immunolodzy, a dopiero później inne specjalności. Pojawia się wiele nowych prac, które wiążą alergie z wyższym ryzykiem części chorób autoimmunologicznych, zapalnych chorób jelit, chorób sercowo-metabolicznych oraz wybranych chorób neurologicznych. Zależności te są zwykle umiarkowane, ale spójne w dużych kohortach populacyjnych i często nasilają się wraz z ciężkością choroby alergicznej lub współwystępowaniem kilku chorób alergicznych.

Jakiego rodzaju alergie dominują?

Wciąż na pierwszym miejscu są alergie wziewne całoroczne dotyczące 40 proc. populacji (roztocza kurzu domowego) oraz sezonowe (uczulenie na pyłek roślin), i ma na to wpływ środowisko. Do tych grup dołączają coraz częściej alergie na sierść zwierząt domowych (psów, kotów). Japończycy swego czasu upodabali sobie cedr

japoński, który sprawił, że aktualnie ponad 50 proc. mieszkańców tego kraju ma katar sienny, gdyż jest uczulonych na pyłek tej rośliny. Problem stał się na tyle poważny, że decyzją rządu zakazano jej sadzenia, aby ograniczyć emisję alergenu.

Immunologia będąca podstawą wielu chorób alergicznych dynamicznie się rozwija głównie za sprawą onkologii, ale niektóre mechanizmy wykorzystujemy w alergologii. Narastającym problemem są alergie pokarmowe, lekowe oraz ciężkie reakcje anafilaktyczne.

Co wniosło do alergologii odkrycie limfocytów T regulatorowych (Treg) i mechanizmów tolerancji immunologicznej, za co przyznano ubiegłoroczną Nagrodę Nobla w dziedzinie fizjologii i medycyny?

Limfocyty regulatorowe hamują nadmierną aktywność prozapalnych limfocytów Th2, które pośrednio odpowiadają za produkcję przeciwciał IgE, a te z kolei za wywołanie objawów alergicznych. Immunoterapia alergiczna zmierza w kierunku zwiększenia aktywności limfocytów regulatorowych. Mechanizm ten powoduje przywrócenie zaburzonej równowagi odpowiedzialnej za tolerancję alergenów. Badania nad tymi mechanizmami trwały 30 lat. Warto wspomnieć, że uczestniczył w nich także pracujący wtedy w Szwajcarii Polak prof. Marek Jutel z Wrocławia, immunolog i alergolog, autor prac na temat kluczowego udziału limfocytów regulatorowych w tworzeniu mechanizmów tolerancji immunologicznej w leczeniu alergii wziewnych. Obecnie pisze się o tym, jak te regulatorowe limfocyty, ich zastosowanie i modyfikacja są przydatne w leczeniu nowotworów, ale też ich wykorzystanie odnosi się do alergologii, ponieważ dotyczy zwiększenia aktywności T regulatorowych, przez co dochodzi do hamowania nadmiernej reakcji układu odpornościowego na pyłek, roztocza, jad owadów czy inne alergeny.

Ostatnie lata, a w szczególności ostatni rok, przyniosły w alergologii wiele zmian. O czym warto wspomnieć?

Przede wszystkim chodzi o diagnostykę molekularną (CRD) laboratoryjną, która jest podstawą prawidłowego rozpoznania oraz właściwego leczenia, m.in. dobrania indywidualnej

szczepionki alergenowej, określenia alergenów krzyżowych.

Bardzo dużo dzieje się także na polu terapii, mam na myśli leczenie spersonalizowane, polegające na indywidualizowaniu metod leczenia. Czyli produkcja przeciwciał monoklonalnych, za którą stoi leczenie biologiczne, przynoszące bardzo dobre efekty, m.in. w astmie ciężkiej, w ciężkich postaciach atopowego zapalenia skóry, pokrzywce, w alergicznych nieżytach nosa czy też polipach, które dotychczas leczono wyłącznie operacyjnie.

Dotychczas alergie leczono objawowo, a obecnie za sprawą leczenia biologicznego możemy wpływać na ich patomechanizm oparty na zapaleniu typu 2.

Obecnie wyszczególniono około 350 tys. alergizujących związków chemicznych, podczas gdy sto lat temu było ich zaledwie 3 tys. Liczba pacjentów stale rośnie

Oczekujemy na najnowsze dwuspecyficzne leki biologiczne. To ogromny postęp, ponieważ często na stałe przywraca się pacjentom zdolność do normalnego funkcjonowania. Dzięki leczeniu biologicznemu swoją szansę na normalne życie dostają też pacjenci z wrodzonym obrzękiem naczyń ruchomym, który choć występuje stosunkowo rzadko, czyni życie chorego uciążliwym i może prowadzić do śmierci. Wprowadzamy innowacyjne rozwiązania cyfrowe wspomagające diagnostykę i monitorowanie w czasie rzeczywistym aktywności choroby i leczenia.

Czy te nowe terapie są dostępne?

To są bardzo drogie terapie, dlatego uruchamiane są tylko za pośrednictwem programów lekowych i przeznaczone dla pacjentów, którzy bezwzględnie wymagają tego rodzaju leczenia, np. osób z ciężką reakcją alergiczną, które kilka razy w roku trafiają na SOR-y, czy pacjentów, którzy byli

hospitalizowani w trybie pilnym z powodu astmy. Pojawia się jednak problem w dostępie do ośrodków, gdzie są one przeprowadzane. Ze względu na swoją specyfikę podawania leczenie biologiczne musi być prowadzone w miejscu do tego wyznaczonym, a takich ośrodków jest w Polsce zdecydowanie za mało. Dla szpitali terapie biologiczne są nieodpowiednio refundowane, natomiast leczenie w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej oraz domowe napotyka na liczne problemy.

Czy zmiany dotyczą także wstrząsu anafilaktycznego?

We wstrząsie anafilaktycznym stosujemy te same leki, tj. adrenalinę, natomiast zmieniła się dostępność do urządzeń do jej samodzielnego podawania. Dotychczas korzystano z zestawu zawierającego strzykawkę lub ampułkę z adrenaliną i strzykawką i w razie potrzeby podawano osobie, która doznała wstrząsu anafilaktycznego. Długo byliśmy nielicznym krajem w Europie, który się posługiwał takimi zestawami, wszędzie stosowano już automatyczne wstrzykiwacze do samodzielnego podania. We wstrząsie czas podania leku decyduje o życiu, dlatego chory otrzymuje możliwość samodzielnego podania adrenaliny, zaraz gdy zachodzi taka potrzeba, zanim nadejdzie pomoc medyczna. Zestaw nie musi być przechowywany w odpowiednich warunkach, zagrożony chory powinien mieć go zawsze przy sobie niezależnie od temperatury na zewnątrz. Wreszcie po 10 latach wspólnych starań PTA i Ministerstwu Zdrowia udało się to przełamać i zrefundować automatyczny wstrzykiwacz adrenaliny (AAI).

Mamy lato i jest to trudny czas dla alergików, szczególnie że objawy uczuleń mogą być uciążliwe. Mimo dysponowania coraz lepszymi lekami dochodzi do zaostrzeń. Dlaczego tak się dzieje?

To bardzo indywidualna sprawa. W alergiach wziewnych często występują alergie krzyżowe na niektóre pokarmy i te dolegliwości się zaostrzają, a pacjent bierze leki tylko wtedy, kiedy występują.

Wiele osób trudno przekonać, aby nadal brały je profilaktycznie, w okresie kiedy nie występuje narażenie, bo to pomaga unikać dalszych konsekwencji.

Podobny kłopot jest z alergiami wziewnymi i odczulaniem, które jest jedyną metodą skutecznego leczenia i uniknięcia w przyszłości astmy oskrzelowej. W sezonie chorzy się na nią decydują, a ponieważ odczulanie zaczyna się jesienią, kiedy objawy mijają, nierzadko rezygnują z tej terapii. Tymczasem immunoterapia alergenowa nie tylko uwalnia od uczulenia na pyłki w następnych sezonach, ale u połowy pacjentów zabezpiecza przed astmą. O jej znaczeniu świadczy fakt, że w wielu krajach nagradza się lekarzy za to, że zdopingują pacjenta do odczulania, które trwa trzy lata. Ma ono nie tylko znaczenie terapeutyczne, ale obliczono, że koszty leczenia dolegliwości wywołanych alergenami wziewnymi i astmy są wtedy zdecydowanie niższe.

Pojawił się jednak problem administracyjny w prowadzeniu immunoterapii alergenowej, która polega na regularnym i systematycznym podawaniu szczepionek. W przychodniach alergologicznych trudno kontynuować odczulanie, ponieważ preferowani są pacjenci jednorazowi, przez co zaburzony zostaje prawidłowy cykl leczenia. Ten problem musi być rozwiązany, ponieważ pacjenci odczulani szukają miejsca, gdzie mogą kontynuować leczenie, często w prywatnych gabinetach lub, co najgorsze, są zmuszeni przerwać leczenie. To niepotrzebne zamieszanie.

Tym bardziej że współczesna alergologia właśnie stawia na immunoterapię alergenową.

Głównym celem immunoterapii alergenowej jest przywrócenie prawidłowej funkcji układu immunologicznego w reakcji na uczulający alergen. Jest to więc najlepsza metoda, ponieważ leczy pacjenta przyczynowo, a nie wygasza na czas stosowania objawy alergii.

Mamy szczepionki na jad owadów, które podawane w regularnych odstępach czasu chronią przed wstrząsem anafilaktycznym przy kolejnym użądleniu.

Podobnie jest z pyłkami roślin i odczulaniem. Efekt utrzymuje się po zakończeniu leczenia, można powiedzieć, że odczulanie pozwala już od wielu, wielu lat uzyskać remisję

choroby. Przełom, który się dokonuje, wymuszany jest powszechnością problemu, także wobec narastającej alergii pokarmowej.

Pojawiają się już metody stosowania immunoterapii alergenowej u uczulonych na orzeszki ziemne. Nawet niewielka ilość tego produktu potrafi zabić. Mogą być one ukryte w batonach, jogurtach czy przyprawach, i to w śladowych ilościach. Na razie jednak szczepionka ze względu na cenę znalazła ograniczone zastosowanie.

Dzięki terapiom biologicznym i immunoterapii można coraz częściej wpływać na mechanizmy choroby i przywracać pacjentom normalne funkcjonowanie

W 2025 r. w USA zarejestrowano leczenie biologiczne zapobiegające ciężkim reakcjom w wyniku przypadkowego zjedzenia uczulającego pokarmu. Ta forma jest nawet lepsza niż immunoterapia, ponieważ uderza w mechanizm IgE zależnej nadwrażliwości. Może odnosić się więc nie tylko do orzecha ziemnego, ale i do mleka, jajka kurzego, pszenicy czy innych alergenów, a szczepionka dotyczy tylko jednego, określonego alergenu.

Jak ważna jest profilaktyka i edukacja w alergologii?

Profilaktyka i edukacja w alergologii jest nieodzownym elementem procesu terapeutycznego. O efekcie leczenia decyduje współpraca lekarza z pacjentem, którego staramy się nauczyć, jakich alergenów i jak unikać, jak aplikować sobie leki, jak posługiwać się automatycznym wstrzykiwaczem i jak pilnować terminów odczulania oraz jak być świadomym swojej choroby.

Polskie Towarzystwo Alergologiczne stworzyło na swoich stronach internetowych zakładki, które są skierowane do pacjentów i zawierają specjalnie dla nich opracowane materiały eduka-

cyjne – począwszy od radzenia sobie w razie anafilaksji, poprzez informacje, gdzie może udać się na leczenie, gdzie i jakie badania wykonać, jak unikać alergenów.

Z uwagi na fakt, że astma i inne choroby alergiczne są najczęstszymi chorobami przewlekłymi dzieci i młodzieży, nasze Towarzystwo od lat współpracuje ze szkołami. Staramy się edukować, jak postępować w alergiach, sytuacjach nagłych, nauczyć podawania leków, ponieważ opieka pielęgniarska w większości szkół jest niewystarczająca.

Na prośbę szkół przeprowadzamy w szkołach szkolenia, szczególnie przed wakacjami, aby przygotować uczniów na różnego rodzaju niespodzianki. Ta współpraca jest dla nas satysfakcjonująca.

Alergologia współpracuje z lekarzami wielu specjalności. Jak manifestuje się ta interdyscyplinarność w chorobach alergicznych?

Tak jak już wspomniałem, zaburzenia immunologiczne są podstawą nadwrażliwości. Wyodróżniamy siedem typów odpowiedzialnych za astmę oskrzelową, polipy nosa, alergiczne zapalenie płuc, zapalenie atopowe skóry, eozynofilowe zapalenie przełyku, zespół hypereozynofilowy, zmiany nabłonkowe i metaboliczne, ale też wiele innych chorób. Dlatego współpracujemy z pulmonologami, laryngologami, dermatologami, reumatologami, immunologami. Alergologia nie jest specjalnością związaną z chorobą jednego narządu. Choroby alergiczne mieszczą się w zakresie wielu specjalności. Dlatego poradnie alergologiczne powinny być tak sprofilowane, aby w tym samym miejscu można było uzyskać poradę laryngologa czy dermatologa, bo to są nasi najczęstszy partnerzy i sprzymierzeńcy w leczeniu alergicznych nieżytów nosa czy atopowego zapalenia skóry. Jeśli mamy do czynienia z uczuleniem na leki, często niezbędna jest współpraca z anezjologami. Alergologia zmierza w kierunku poszerzenia diagnostyki immunologicznej i spersonalizowanej terapii, a to także zawsze wymaga interdyscyplinarnego podejścia. ●

FELIETON

Lato bez medycyny

Ochrona zdrowia nie daje o sobie zapomnieć nawet na chwilę. Ale lato ma swoje prawa. Zanim znów wrócimy do debat o systemie, finansach i polityce zdrowotnej, warto znaleźć czas na rzeczy, które przypominają, że życie jest znacznie szersze niż medycyna.

Dwudziestoosmiolatek – koordynator SOR na drugim roku rezydentury – zarabiał ponad półtora miliona złotych rocznie. Pewnie Państwo czytali. O sprawie nie omieszkali wspomnieć prezes Rady Ministrów przed posiedzeniem rządu. Podobno będą kontrole. Podobno będą zmiany.

Jest też dziura w NFZ – rekordowa, nie ma jak zasypać. Dyrektorzy szpitali na przemian apelują i bezradnie rozkładają ręce.

Można też ograniczyć zarobki lekarzy do maksymalnie 157 zł na godzinę, co zaproponował premier.

W izbach lekarskich wybory.

Kolejki do specjalistów.

Mówi się o odwołaniu minister zdrowia.

Jest o czym pisać – można się oburzać, ganić, wychwalać, wyśmiewać lub bić na alarm – taka rola felietonu. Ja jednak tym razem inaczej.

Gdy bowiem nadchodzi czerwiec – do oburzeń, ganienia czy bicia na alarm skłonny jestem mniej. Przypomina mi się wtedy cytat z wywiadu z Kornelem Filipowiczem: „Tymczasem idzie wiosna i zbliża się lato. Należę do ludzi wrażliwych na uroki naszego klimatu. Potrafię całe dni trawić beczczynnie na włóczędze. Jestem robotnikiem sezonowym: pracuję intensywnie tylko jesienią i w zimie. Wiosną pracuję źle, a od czerwca to już, jak to mówią, bywaj zdrów i pisuj do mnie na Berdyczów”.

Nadchodzi lato – czas kanikuły, wylegiwania się w słomkowych kapeluszach, bratania się rodaków przy wieczornych grillach, przelotnych i nieprzelotnych zauroczeń, zamorskich wycieczek, korzystania z uroków zbiorników wodnych, czas odpoczynku. Odpocznijmy więc – nie tylko od pracy, ale i od związanych

JAKUB SIECZKO
ANESTEZJOLOG



z naszym wiecznie niedoskonałym systemem emocji. Skoro ogromna większość z nas wybiera się tego lata na zasłużony odpoczynek – postanowiłem Państwu polecić na ten czas kilka propozycji książkowych, filmowych i podcastowych. Jedno

Podcast o historii Polski, opowieść o Beksińskich, chilijska literatura, „Kafka” Agnieszki Holland i thriller, od którego trudno oderwać wzrok. Kilka propozycji na lato dla tych, którzy chcą odpocząć także od zawodowych tematów

zastrzeżenie – żadnej medycyny w treści. Nie wiem, jak Państwo, ale ja na co dzień jestem już tematyką medyczną tak przesycony, że gdy trafię na taką w książce czy serialu, omijam.

Lato 2026 – co warto zatem poznać?

Już w drodze na letni wypoczynek polecam Państwu podcast „Prawdziwa historia Polski”. W każdym z odcinków Paweł Sulik przedstawia tezy dotyczące dziejów naszej ojczyzny, które uznajemy za pewnik, bo tak przecież uczono nas w szkole – np. Polska nigdy nie miała kolonii,

budowa Gdyni była ogromnym sukcesem II RP, a nasz kraj na przestrzeni wieków słynął z tolerancji religijnej. Potem Sulik oddaje głos Adamowi Balcerowi – politologowi i antropologowi kultury, który z każdym z tych mitów się rozprawia. Czyni to z erudycją i humorem, które sprawiają, że kilkunastominutowe odcinki mijają w okamgnieniu. Czy wiedzieli Państwo, że polskie ambicje kolonialne sięgały Kamerunu, a rzymski katolicyzm zdecydowanie dominował w Polsce dosyć krótko – w średniowieczu, a potem dopiero po 1945 r.?

Dla tych, którzy wolą tematykę nieco lżejszą, a swoją młodość przeżywali w latach dziewięćdziesiątych bądź zerowych, odpowiednim wyborem na letnią podróż będzie „Podcastex”. To podcast o tym, co nas – urodzonych trzydzieści czy czterdzieści lat temu – kształtowało. Prowadzący Bartek Przybyszewski i Mateusz Witkowski w dwustu nagranych dotychczas odcinkach opowiedzieli m.in. o serialu „Złotopolscy”, karierze Adama Małysz, przebojach zespołu Feel, aferze Rywina, grze „Mortal Combat” i mundialu Francja ‘98. Oglądałeś pierwszego Big Brothera i wiesz, skąd wziął się cytat „Gulczas, a jak myślisz?” – posłuchaj „Podcastexu”!

Gdy dojedziemy już na zasłużony wy-poczynek – na plażę polecam kilka lektur.

Wydana dwanaście lat temu biografia „Beksińscy. Portret podwójny” autorstwa Magdaleny Grzebałkowskiej pokazuje niebywałe i tragiczne losy dwóch ludzi tyleż wybitnych, co skomplikowanych. Pochodzący z Sanoka malarz Zdzisław Beksiński i jego syn – dziennikarz muzyczny i tłumacz języka angielskiego – Tomasz przez całe życie zmagali się ze światem, relacjami, z samym sobą. Grzebałkowska losy mężczyzn pokazuje barwnie, niejednoznacznie, niemal filmowo. Tragiczną kodą książki są dwie śmierci bohaterów – Tomasz popełnił samobójstwo, Zdzisława zamordowano.

Miłośnikom literatury pięknej polecam za to „Moje dokumenty” Alejandro Zambry. To dopiero drugie przetłumaczone na język polski dzieło wybitnego chilijskiego poety i pisarza. Zambra w swoim zbiorze opowiadań zawarł historie nieoczywiste, zabawne, czasem trudne – bez wyjątku opowiada jednak o nich ze swadą, językiem wolnym od napuszenia, może właśnie dlatego głębokim i mądrym.

Kto zaś szuka raczej klasycznej powieści – polecam dzieło już ponad osiemdziesięcioletnie, wciąż jednak działające z ogromną siłą – „Zar” autorstwa Węgra Sándora Máraiego. Wydana w 1942 r. książka opowiada historię dwóch starych mężczyzn – przyjaciół, którzy spotykają się po dziesiątkach lat. Wracają wspomnieniami do dnia, gdy ich młodość, bliska przyjaźń nagle się zakończyła – pewnego dnia Konrad, niczego nie tłumacząc, zniknął. Co było powodem takiego radykalnego kroku – zdrada? zazdrość? żal? Czy po latach można dojść do prawdy, a jeśli tak, to czy jeszcze warto? Polecam Państwu zaburzenie się w piękny, pełen aforyzmów język Máraiego i śledzenie tej niezwykłej historii. O sile i aktualności tekstu świadczy to, że w zeszłym roku „Zar” zaadaptował i wystawił w warszawskim Teatrze Polonia Jan Englert – sam zresztą w spektaklu występuje, a na scenie partneruje mu Daniel Olbrychski.

Na wieczorny seans przed ekranem polecam za to ubiegłoroczny film „Franz Kafka” w reżyserii Agnieszki Holland. To nie klasyczna biografia, a raczej artystyczny, czasem bardzo odważny w formie, portret wielkiego i do dziś nieodgadnionego pisarza. Jak Kafka łączył pracę w towarzystwie ubezpieczeniowym i posiadanie udziałów w przedsiębiorstwie zajmującym się produkcją azbestu (!) z tworzeniem

ponadczasowych dzieł? Jak układało się jego życie osobiste? Jak dziś wygląda jego popkulturowy odbiór i w jak ogromnej sprzeczności stoi z intencjami samego autora? Zobaczcie, Państwo. Warto.

Fanom kina sensacyjnego spodoba się za to zapewne thriller „Dom pełen dynamitu” w reżyserii Kathryn Bigelow – laureatki dwóch Oscarów. W kierunku Stanów Zjednoczonych został wystrzelony międzykontynentalny pocisk – być może zawierający głowicę nuklearną. Za osiemnaście minut trafi w Chicago. Film pokazuje trzy perspektywy – osób, które muszą w krótkim czasie podjąć decyzje, które zaważą na życiu bądź śmierci setek tysięcy ludzi, na wybuchu (bądź nie) globalnego konfliktu zbrojnego, wreszcie dotyczyć będą

ich własnego miejsca w historii. Prezydent USA, dyżurna centrum kryzysowego, wreszcie żołnierze z bazy wojskowej na Alasce stają przed najważniejszym testem w swoim życiu – jak go przejdą? Bigelow opowiada nam tę historię, nie pozwalając się oderwać od ekranu nawet na kilka sekund.

Zapomnijcie, Państwo, więc na czas swojego letniego odpoczynku o problemach systemu, politycznych zawirowaniach i konfliktach personalnych – cieszcie się życiem i pamiętajcie, że na medycynie się ono nie kończy. Tego Państwu na lato 2026 życzę, mając nadzieję, że moje rekomendację ten czas Państwu umilą. ●

Napisz do autora:
sieczko.gazetalekarska@gmail.com

reklama

Samotność potrzebnych

Mówi się, że na szczycie jest samotnie. Zwykle myślimy wtedy o politykach, prezesach czy przywódcach. Tymczasem jedną z najbardziej samotnych profesji wykonują ludzie, którzy każdego dnia pracują wśród tłumów – lekarze.

Dzieci, oglądając „Króla Lwa”, mogą być przekonane, że największym przywilejem władcy jest stanie na Skale Królów. Wszyscy patrzą w górę. Wszyscy słuchają. Wszyscy podziwiają. I dopiero gdy dorastamy, rozumiemy, że autorzy bajki przemycili w tej scenie jedną z najstarszych prawd o przywództwie: na szczycie stoi się samotnie, choć obok jest tłum.

To nie jest zresztą odkrycie Disneya. Już starożytni Chińczycy zauważyli, że wraz ze wzrostem władzy spada temperatura. „Na szczycie jest zbyt zimno, by wytrzymać chłód” – pisali o izolacji osób sprawujących najwyższą władzę. W dwudziestym wieku świat biznesu wymyślił i zbadał bardziej elegancką wersję tego samego zjawiska: it's lonely at the top, i dziś mamy zjawisko zwane samotnością menedżera, samotnością szefa.

A samotność lekarza? Jeśli istnieje grupa zawodowa, która od stuleci funkcjonuje w warunkach takiej samotności zawodowej, to są nią właśnie lekarze.

Lekarz prawie nigdy nie jest sam. Przez cały dzień otaczają go ludzie. Pacjenci, rodziny, pielęgniarki, koledzy, przełożeni. Wszyscy czegoś chcą. Pacjent chce zdrowia. Rodzina chce wyjaśnienia. Dyrekcja chce wyników. System chce wypełnienia dokumentacji, a media społecznościowe chcą gwiazdek. Tylko choroba – jak na złość – nie chce niczego poza tym, żeby skomplikować sytuację. I właśnie dlatego zawód lekarza jest tak bliski samotności szefa. Każdy dzień pracy jest przeciw zarządzaniem procesem, zdrowiem, lękiem, oczekiwaniami i nadziejami, ale i często zespołem terapeutycznym wokół.

Peter Drucker, guru współczesnego przywództwa, mawiał, że liderów poznaje się nie na podstawie łatwych decyzji, ale podejmowanych w warunkach niepewności. Gdyby żył dzisiaj, prawdopodobnie mógłby opowiedzieć, że wszystko, co

ANNA GOŁĘBICKA
EKONOMICZKA, STRATEG
KOMUNIKACJI I ZARZĄDZANIA



opisał, czyli zarządzanie przez cel, planowanie, motywowanie i organizowanie oraz praca w warunkach niepewności dotyczy każdego lekarza. Bo medycyna jest królestwem niepewności. Pacjent przychodzi z zestawem objawów i oczekuje od lekarza odpowiedzi. Natychmiast. Najlepiej jednoznacznej. Trafnej w stu procentach. Żyjemy w czasach, które pokochały natychmiastowość. Film trwa 30 sekund. Wiadomość 10, decyzja zakupowa – pięć. Tymczasem medycyna uparcie potrzebuje procesu, czasu, w którym lekarz stanie się tłumaczem między światem biologicznego chaosu a światem ludzi oczekujących prostych odpowiedzi.

I tu pojawia się kolejny paradoks. Nigdy wcześniej lekarze nie byli oceniani tak często jak dziś. Pacjent wychodzi z gabinetu i może wystawić opinię szybciej, niż zdąży dojść do windy. Do tego dorzucić gwiazdki. Problem jednak nie w ocenach, a w tym, że coraz częściej zastępują one informację zwrotną. A to duża różnica. Ocena stawia człowieka pod ścianą. Informacja zwrotna (feedback) daje drogowskaz. Odpowiada na pytanie: „Co możesz zrobić lepiej?”. Jeżeli przełożony mówi: „Wyniki są niezadowolające”, to jest ocena. Jeżeli mówi: „Pacjenci skarżą się na długi czas oczekiwania,

zastanówmy się razem, jak usprawnić organizację pracy”, to jest feedback. Jeżeli pacjent napisze: „Fatalny lekarz”, to jest ocena. Jeżeli powie: „Nie zrozumiałem planu leczenia, zabrakło mi czasu na zadanie pytań”, to jest informacja, z którą można coś zrobić. Ocena zamyka rozmowę. Feedback ją otwiera.

Każdy lekarz to menedżer zarządzający problemem swojego pacjenta. Od lekarzy oczekujemy nie tylko wiedzy, ale także odporności. Mają sobie poradzić. Mają wytrzymać presję. Mają nie popełniać błędów. Nie ma miejsca na przyznanie się do wątpliwości, nie ma czasu na zastanawianie. Nie ma miejsca na wsparcie. Na myślenie, że lekarz to też człowiek.

I właśnie dlatego czasem myślę, że świat nie rozumie samotności lekarzy. Widzi gabinet pełen ludzi. Autorytet. Doświadczenie. Biały fartuch. Nie widzi jednak jednego momentu: kiedy po wyjściu pacjenta drzwi się zamykają, a lekarz zostaje sam ze swoją decyzją. Z odpowiedzialnością. Z wątpliwościami. Z pytaniem, czy na pewno niczego nie przeoczył. To właśnie jest samotność. Samotność człowieka potrzebnego. Trudny jej rodzaj. Im więcej osób czegoś od nas oczekuje, tym rzadziej ktoś pyta, czego potrzebujemy my sami. Ze szczytu widać więcej, ale jest bardzo zimno.

WYWIAD LEKAR(S)KI

Życie nie jest tabelą w Excelu

O tym, jak proponowane przez rząd kontrowersyjne zmiany w ustawie o zawodzie lekarza i lekarza dentyisty wpłyną na codzienne życie, mówią **Lucyna Wyrwas-Zubek** i **Dagmara Adamska-Tomaszewska** w rozmowie z prezes Fundacji Matki Lekarki Marią Kłosińską.

W debacie o projekcie ustawy słyszymy głównie o organizacji szkolenia, terminach i procedurach. Znacznie rzadziej mówi się o ludziach, których te przepisy dotyczą. PES zdała Pani wiosną 2024 r. Jak wyglądała wówczas sytuacja?

Lucyna Wyrwas-Zubek: Do egzaminu przystąpiłam, będąc w ciąży. Uzyskałam jeden z najwyższych wyników w kraju. Był to dla mnie bardzo ważny moment i potwierdzenie wiedzy zdobywanej przez lata szkolenia specjalizacyjnego. Później urodziłam dziecko, korzystałam z urlopu macierzyńskiego, rodzicielskiego, a następnie z urlopu wychowawczego. Od egzaminu minęły już ponad dwa lata, a do ukończenia specjalizacji pozostało mi kilka miesięcy szkolenia. Informacja o możliwości utraty skuteczności wyniku PES jest dla mnie ogromnym ciosem. Nie godzę się na to, że egzamin, który zdałam z tak dobrym wynikiem, może zostać unieważniony nie dlatego, że utraciłam wiedzę albo nie spełniłam wymagań merytorycznych, ale dlatego że po urodzeniu dziecka zdecydowałam się sprawować nad nim osobistą opiekę.

Jest Pani niemal specjalistką psychiatrii dzieci i młodzieży. Czy Pani wiedza zawodowa wpływa na sposób, w jaki patrzy Pani na tę sytuację?

Lucyna Wyrwas-Zubek: Zdecydowanie tak. Jako lekarka zajmująca się zdrowiem psychicznym dzieci wiem, jak duże znaczenie dla ich rozwoju ma

stabilność, poczucie bezpieczeństwa i obecność stałego opiekuna w pierwszych latach życia. Wczesna relacja z opiekunem nie jest dodatkiem, z którego można łatwo zrezygnować. Stanowi fundament dalszego prawidłowego rozwoju emocjonalnego dziecka. Dlatego zdecydowałam się na skorzystanie z urlopu związanego z rodzicielstwem. To szczególnie bolesny paradoks: osoba, która

Nie możemy oczekiwać od medyków, że w każdym pacjencie będą dostrzegali człowieka, jeśli sami będziemy traktowani jak numery w statystykach

zawodowo zajmuje się zdrowiem psychicznym dzieci i rozumie znaczenie stabilnej opieki we wczesnym dzieciństwie, ma zostać ukarana zawodowo za to, że zapewniła taką opiekę własnemu dziecku.

Trudno jest mi pogodzić się z faktem, że zaproponowany postulat odnośnie „ważności” PES może zmuszać lekarki do rezygnowania z opieki nad własnym dzieckiem, nie dlatego że wymaga tego jego dobro, ale dlatego że w przeciwnym razie utracą swój wypracowany wynik egzaminu specjalizacyjnego.

Zwolennicy zmian mówią, że lekarz powinien możliwie szybko zakończyć szkolenie i uzyskać tytuł specjalisty.

Lucyna Wyrwas-Zubek: Rozumiem potrzebę sprawnego kończenia szkolenia specjalizacyjnego. Sama chcę je ukończyć i pracować jako specjalistka psychiatrii dzieci i młodzieży. Nie uchylam się od szkolenia ani od odpowiedzialności zawodowej. Nie widzę jednak uzasadnienia dla stwierdzenia, że po upływie dokładnie 24 miesięcy mój bardzo dobry wynik egzaminu nagle przestaje potwierdzać posiadaną wiedzę. Upływ tego terminu nie oznacza automatycznie, że lekarz przestał mieć kompetencje sprawdzone podczas PES. Jeżeli celem projektowanych przepisów ma być poprawa jakości kształcenia, należałoby wykazać, w jaki sposób utrata skuteczności wyniku egzaminu po 24 miesiącach tę jakość poprawia. W mojej sytuacji przepis nie podniesie poziomu szkolenia ani nie zwiększy bezpieczeństwa pacjentów, bo specjaliści psychiatrii dzieci i młodzieży są potrzebni nie na już, a na wczoraj. To może natomiast doprowadzić do tego, że będę musiała ponownie zdawać egzamin specjalizacyjny, co oznacza późniejsze wejście na rynek pracy jako specjalistka. Kuriozum.

Czego oczekiwalaby Pani od autorów projektu?

Lucyna Wyrwas-Zubek: Przede wszystkim spojrzenia na rzeczywiste konsekwencje tego przepisu. Za terminami i procedurami stoją konkretni ludzie oraz ich dzieci. Postulat ten uderza w dużej mierze w lekarzy takie jak ja, które decydują się na posiadanie potomstwa po zdaniu egzaminie specjalizacyjnym i chcą sprawować nad nim opiekę. Niezrozumiałe jest dla mnie, że decyzyja o poświęceniu czasu dziecku może prowadzić do utraty wyniku egzaminu, który został już zdobyty kosztem wieloletniej nauki, wyrzeczeń i ogromnego wysiłku. Dlatego osoby, których szkolenie uległo wydłużeniu z przyczyn związanych z rodzicielstwem czy chorobą, której nie da się zaplanować, nie powinny być uznawane za celowo opóźniające jego ukończenie ani ponosić negatywnych konsekwencji z tym związanych.

Nie jest to odosobniona opinia. Dla tego pytam dr Dąmę Adamską-Tomaszewską: Ministerstwo Zdrowia podkreśla, że uprawnienia związane z ciążą oraz urlopami macierzyńskim i rodzicielskim pozostają niezmiennione. Dlaczego Pani zdaniem lekarki uważają mimo to, że projekt może uderzać właśnie w matki?

Dagmara Adamska-Tomaszewska: Wynika to z prostej matematyki. Wśród lekarzy odbywających szkolenie specjalizacyjne jedną z najczęstszych przyczyn jego przedłużenia są zwolnienia lekarskie w okresie ciąży, a następnie urlopy macierzyński i rodzicielski. Pełne wykorzystanie tych uprawnień, szczególnie w przypadku ciąży powikłanej, może prowadzić do utraty skuteczności wyniku PES zdanego na ostatnim roku specjalizacji, nawet po przesunięciu egzaminu na ostatnie sześć miesięcy szkolenia.

Nie dotyczy to wyłącznie rezydentek, które zająd w ciąży po zdaniu egzaminie. Rozwiązanie uderza w rodzinę jako system, także w ojców lekarzy korzystających z urlopu rodzicielskiego. Jeśli do tego dojdzie dłuższa choroba, również oni mogą utracić wynik egzaminu. Nie możemy też unikać tematu planowania rodziny. Nadal pojawiają się komentarze, że „wystarczy nie zachodzić w ciążę”. Tymczasem wiele par mierzy się z problemami z płodnością, a odkładanie starań nie

zawsze jest obojętne. Państwo deklaruje politykę prorodzinną, a jednocześnie tworzy przepisy zniechęcające do powiększania rodzin.

Czy problem 24-miesięcznego terminu dotyczy wyłącznie rodziców będących lekarzami, czy również osób znajdujących się w trudnych sytuacjach zdrowotnych lub rodzinnych?

Dagmara Adamska-Tomaszewska: Naiwnością byłoby patrzeć na ten problem wyłącznie przez pryzmat rodzicielstwa. Każdy lekarz może ulec poważnemu wypadkowi albo zachorować w sposób wymagający czasowego przerwania lub nawet niepodjęcia w sztywnym, nowym terminie

Państwo deklaruje politykę prorodzinną, a jednocześnie tworzy przepisy zniechęcające do powiększania rodzin

szkolenia. Dodatkowy stres związany z możliwością utraty skuteczności wyniku już zdanego, trudnego egzaminu z pewnością nie będzie sprzyjał powrotowi do zdrowia. Nie leży to też w interesie systemu ochrony zdrowia. Lekarz z już zdaniem PES może po ukończeniu szkolenia szybko dołączyć do grona specjalistów. Ponowne przygotowanie do egzaminu tylko ten proces wydłuży.

Przykładem jest moja sytuacja. PES zdałam w 2024 r., będąc w ciąży, która okazała się powikłana. Zwolnienie lekarskie, a następnie urlop związany z rodzicielstwem znacząco przedłużyły moje szkolenie. Zgodnie z obecnymi przepisami w grudniu tego roku zakończę specjalizację i rozpocznę pracę jako specjalistka pediatrii. Ponowne zdawanie egzaminu przesunie ten moment o kolejne miesiące.

Projekt przewiduje również wykluczenie z dwóch kolejnych postępowań kwalifikacyjnych leka-

rza, który nie podejmie szkolenia specjalizacyjnego w określonym terminie. Jak ocenia Pani rozwiązanie, które nie uwzględnia wprost sytuacji rodzinnej, zdrowotnej ani opiekuńczej lekarza?

Dagmara Adamska-Tomaszewska: Mechanizm jest podobny jak w przypadku PES. Możemy osiągnąć krótkoterminowy efekt, zmuszając młodych lekarzy do decyzji sprzecznych z ich zdrowiem lub odpowiedzialnym planowaniem rodziny. Długofalowo społeczeństwo na tym nie zyska. Szczególnie niepokojące jest to w specjalizacjach, w których zapotrzebowanie na lekarzy przewyższa zainteresowanie szkoleniem. Możemy mieć rezydenta, który z uzasadnionych powodów rozpocznie specjalizację z kilkumiesięcznym opóźnieniem. Możemy też „ukarać” go np. za złamanie nogi i konieczność rehabilitacji i odsunąć możliwość rozpoczęcia szkolenia o dwa kolejne postępowania, czyli w praktyce o ponad rok. Nie ma przy tym gwarancji, że na zwolnione miejsce zgłosi się chętny kandydat, co ważne – z odpowiednimi predyspozycjami do danej specjalizacji.

Wśród propozycji znalazły się również ograniczenia dotyczące zmiany miejsca odbywania specjalizacji. Czy życie rodzinne lekarzy można zaplanować tak, aby nigdy nie pojawiła się potrzeba zmiany miejsca szkolenia?

Dagmara Adamska-Tomaszewska: Problem jest szerszy niż opieka nad małym dzieckiem. Lekarz może zachorować albo zostać jedyną osobą zdolną do opieki nad chorym członkiem rodziny. Ograniczenie możliwości przeniesienia specjalizacji może wówczas zmusić go do wyboru między potrzebami zdrowotnymi najbliższych a kontynuowaniem specjalizacji na rezydenturze. Musimy też pamiętać o lekarzach, których partnerzy pracują poza medycyną. Czy mają wybierać między rozłąką a utrzymywaniem się z jednej pensji?

Ministerstwo argumentuje, że proponowane rozwiązania mają



fot.: archiwum prywatne

► **Lucyna Wyrwas-Zubek** odbywa szkolenie specjalizacyjne z psychiatrii dzieci i młodzieży, Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie



fot.: archiwum prywatne

◄ **Dagmara Adamska-Tomaszewska** realizuje specjalizację z pediatrii, Śląska Izba Lekarska

poprawić jakość kształcenia specjalizacyjnego. Czy widzi Pani bezpośredni związek między tymi przepisami a lepszym przygotowaniem lekarza?

Dagmara Adamska-Tomaszewska:

Nie. Trudno mi dostrzec, w jaki sposób utrata skuteczności wyniku prawidłowo przeprowadzonego i zdanego egzaminu miałyby podnosić jakość kształcenia. Także przymus

pozostawania w ośrodku, w którym lekarz doświadcza zachowań mobbingowych, przy ograniczonej możliwości przeniesienia szkolenia nie poprawi jakości kształcenia.

Który z proponowanych zapisów uważa Pani za najbardziej oderwany od realiów życia lekarzy odbywających specjalizację?

Dagmara Adamska-Tomaszewska: Mnie osobiście najbardziej dotyczą przepisy dotyczące PES i dyżurów. Gdybym jednak dziś zaczynała drogę zawodową, obawiałabym się skierowania wiele kilometrów od domu bez realnej możliwości zmiany miejsca. Dramatyczna może być sytuacja małżeństw lekarzy skierowanych do dwóch odległych części województwa albo miejsca, gdzie nie byłoby pracy dla współmałżonka nielekarza. Takie rozwiązania mogą łamać zawodowe marzenia i rozbijać rodziny.

Zwróciła Pani uwagę, że lekarze odbywający specjalizację są dorosłymi ludźmi, którzy mają rodziny, dzieci i zobowiązania. Czy autorzy projektu wystarczająco uwzględnili tę perspektywę?

Dagmara Adamska-Tomaszewska: Z całą pewnością nie. Łatwo patrzeć na ochronę zdrowia jak na zestaw tabel, wskaźników i sum. Od dawna mówimy jednak o dehumanizacji systemu. Nie możemy oczekiwać od

medyków, że w każdym pacjencie będą dostrzegali człowieka, a nie jedynie kod ICD i procedurę rozliczaną z NFZ, jeśli sami będziemy traktowani jak numery w statystykach. Walka o wartość i godność człowieka w ochronie zdrowia musi być równie ważna po obu stronach stetoskopu.

Gdyby mogła Pani zaproponować jedną zmianę w projekcie, która pozwoliłaby zachować wysokie standardy szkolenia, a jednocześnie nie karałaby lekarzy za rodzicielstwo, chorobę lub zdarzenia losowe, co by to było?

Dagmara Adamska-Tomaszewska: Nie wprowadzałabym automatycznej utraty skuteczności wyniku PES po 24 miesiącach. Obecna ustawa pozwala uwzględnić indywidualną sytuację lekarza i odróżnić celowe przedłużanie szkolenia od przerwy wynikającej z rodzicielstwa, choroby czy zdarzenia losowego. Nie rezygnowałabym również z rozwiązania, zgodnie z którym lekarz korzystający z uprawnień rodzicielskich lub mający przeciwwskazania zdrowotne może nie pełnić dyżurów przez okres do 24 miesięcy, nie dłużej jednak niż przez połowę czasu trwania specjalizacji, a jego szkolenie nie jest z tego powodu przedłużane. Te mechanizmy pozwalają chronić lekarzy w uzasadnionych sytuacjach, bez obniżania standardów kształcenia. ●

USTAWA DO KONSULTACJI

W czerwcu Fundacja Matki Lekarki spotkała się z przedstawicielami Ministerstwa Zdrowia, aby w ramach konsultacji społecznych przedstawić zastrzeżenia do projektu ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentystry oraz propozycje zmian zapisów. Zdaniem Matek Lekarek część projektowanych przepisów może prowadzić do dodatkowych konsekwencji zawodowych dla lekarzy korzystających z uprawnień związanych z rodzicielstwem lub chorobą, nie wykazano natomiast, że rozwiązania te przełożą się na poprawę jakości kształcenia specjalizacyjnego. Szczególny sprzeciw budzi zapis o utracie skuteczności pozytywnego wyniku Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego po upływie 24 miesięcy.

OŚRODEK KSZTAŁCENIA

Nie każdy ból głowy zaczyna się w głowie

Zaburzenia skroniowo-żuchwowe mogą powodować nie tylko dolegliwości w obrębie narządu żucia, ale również bóle głowy, szyi i barków, problemy ze snem czy ścieranie zębów – mówi **dr hab. n. med. Aleksandra Nitecka-Buchta**, prezes Polskiego Towarzystwa Dysfunkcji Narządu Żucia, w rozmowie z Lucyną Krysiak.

Czy lekarzowi dentyście trudno skomarzyć bóle głowy, twarzy, szyi, barku, trzaski w stawach skroniowo-żuchwowych, z zaburzeniami skroniowo-żuchwowymi (TMD)?

To skomplikowane zagadnienie, wymagające rozległej wiedzy medycznej i doświadczenia. Objawy te najczęściej nie występują pojedynczo i mogą oznaczać wiele różnych chorób. Aby się zorientować, że chodzi o zaburzenia skroniowo-żuchwowe, trzeba mieć świadomość istnienia problemu i cierpliwie dochodzić źródła dolegliwości bólowych występujących w obrębie głowy, szyi czy barku, a następnie starać się je zweryfikować. Młode pokolenie lekarzy dentyistów jest bardziej wyczulone na ten problem, ale wciąż wiedza na ten temat wymaga poszerzania i uzupełniania.

Jakie są przyczyny tych zaburzeń?

Dawniej myśleliśmy, że za dysfunkcje narządu żucia odpowiadają zaburzenia ortodontyczne czy wadliwa anatomia struktur kostnych. Dziś już wiemy, że tak nie jest. Wielki wpływ na powstawanie tych zaburzeń mają stany emocjonalne (lęk, depresja, przewlekły stres), które wywołują napięcia mięśni żucia, bóle głowy, zaciskanie i zgrzytanie zębów, niszczenie tkanek twardych. Jednak pacjenci nie łączą tych objawów z emocjami. Często są zdziwieni, kiedy się o tym dowiadują od stomatologa.

Nasze Towarzystwo przygotowało polską wersję językową 10 wytycznych dotyczących postępowania w przypadku podejrzenia, że pacjent cierpi z powodu TMD. Opublikowało ujednolicone zalecenia w zakresie diagnostyki, sposobu myślenia o zaburzeniach stawowo-żuchwowych, a także terapii. To ogromny sukces współpracy międzynarodowej z ekspertami z całego świata. W stworzeniu i tłumaczeniu wytycznych chodzi o to, aby lekarze, diagnozując i lecąc te zaburzenia, opierali



fot.: archiwum prywatne

się na jednakowych standardach i na ich podstawie podejmowali decyzje terapeutyczne.

Jak często lekarze stomatolodzy kierują pacjentów do leczenia?

W moim odczuciu pacjenci wciąż są późno diagnozowani i za rzadko kierowani do specjalistycznego leczenia. A wielu z nich naprawdę cierpi i potrzebuje pomocy. Częściej problem dostrzegają młodzi lekarze dentyści, aktywni w mediach społecznościowych, dzielący się uwagami i doświadczeniami, którzy mają świadomość i narzędzia potrzebne do badania pacjenta pod kątem dolegliwości związanych z TMD. Myślę o kwestionariuszach, najbardziej aktualny jest obecnie STAB, stworzony w ramach współpracy międzynarodowej, dostępny już w języku polskim. Pozwala wychwycić objawy TMD i podjąć dalsze działania, skierować pacjenta do specjalisty, jeśli będzie taka potrzeba.

Ośrodek Kształcenia NIL i Polskie Towarzystwo Dysfunkcji Narządu Żucia nawiązały współpracę edukacyjną, którą zainauguruje zaplanowany na 2 lipca br. webinar

◀ TMD to choroba cywilizacyjna, szacuje się, że z różnym nasileniem dotyka nawet 80 proc. populacji, w tym dzieci i młodzież – podkreśla **dr hab. n. med. Aleksandra Nitecka-Buchta**

„Jak samodzielnie wykonać szynę relaksacyjną w technice druku 3D – prosty workflow dla lekarzy dentyistów”, poprowadzony przez dr n. med. Mateusza Wojciechowskiego, specjalistę protetyki stomatologicznej. Skąd wybór tego tematu?

Pragnę zaznaczyć, że bardzo się cieszę z tej współpracy, ponieważ Naczelna Izba Lekarska stwarza nam możliwość dotarcia z wiedzą na temat TMD do dużej rzeszy kolegów stomatologów różnych specjalności, a o to nam przecież chodzi. Wybór tematu nie był przypadkowy. Ponieważ współczesna stomatologia już praktycznie nie istnieje bez cyfryzacji, postanowiliśmy pokazać, jak we własnym gabinecie przy użyciu nowoczesnego sprzętu CAD/CAM można pomóc pacjentom z TMD.

Czy planowane są kolejne webinary?

Jesteśmy zainteresowani współpracą długofalową. W ramach działalności PTDNZ szkolimy stomatologów stacjonarnie w Katowicach, ale nie każdy może dojechać do ośrodka, np. z drugiego końca Polski. Dlatego wspólnie z Ośrodkiem Kształcenia NIL chcemy dotrzeć do lekarzy poprzez szkolenia online. Chcemy też zachęcać lekarzy dentyistów, aby zostali członkami naszego Towarzystwa. Zapraszam ich na XVII Międzynarodowy Zjazd PTDNZ w Brzesku 15–17.10.2026 r. Szczegóły na www.dysfunkcje.pl •

SZKOLENIA W OŚRODKU KSZTAŁCENIA NACZELNEJ IZBY LEKARSKIEJ LIPIEC - SIERPIEŃ 2026

SZKOLENIA ONLINE

- 01.07.2026 – Diagnostyka i leczenie ran atypowych *
- 02.07.2026 – Jak samodzielnie wykonać szynę relaksacyjną w technice druku 3D – prosty workflow dla lekarzy dentyków *
- 07.07.2026 – Job crafting w pracy lekarza – jak odzyskać sprawstwo i zapobiegać wypaleniu.
- 10.07.2026 – Dialog motywujący
- 13.07.2026 - Zasady wystawiania zwolnień lekarskich. Kontrola zwolnień lekarskich ZUS ZLA
- 14.07.2026 – Wystawienie zwolnienia lekarskiego i innych zaświadczeń – kiedy i co należy odnotować, a kiedy można odmówić? – nowy format
- 15.07.2026 – Laser Dentistry in General Practice *
- 16.07.2026 - Błąd medyczny w zespole – kto odpowiada, gdy zawinił system lub inna osoba?
- 20.07.2026 – Medycyna końca życia: jakie leki i procedury warto stosować? *
- 23.07.2026 – Aktualne standardy diagnostyki i leczenia Cukrzycowej Choroby Stóp w świetle wytycznych PTLR *
- 24.07.2026 – Lekarzu, zadbaj o siebie. Jak wdrożyć self-care w przetadowany grafik?
- 27.07.2026 – Zarządzanie zmianą w organizacji medycznej
- 28.07.2026 – Emergency medicine in dentistry: 10-minutes to save a life. *
- 29.07.2026 – Od reaktywności do odporności psychicznej – jak zarządzać energią, a nie czasem w gabinecie
- 03.08.2026 – Kiedy lekarzowi grozi zawieszenie prawa wykonywania zawodu przez prokuratora i inne instytucje – jak się przed tym bronić
- 04.08.2026 – Leczenie bólu u kobiet ciężarnych i karmiących *
- 11.08.2026 – Kontrakt z NFZ – obowiązki i zagrożenia
- 20.08.2026 – Leczenia bólu u osób w wieku podeszłym *
- 24.08.2026 – Orzekanie o niepełnosprawności i niezdolności do pracy – nowe zasady 2026
- 28.08.2026 – Elementarz adhezyjnych procedur, czyli jak pracować i polimeryzować materiały kompozytowe tak, aby dawały długoterminowy efekt kliniczny w stomatologii zachowawczej oraz protetyce

SZKOLENIA STACJONARNE

- 03-05.07.2026 – Radzenie sobie z lękiem, stresem i budowanie odporności psychicznej
- 09.07.2026 – Siła doświadczenia: Profesjonalne zarządzanie błędem w pracy lekarza
- 17.07.2026 – Zarządzanie ścieżką rozwoju zawodowego lekarza
- 31.07-02.08.2026 – Radzenie sobie z lękiem, stresem i budowanie odporności psychicznej
- 06.08.2026 – Zarządzanie zasobami i odporność na stres – praktyczny warsztat poznawczo-behawioralny z elementami pracy z ciałem
- 13.08.2026 – Lekarz jako lider, za którym chcą podążać – marka osobista bez utraty profesjonalizmu
- 21.08.2026 – Trening uważnego współczucia – jak uważne współczucie może pomóc w kontakcie ze sobą i z pacjentem

*szkolenia organizowane we współpracy z towarzystwami medycznymi i partnerami.

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



NIL NA SZYBKO

Lustracja zarobków

Z powodu patologii w Szpitalu Południowym jest społeczne poparcie, by „zrobić porządek” z lekarzami.

JAKUB KOSIKOWSKI
RZECZNIK NACZELNEJ IZBY
LEKARSKIEJ



To miał być kolejny nudny felieton otwierający sezon ogórkowy. Wiecie: Ministerstwo Zdrowia opóźnia kolejne etapy automatyzacji refundacji, w lipcu podwyżki, zaraz później Igrzyska Lekarskie, dalej odwoływanie zabiegów, bo NFZ skończyły się pieniądze, a później to już tylko Boże Narodzenie. Ale oświadczenie majątkowe najstynniejszego obecnie radnego lekarza w Polsce zgotowało nam swoisty armagedon medialny. Zaraz później zaczęły wpadać kolejne oświadczenia lekarzy dyrektorów. Nie pamiętam, kiedy ostatnio odebraliśmy tyle telefonów, ile w ciągu jednego czerwcowego tygodnia.

Efekt całego zamieszania: politycy prześcigają się w pomysłach, jak nas zdyscyplinować. Jedni proponują rozdział sektora prywatnego i publicznego, inni tachografy, jeszcze inni zbieranie zarobków na PESEL. Tak czy inaczej, wydaje się, że jest społeczne poparcie, by „zrobić z nami porządek”.

Drogie Koleżanki, drodzy Koledzy. Sami to sobie zrobiliśmy. Każdy, kto wziął pieniądze za godziny dyżuru, na którym nie był, każdy, kto stosował bilokację, każdy, kto dopisał się do operacji, której nie przeprowadzał,

dłożył do tego cegielkę. Przez czarne owce fatalną opinię ma całe środowisko, brane teraz przez społeczeństwo za milionerów oszustów. Dlaczego o tym piszę?

Bo w lipcu zaczyna działać Centralny Rejestr Umów Jednostek Sektora Finansów Publicznych – w sieci będzie dostępny każdy kontrakt lekarski zawarty z jednostkami publicznymi po 1 lipca. To, że będzie rejestr, było zaplanowane znacznie wcześniej. Nie mam jednak złudzeń, że – poza wyłapywaniem ewidentnych patologii życia publicznego – dzięki obecnej „emocji społecznej” posłuży głównie do lustrowania naszych zarobków.

Jeśli po 1 lipca 2026 r. zawieracie umowę B2B z jednostką publiczną, zastanówcie się, czy nie chcecie jeszcze zmienić adresu gabinetu i podać adresu wirtualnego biura. Bo zarówno adres, jak i stawka będą dla każdego na kliknięcie. Tajne w zakresie stawek pozostają tylko umowy o pracę. Piszę to, bo nie mam wątpliwości co po ujawnieniu patologii Szpitala Południowego w pierwszej kolejności przejrzą internauci. ●

O TYM SIĘ MÓWI

List do minister zdrowia

Pełnomocnik NRL ds. lekarzy z niepełnosprawnościami Filip Pawliczak wystosował list otwarty do minister Jolanty Sobierańskiej-Grendy w sprawie proponowanych przez resort rozwiązań ograniczających dostępność szkolenia specjalizacyjnego dla lekarzy z niepełnosprawnościami. Największe zastrzeżenia budzi propozycja wprowadzenia obowiązku realizacji dyżurów medycznych za cały okres szkolenia specjalizacyjnego oraz związana z tym konieczność wydłużania szkolenia w celu odpracowania dyżurów nieodbytych z przyczyn wynikających z obowiązujących przepisów prawa pracy. Zdaniem autora listu rozwiązanie to może prowadzić do sytuacji, w której korzystanie przez lekarzy z niepełnosprawnościami z ustawowo gwarantowanej ochrony przed pracą w godzinach nadliczbowych będzie skutkowało wydłużeniem ścieżki specjalizacyjnej.

Prezes NRL do premiera

Prezes NRL Łukasz Jankowski zwrócił się do premiera Donalda Tuska z oficjalnym wnioskiem o wyznaczenie terminu spotkania w celu omówienia planowanych zmian w ochronie zdrowia. Jest to bezpośrednia reakcja na wypowiedź premiera dotyczącą rozwiązania problemu kominów płacowych w ochronie zdrowia wspólnie z samorządem lekarskim. Ma to kluczowe znaczenie dla uniknięcia niepotrzebnych podejrzeń i napięć wokół wynagrodzeń w środowisku medycznym. Rząd przyjął projekt ustawy, która umożliwi Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji gromadzenie szczegółowych informacji o umowach i zarobkach pracowników podmiotów leczniczych, w powiązaniu z numerem PESEL lub PWZ. Pozyskiwanie tych danych ma pozwolić na ocenę

tego, jak wynagrodzenia wpływają na koszty leczenia, a także umożliwić lepsze i bardziej efektywne planowanie finansowania całego systemu ochrony zdrowia, w tym wyceny procedur medycznych.

Weto prezydenta

Naczelna Rada Lekarska z satysfakcją przyjęła decyzję Prezydenta RP o zawetowaniu ustawy zawierającej przepisy wydłużające termin przedstawienia certyfikatu znajomości języka polskiego przez lekarzy spoza Unii Europejskiej wykonujących zawód w Polsce w ramach procedury uproszczonej. Samorząd lekarski od początku apelował o odrzucenie tych rozwiązań, wskazując na konieczność zachowania standardów bezpieczeństwa pacjentów. – Decyzję Prezydenta RP o zawetowaniu ustawy przyjmujemy z satysfakcją. Od wielu miesięcy wskazywaliśmy, że skuteczna komunikacja między lekarzem a pacjentem jest jednym z podstawowych warunków bezpieczeństwa leczenia. Nie można w nieskończoność przedłużać okresów przejściowych i odstępstw od standardów, które obowiązują wszystkich wykonujących zawód lekarza w Polsce – powiedział prezes NRL Łukasz Jankowski.

W Katowicach i Wrocławiu

Wsiedzibie Śląskiej Izby Lekarskiej w Katowicach 10 czerwca 2026 r. odbyło się posiedzenie Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej. W spotkaniu na zaproszenie prezesa ORL w Katowicach Przemysława Rosaka uczestniczyli prezes NRL Łukasz Jankowski oraz wiceprezes Klaudiusz Komor. Tematem rozmów były wyzwania stojące przed polską ochroną zdrowia, w szczególności procedowana nowelizacja ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry. Uczestnicy spotkania omówili również propozycje dotyczące skrócenia stażu podyplomowego, zmian w organizacji egzaminów LEK i LDEK, a także planowane rozwiązania zakładające możliwość narzucania lekarzom rezydentom miejsc odbywania specjalizacji. Przedstawiciele samorządu lekarskiego zwrócili uwagę, że kluczowe zmiany dotyczące kształcenia lekarzy nie

są w wystarczający sposób konsultowane ze środowiskiem zawodowym.

Dzień później, 11 czerwca 2026 r., prezes NRL oraz wiceprezes Mateusz Kowalczyk odwiedzili Dolnośląską Izbę Lekarską we Wrocławiu na zaproszenie prezesa DIL Wojciecha Florjańskiego. Spotkanie to było kolejnym etapem cyklu wizyt przedstawicieli Naczelnej Izby Lekarskiej w okręgowych izbach lekarskich. – Dolnośląska Izba Lekarska od lat może pochwalić się jedną z najbardziej aktywnych i merytorycznych komisji legislacyjnych w samorządzie lekarskim, dlatego w naturalny sposób nasza rozmowa skoncentrowała się wokół projektowanych zmian w ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentystry – podkreślił prezes Łukasz Jankowski.

PNRL reaguje na manipulacje

Wstanowisku z 17 czerwca br. Prezydium NRL stanowczo sprzeciwia się podejmowanym przez niektórych polityków próbom wykorzystywania informacji o wysokich wynagrodzeniach otrzymywanych przez niektórych lekarzy do przypisania środowisku lekarskiemu winy za niedomaganie polskiego systemu ochrony zdrowia. „W dniu 21 listopada 2025 r. Naczelna Rada Lekarska przeprowadziła dyskusję z Minister Zdrowia panią Jolanta Sobierańską-Grendą, która wyraźnie przyznała, że kwestia wynagrodzeń lekarzy nie jest przyczyną złej sytuacji w ochronie zdrowia” – piszą autorzy stanowiska.

Pacjentocentryzm pod presją

Jak prowadzić skuteczny dialog w trudnych czasach? Już po raz piątą Fundacja My Pacjenci, w ramach konferencji „Pacjentocentryzm” zaprosiła czołowych ekspertów oraz przedstawicieli zawodów medycznych, organizacji pacjenckich i instytucji rządowych

do dyskusji o współpracy i rozwiązaniach opartych na realnych potrzebach chorych w Polsce. Podczas inaugurującej debaty prezes Łukasz Jankowski wyraził głębokie przekonanie, że kluczem do skutecznej zmiany i postawienia pacjenta w centrum systemu opieki zdrowotnej jest autentyczny dialog, czyli relacja zawarta w dobrej wierze, służąca usłuszeniu i zrozumieniu drugiej strony. W jego ocenie obecnie we współpracy z Ministerstwem Zdrowia brakuje tego podstawowego elementu, co skutecznie utrudnia wdrażanie rozwiązań sprzyjających pacjentom.

MÓWIĄ O NAS

Zarobki lekarzy

WPolsat News wiceprezes NRL Klaudiusz Komor odniósł się do informacji na temat rekordowych zarobków lekarzy. – Średnia wysokość zarobków lekarzy oscyluje w granicach 23 tys. zł, licząc z dyżurami, bo trzeba zawsze zwracać uwagę, że wszystkie zarobki w szpitalach są podawane z dodatkowymi godzinami pracy, czyli z tak zwanymi dyżurami. No ale są osoby, które zarabiają dużo, dużo więcej. Jesteśmy otwarci, by usiąść do rozmów, tak jak pan premier zaproponował – mówił wiceprezes Komor.

Afera w Szpitalu Południowym

Na antenie radiowej Jedynki wiceprezes NRL Paweł Barucha przyznał, że obawia się, że za sprawę Dawida Kacprzyka zapłacą wszyscy lekarze. – Mówimy tu, nie bójmy się tego słowa, o patologii – ocenił. Stwierdził, że z tą patologią próbuje się teraz walczyć „gaśnicą ręczną”, a nie systemowo. – Nam zależy na tym, żeby takie sytuacje po prostu nie mogły się wydarzyć – wyjaśnił. Przewodniczący Komisji Stomatologicznej NRL tłumaczył, że problemem nie jest wysokość zarobków, ale czas pracy. •

Przygotował Dział Komunikacji NIL

SAMORZĄD ZAWODOWY

Po wyborach czas na działanie. Priorytety samorządu na lata 2026–2030

MARIUSZ TOMCZAK

Dokumenty uchwalone przez Krajowy Zjazd Lekarzy wyraźnie rysują plany samorządu na najbliższe cztery lata. Przekaz jest prosty: zamiast recenzować i reagować na pomysły Ministerstwa Zdrowia, lekarze chcą sami kształtować debatę.

W czasie XVII Krajowego Zjazdu Lekarzy, który odbył się w dniach 21–22 maja 2026 r. w podwarszawskiej Jachrance, sporo emocji wzbudzały wybory prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej, Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej, a także członków NRL i Naczelnego Sądu Lekarskiego. Szeroko opisaliśmy to w poprzednim wydaniu „Gazety Lekarskiej”.

Ale zjazdy krajowe to przede wszystkim debata o tym, co ważne dla całego środowiska. W kilkusetosobowym gronie rozmawiano o problemach, które na co dzień rzutują na sytuację pacjentów i utrudniają pracę lekarzom. Efekt wielogodzinnych obrad? Podjęto kilkanaście uchwał, kilka apele i jedno stanowisko. Zjazd pochylił się nie tylko nad kondycją całego systemu ochrony zdrowia, w tym jakością opieki nad pacjentami oraz organizacją pracy kadr medycznych, ale też zajął się wewnętrznymi sprawami samorządu.

CO JEST NAJWAŻNIEJSZE?

Zgodnie z ustawą o izbach lekarskich jedna z kluczowych uchwał podejmowanych przez KZL – najwyższy organ NIL – dotyczy programu działań samorządu na kolejną, czteroletnią kadencję (lata 2026–2030). Nadaje ona ogólny kierunek wysiłkom podejmowanym przez działaczy izb. Daje też liderom NIL i rad okręgowych silny mandat do wychodzenia



fot. Mariusz Tomczak

Choć najwięcej emocji wzbudziły wybory nowych władz, to właśnie uchwały, apele i stanowiska przyjęte podczas XVII Krajowego Zjazdu Lekarzy pokazują, jakie problemy środowisko uznaje dziś za najpilniejsze

z inicjatywami, których adresatem są władze państwowe.

W uchwale programowej XVII KZL czytamy m.in., że priorytetem samorządu będzie realizacja zadań wynikających z ustawy o izbach oraz ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry,

sprawowanie pieczy nad należyтым wykonywaniem zawodu, a także promowanie zasad zapisanych w Kodeksie Etyki Lekarskiej (dla przypomnienia: jego nową wersję uchwalono przed dwoma laty).

Na liście kluczowych zadań znalazła się też „ochrona godności, powagi i etosu lekarza, szanowanie tradycji z uwzględnieniem wolności sumienia oraz prawa do wykonywania wolnego zawodu” – są to fundamentalne wartości dla całego środowiska.

BEZ BEZPIECZEŃSTWA ANI RUSZ

Odpowiedzią na narastającą agresję wobec medyków ma być dalsza walka o poprawę bezpieczeństwa w miejscu pracy. Uczestnicy zjazdu jednoznacznie podkreślili, że warunek ten jest kluczowy dla prawidłowego funkcjonowania całego systemu ochrony zdrowia. I m.in. właśnie dlatego samorząd chce skupić się chociażby na relacjach z tzw. trudnymi pacjentami. W uchwale programowej zadeklarowano też uruchomienie szkoleń z deeskalacji konfliktów, które nauczą lekarzy, jak radzić sobie z agresywnymi osobami i kontrolować napięcie w najtrudniejszych sytuacjach.

Kolejny cel to walka o bezpieczeństwo prawne lekarzy, ale – co warto podkreślić – z dbałością

► XVII Krajowy Zjazd
Lekarzy odbył się
w dniach 21–22 maja
w podwarszawskiej Jachrance
(gmina Serock)



fot. archiwum NIL

o interes samego pacjenta. Kluczem ma być trwałe wprowadzenie do systemu tzw. klauzuli wyższego dobra. Obecne regulacje są nastawione głównie na penalizację i szukanie winnego wśród personelu medycznego. Przez to system często marginalizuje potrzeby osób poszkodowanych w wyniku zdarzeń niepożądanych.

„Oczekuje się wprowadzenia systemu, w którym ocena prawna zdarzeń niepożądanych nie skupiałaby się na ustalaniu winy lekarza, lecz przede wszystkim na skutecznej, niewymagającej procedur sądowych rekompensacie szkód poniesionych przez pacjenta, ustaleniu przyczyn systemowych i zapobieganiu ponownemu wystąpieniu podobnych zdarzeń” – czytamy w podjętej uchwale.

TROSKA O STANDARDY

Kwestia dostępu do zawodu lekarza i lekarza dentystry od lat budzi ogromne emocje. Stanowisko samorządu jest tu jednak niezmiennie: będzie konsekwentnie dążyć do likwidacji uproszczonych trybów zatrudniania. NIL nie zamyka drzwi przed osobami spoza Unii Europejskiej, ale stawia twarde, choć jednakowe dla każdego warunki. Każdy, kto chce leczyć w Polsce, musi spełniać wysokie kwalifikacje oraz wykazać się biegłą znajomością języka polskiego – tak jak absolwenci krajowych uczelni.

Samorząd stawia sobie za cel także podniesienie rangi zawodu, odbudowę zaufania społecznego oraz kontynuowanie dotychczasowych działań na rzecz

zapewnienia godziwych zarobków i poszanowania norm czasu pracy. W dalszym ciągu zamierza angażować się na rzecz integracji środowiska lekarskiego i budowy dobrze rozumianej solidarności zawodowej.

KSZTAŁCENIE PRZED- I PODYPLOMOWE

Kolejny ważny postulat dotyczy studentów. KZL domaga się, aby wszystkie uczelnie kształcące przyszłych lekarzy i lekarzy dentyistów podlegały bezpośrednio ministrowi zdrowia. Zdaniem delegatów brak realnej kontroli resortu nad częścią placówek grozi obniżeniem standardów edukacyjnych. W efekcie na rynek mogą trafić absolwenci bez odpowiedniego przygotowania do pracy z pacjentem.

Z kolei w apelu do dyrektora Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego zwrócono się o zapewnienie lekarzom „dostępu do odtworzenia zrealizowanego kursu do specjalizacji organizowanego przez CMKP przez cały czas trwania szkolenia”. Ułatwi to naukę osobom, które miały przerwy w edukacji ze względów zdrowotnych lub z powodu opieki nad małoletnimi dziećmi.

Zwrócono się też do szefa CMKP o udostępnienie kursów w formie komercyjnej. Jest to

kluczowe dla wyrównania szans lekarzy-rodziców, ponieważ po zakończeniu specjalizacji na rynku brakuje niezależnych szkoleń, a – jak podkreślono w apelu – dominują konferencje sponsorowane.

MEDIACJE POWINNY RUSZAĆ SZYBCIEJ

Kolejna ważna inicjatywa dotyczy obszaru odpowiedzialności zawodowej. Zjazd chce zmiany art. 113 ust. 1 ustawy o izbach tak, aby mediację można było podjąć już na samym początku postępowania wyjaśniającego. Obecnie jest to możliwe dopiero wtedy, gdy lekarz lub lekarz dentyista ma status obwinionego.

Taka reforma znacząco przyspieszyłaby rozwiązywanie sporów i obniżyła ich koszt. „W razie dojścia stron do porozumienia mogłoby się okazać, że prowadzenie szczegółowego postępowania wyjaśniającego (słuchanie świadków, opinie biegłych) nie jest konieczne” – czytamy w uzasadnieniu uchwały.

Zjazd zaproponował dwie propozycje zmian. Pierwsza zakłada następujący zapis: „Rzecznik odpowiedzialności zawodowej w czasie postępowania wyjaśniającego albo sąd lekarski w czasie postępowania przed sądem lekarskim może z inicjatywy lub za zgodą stron skierować sprawę do postępowania mediacyjnego między stronami”.



◀ Pierwszy dzień zjazdu rozpoczął się ok. godz. 11, a zakończył przed godz. 5 rano

foto: archiwum NIL

Druga brzmi: „Rzecznik odpowiedzialności zawodowej w czasie postępowania wyjaśniającego albo sąd lekarski w czasie postępowania przed sądem lekarskim może z inicjatywy lub za zgodą stron skierować sprawę do postępowania mediacyjnego między pokrzywdzonym i lekarzem, którego dotyczy postępowanie, lub między pokrzywdzonym i obwinionym”.

KTO BEZ KOLEJKI?

W czasie zjazdu powróciła dyskusja nad potrzebą przyznania lekarzom i lekarzom denty stom – szczególnie seniorom – prawa do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej poza kolejnością. Podczas debat na sali obrad pojawiły się jednak głosy, że taki przywilej mógłby spotkać się z negatywnym odbiorem społecznym.

Większość delegatów ostatecznie poparła uchwałę, uznając, że taka pomoc powinna należeć się przede wszystkim osobom najstarszym, które z racji wieku częściej chorują. Zwolennicy tego rozwiązania podkreślali, że wielu lekarzy seniorów wciąż pracuje zawodowo, więc łatwiejszy dostęp do świadczeń pozwoli im zostać przy swoich pacjentach.

KOMPETENCJE PIELEŃNIAREK NA CENZUROWANYM

Jedyne stanowisko przyjęte przez XVII KZL dotyczy projektu ustawy

o zawodach pielęgniarki i położnej. Zaniepokojenie wzbudził zamiar zmiany formy i zakresu pracy pielęgniarek. Delegaci ocenili, że część proponowanych w projekcie rozwiązań to w istocie próba przekazania im kompetencji, które do tej pory były zarezerwowane wyłącznie dla lekarzy.

Chodzi w szczególności o takie zapisy, jak: „przeprowadzanie oceny stanu zdrowia i rozwoju

paliatywnej i długoterminowej – oraz orzekania o niezdolności do pracy.

„Wprowadzenie do polskiego systemu zaawansowanej praktyki pielęgniarek (APN) nie powinno stać się narzędziem do zaspokajania postulatów kompetencyjnych niektórych środowisk pielęgniarskich” – czytamy w omawianym stanowisku. Dlatego KZL zwrócił się do ministra zdrowia o ponowne przeanalizowanie kształtu tych przepisów, tak by regulacje nie służyły wyłącznie „redukcji kosztów udzielania świadczeń czy redukcji zatrudnienia lekarzy w placówkach medycznych wdrażających model APN”.

NA STYKU ONKOLOGII I STOMATOLOGII

Zjazd zaapelował do ministra zdrowia i Rzecznika Praw Pacjenta o podjęcie działań mających na celu ustawowe uregulowanie udziału lekarza denty stom w publicznym systemie w przypadku chorób nowotworowych. Celem jest zapobieganie powikłaniom wynikającym z nieadekwatnego przygotowania stomatologicznego pacjentów onkologicznych, a także włączenie lekarzy denty stom w szeroko rozumiany proces wczesnego

Jedną z kluczowych uchwał Krajowego Zjazdu Lekarzy dotyczy programu działań samorządu na kolejną kadencję

dziecka oraz osoby dorosłej” czy „wystawianie skierowań na wykonanie określonych badań diagnostycznych, w tym medycznej diagnostyki laboratoryjnej i obrazowej”. Ponadto lekarze dopatrują się w tych propozycjach próby nadania pielęgniarkom kompetencji w zakresie orzekania o śmierci – początkowo w obszarze opieki

wykrwywania zmian nowotworowych w obrębie głowy i szyi.

W uzasadnieniu apelu podkreślono, że brak odpowiedniego przygotowania stomatologicznego czasami skutkuje przerwaniem terapii onkologicznej, a w skrajnych przypadkach może prowadzić nawet do śmierci. Z kolei rosnąca liczba zachorowań na nowotwory jamy ustnej przy jednoczesnym upowszechnieniu badań obrazowych w gabinetach powinna skłonić do przyznania lekarzom dentystom prawa do wystawiania kart DiLO. Ci ostatni bowiem „realnie są lekarzami podstawowej opieki zdrowotnej dla regionu jamy ustnej”.

REFORMA PSYCHIATRII

Do ministra zdrowia zaapelowano też o kontynuowanie reformy psychiatrii zgodnie z rekomendacjami Zespołu do spraw Zmian Systemowych w Centrach Zdrowia Psychicznego. W szczególności chodzi o utrzymanie modelu odpowiedzialności terytorialnej, który jest testowany w pilotażu CZP, oraz powołanie ośrodka eksperckiego monitorującego reformę w psychiatrii osób dorosłych

i dzieci. Ponadto delegaci wezwali do wdrożenia rekomendacji z raportu Porozumienia Rezydentów OZZL, m.in. poprzez ograniczenie liczby pacjentów pozostających pod opieką jednego lekarza dyżurnego do maksymalnie 100 osób.

Chodzi o to, by reforma – tak bardzo oczekiwana – nie została sprowadzona wyłącznie do kwestii biurokratyczno-finansowych. Zwłaszcza wśród psychiatrów istnieją obawy związane z ryzykiem odejścia od kluczowych założeń modelu wypracowanego podczas pilotażu, np. od odpowiedzialności terytorialnej oraz aktywnej i skoordynowanej opieki.

„Środowisko lekarskie z niepokojem obserwuje również nasilającą się biurokratyzację systemu i pracy lekarzy, w której mechanizmy

▼ Krajowe zjazdy łączą w sobie funkcję sprawozdawczą z debatą nad wyzwaniem, przed którymi staje NIL. Na zdjęciu: **Piotr Wincianus**, przewodniczący Komisji Uchwał i Wniośków

administracyjne i sprawozdawcze zaczynają dominować nad rzeczywistymi potrzebami zdrowotnymi pacjentów” – dodano.

BADANIA KLINICZNE

Zjazd zobowiązał NRL do wystąpienia do właściwych organów administracji publicznej – w szczególności do ministra zdrowia i prezesa Agencji Badań Medycznych – z wnioskiem o zmianę przepisów ustawy o badaniach klinicznych produktów leczniczych stosowanych u ludzi. Przed sformułowaniem konkretnych propozycji Rada ma przeprowadzić konsultacje z komisjami bioetycznymi, lekarzami zasiadającymi w zespołach opiniujących oraz ekspertami.

Postulaty dotyczą m.in. uzależnienia waloryzacji opłat za składane wnioski od średniorocznego wskaźnika cen towarów i usług konsumpcyjnych oraz odejścia od równego podziału wynagrodzeń w zespołach opiniujących na rzecz stawek powiązanych z realnym wkładem pracy. Zdaniem KZL dotychczasowe opłaty należy zweryfikować pod kątem tego, czy rzetelnie pokrywają koszty i czas poświęcony na ocenę etyczność badań.

CO JESZCZE?

Szczegółowa analiza każdego dokumentu przyjętego przez zjazd w jednym tekście jest niemożliwa. Zwłaszcza że o brzmieniu niektórych zdań delegaci czasami długo się spierali na sali obrad, przytaczając czasami różnorodne argumenty.

Po pełne wersje dokumentów odsyłamy zatem na stronę www.nil.org.pl – do specjalnej zakładki poświęconej XVII KZL. Są tam m.in. uchwały dotyczące zmian regulaminu NRL oraz regulaminów działania Krajowej Komisji Wyborczej i okręgowych komisji wyborczych oraz apele m.in. w sprawie zasad zwalniania z obowiązku opłacania składki członkowskiej.

W apelu do NRL dotyczącym organizacji zjazdów okręgowych w formie hybrydowej podkreślono, że „regulaminy ORL nie dysponują w wielu przypadkach mechanizmami umożliwiającymi organizację zjazdów oraz przeprowadzania wyborów do organów w formie hybrydowej”.





◀ Nazwa Grenlandia ma pochodzenie nordyckie i nieco reklamowy charakter

foto: Wojciech Pietrzyk

PO GODZINACH – PODRÓŻE

Na końcu świata, między lodem a ludźmi

WOJCIECH PIETRZYK

Grenlandia dla większości z nas pozostaje białą plamą na mapie wyobraźni – krainą lodu, psich zaprzęgów i niedźwiedzi polarnych. Tymczasem za arktycznymi krajobrazami kryją się niewielkie społeczności Inuitów, fascynująca historia odkrywców, nowoczesna opieka zdrowotna i codzienność daleka od stereotypów.

Ciała naprzód! Opuszczamy Ny-Ålesund na Svalbardzie (Spitsbergen). To najdalej na północ wysunięta całoroczna ludzka osada – stąd już tylko 1200 km do bieguna północnego. Historyczne miejsce, warte zobaczenia, tu właśnie rozpoczęło się

wiele wyprawy na biegun północny. Amundsen, Nobile, Byrd stąd właśnie startowali sterowcami czy samolotami. Istnieje wiele kontrowersji, kto pierwszy dotarł na biegun północny... Tak twierdził również nasz amerykański kolega

po fachu dr Frederick Albert Cook, choć nie bardzo mu wierzone.

Z PÓŁNOCNEGO KRAŃCA SVALBARDU

Obieramy kurs na Grenlandię. Po trudach slalomowej nawigacji wśród arktycznych lodów wreszcie wychodzimy na otwarty i kołyszący Ocean Arktyczny. Kapitan Adam zaprasza mnie i towarzyszącą mi w tej wyprawie córkę Aleksandrę na znakomite steki z łososia. W końcu może opuścić mostek i choć na chwilę odprężyć się w towarzystwie rodaków – jedyńskich Polaków wśród stu pasażerów i osiemdziesięciu członków załogi arktycznego statku ekspedycyjnego Silver Explorer. To bardzo doświadczony kapitan, ale jak sam mówi, rzadko zdarza się mu mieć na pokładzie tak niewielkiej jednostki aż dwoje lekarzy okrętowych. Ja również czuję się spokojnie – w trudnej sytuacji medycznej mogę liczyć na pomoc córki lekarki.

► Widok z łodzi na fiordzie Tasermiut na Ullamertorsuaq i okoliczne góry w południowej Grenlandii

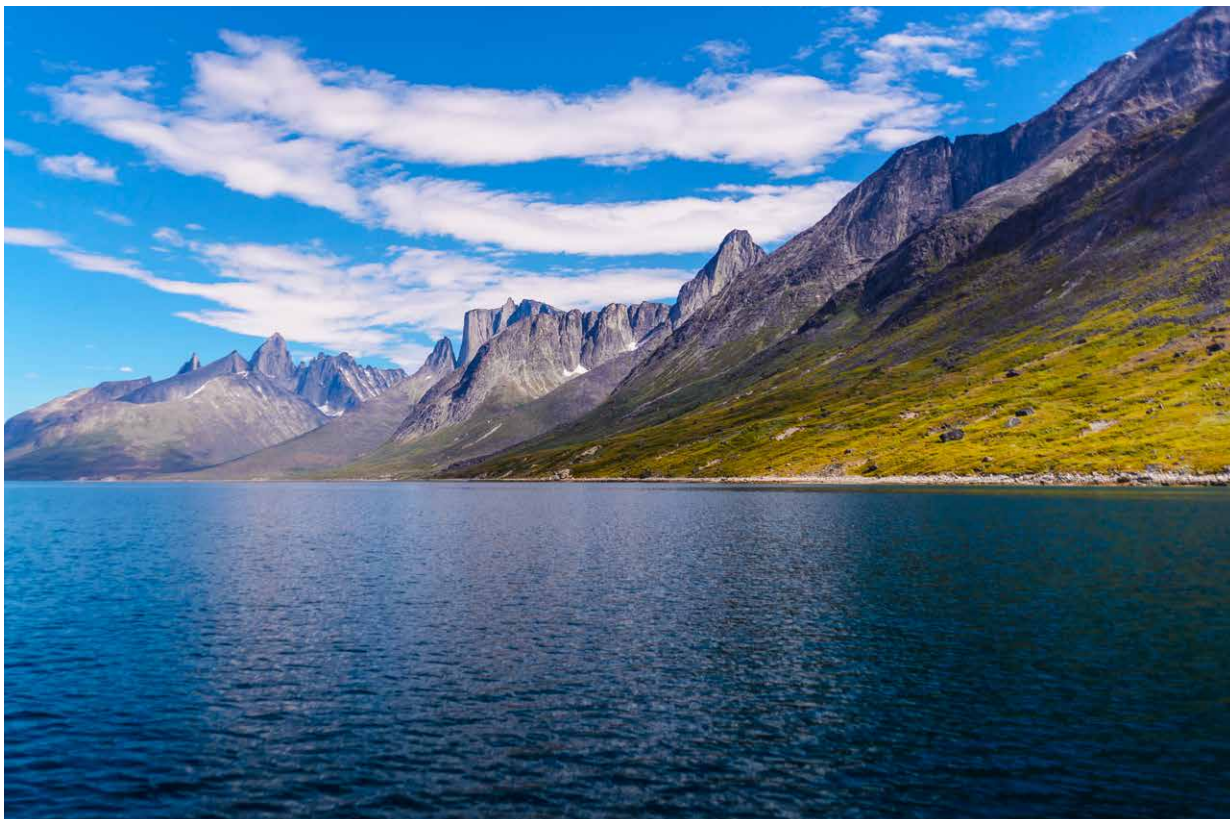


foto: Shutterstock.com

Po trzech dniach żeglugi, odwiedzając po drodze wulkaniczną wyspę Jan Mayen, docieramy do jednego z najbardziej niedostępnych miejsc Grenlandii – Ittoqqortoormiit.

TAM, GDZIE ZACZYNA SIĘ GRENLANDIA

W kalaallisut, języku Inuitów, który ma charakter aglutynacyjny, polegający na łączeniu wielu słów w jedno, Ittoqqortoormiit oznacza osadę z wielkimi domami. Samo słowo Inuit znaczy człowiek, podczas gdy określenie Eskimos jest dziś uznawane za pejoratywne.

Z kolei nazwa Grenlandia ma pochodzenie nordyckie i nieco... reklamowy charakter. Według sag islandzkich Eryk Rudy, który dotarł tu w IX wieku jako wygnaniec z Islandii, chcąc zachęcić osadników do przybycia na swoje terytorium, używał nazwy „Zielony Kraj” (Groenland). Dotyczyło to wprawdzie południowych wybrzeży wyspy i miało miejsce jeszcze przed małą epoką lodowcową, jednak poza krótkim latem zieleni jest tu raczej niewiele.

Spacerujemy wśród dobrze utrzymanych drewnianych domków. Mieszka tu około 350 osób. Jest kościół, szkoła, boisko piłkarskie – oczywiście ze sztuczną trawą – lokalne muzeum oraz

dobrze wyposażony ośrodek zdrowia, w którym na stałe pracuje pielęgniarka. Duński lekarz pojawia się raz na trzy tygodnie. Wykonywanie EKG, badań obrazowych (RTG i USG) oraz badań laboratoryjnych, wspieranych telemedycyną, umożliwia szybkie kierowanie poważniejszych przypadków do centralnego Szpitala Królowej Ingrid w stolicy kraju – Nuuk.

Poród wiąże się z przeprowadzką do stolicy już w ósmym miesiącu ciąży. Matka wraca później z niemowlęciem do osady helikopterem, ponieważ Air Greenland zapewnia bezpłatny transport i dysponuje tutaj lądowiskiem. To ważny moment dla lokalnej społeczności, gdyż historycznie niewiele dzieci przeżywało w trudnych arktycznych warunkach. Urodziny i każda kolejna rocznica są istotnym powodem do wspólnego świętowania podczas ceremonii zwanej kaffemik.

Państwo duńskie zapewnia mieszkańcom Grenlandii wiele typowo skandynawskich benefitów ekonomicznych. Kiedyś głównym zajęciem ludności było łowiectwo

i rybołówstwo. Dziś zawody te straciły na znaczeniu, a większość rdzennych mieszkańców korzysta z zabezpieczeń socjalnych. Niestety zmiany społeczno-ekonomiczne w tradycyjnym i stosunkowo hermetycznym kulturowo społeczeństwie sprzyjają problemom wcześniej praktycznie nieznanym, takim jak alkoholizm.

Nadzieje wiąże się z rozwojem turystyki. Ittoqqortoormiit jest punktem wyjścia do największego na świecie Parku Narodowego Grenlandii. Na tym niemal bezludnym obszarze od ponad sześćdziesięciu lat działa Sirius – elitarna, dwunastoosobowa jednostka marynarki wojennej Królestwa Danii, znana jako Patrol Psich Zaprzęgów. W ramach Joint Arctic Command wraz z jednostkami lotniczymi strzeże suwerenności autonomicznej Grenlandii.

W zaprzęgach biegają psy grenlandzkie qimmit – jedna z najstarszych ras psów na świecie. Niezawodne i wytrzymałe, pomogły niegdyś Amundsenowi zdobyć biegun południowy. Dziś niestety same są zagrożone wyginięciem.



◀ Lato w Nanortalik na Grenlandii



▲ Jazda psami zaprzęgowymi to jedna z lokalnych atrakcji

▼ Inuit wykonujący ewolucje w kajaku

Ciekawostką jest fakt, że badania archeogenetyczne ich DNA wskazują na wcześniejsze osadnictwo Inuitów niż wikingów na Grenlandii.

W CIENIU BISMARCKA I HOODA

Kurs prowadzi przez Cieśninę Duńską. Na lewej burcie w oddali migają światła latarni morskiej Óshólar na północnym wybrzeżu Islandii. Trochę buja, więc mam pacjentów cierpiących na chorobę morską. Uspokajająca rozmowa i domięśniowo podany Stemetil (prochlorperazyna) skutecznie redukuje objawy oraz... objętość daniny składanej Neptunowi. Nihil novi dla anestezjologa.

Rano morze uspokaja się niemal demonstacyjnie. Odbywa się skromna, ale wzruszająca ceremonia morska – wrzucenie do lodowatych głębin wiązanki kwiatów ku pamięci ofiar historycznej bitwy w Cieśninie Duńskiej. W maju 1941 r. duma Royal Navy, krążownik liniowy HMS Hood, wraz z 1415 marynarzami, wśród których było czterech polskich podchorążych, zatonął po trafieniu salwą pancernika Bismarck.

Po sześćdziesięciu latach dokładną lokalizację obu wraków – ponieważ Bismarck został zatopiony kilka dni później – ustalili znany amerykański oceanograf David Mearns. Brytyjczycy pamiętają o swoich bohaterach i nie jest to pierwsza taka ceremonia, w której uczestniczyłem. Wcześniej na Morzu Południowochińskim podczas anglikańskiej mszy morskiej oddawałem honory poległym



marynarzom HMS Prince of Wales i HMS Repulse. Ślad morskiego cmentarzyska wyznaczał wówczas nadal widoczny na powierzchni wyciek ropy z ich zbiorników.

W KRAJNIE NIEDŹWIEDZI POLARNYCH

Pod wieczór wpływamy do Cieśniny Księcia Christiana. To fascynujący system fiordów łączący Morze Irmingera z Morzem Labradorским. Otaczają go góry sięgające 2200 metrów wysokości, a sama cieśnina

oddziela południową Grenlandię od archipelagu Farewell.

Docieramy do Nanortalik. To najbardziej na południe wysunięte „miasteczko” Grenlandii. Liczy około 1050 mieszkańców i ma własny herb – trzy niedźwiedzie polarne na czerwonym tle. Nie bez powodu, ponieważ w języku Inuitów nazwa oznacza „miejsce, gdzie żyją niedźwiedzie polarne”.

Także tutaj rozwija się turystyka. Oferta aktywności jest imponująca: żeglowność i kajakarstwo

fot.: Shutterstock.com

fot.: Wojciech Pietrzyk

fot.: Wojciech Pietrzyk

► Na skok z burty statku do lodowatej morskiej wody decydują się tylko odważni

morskie pomiędzy górami lodowymi, wędkarstwo arktyczne, jazda psimi zaprzęgami czy hiking i wspinaczka na majestatycznych granitowych ścianach otaczających fiord Tasermit. Po wysiłku można odpocząć w gorących źródłach, podziwiając niezwykle arktyczne krajobrazy.

Dla odważnych dodatkową atrakcją był tzw. arctic splash, czyli skok z burty statku do lodowatej morskiej wody. Oczywiście z asekuracją członków załogi w kombinezonach termicznych i lekarza okrętowego z AED pod ręką.

W mojej pamięci Nanortalik zapisał się dwojako. Po pierwsze – suaasat, niezwykle sycąca, pierwotna w smaku zupa przygotowywana z mięsa wieloryba i fok, serwowana w miejscowym barze będącym zarazem prywatną kuchnią. Po drugie – pokaz niezwyklej umiejętności lokalnego kajakarza, który przy burcie naszego statku wykonywał niewiarygodne przewrotki i ewolucje. Te umiejętności przez wieki ratowały życie inuickim myśliwym, a z czasem stały się inspiracją dla współczesnego kajakarstwa.

Grenlandia oferuje bliski, nieskażony cywilizacją kontakt z naturą. Jednak tylko doświadczeni podróżnicy, najlepiej posiadający umiejętności z zakresu wilderness medicine, powinni samodzielnie podejmować takie wyzwania. Większość



foto.: Wojciech Pietrzyk

turystów powinna korzystać z pomocy lokalnych przewodników.

Wybierając się poza granice osad, jak w całej Arktyce, należy mieć przy sobie telefon satelitarny oraz strzelbę do obrony przed niedźwiedziami polarnymi.

NUUK I GRENLANDZKA CODZIENNOŚĆ

Konieczne trzeba odwiedzić również lokalne muzeum. W unikalnej i bogatej ekspozycji dzieje nordyckiej kolonizacji oraz inuickiej tożsamości splatają się w zrozumiałą dla przybysza opowieść. To właśnie tutaj można zrozumieć, dlaczego Grenlandia nie

powinna stać się kolejną gwiazdką na amerykańskiej fladze.

Jeszcze wyraźniej widać to podczas naszej kolejnej wizyty – tym razem w 20-tysięcznym Nuuk, stolicy autonomicznego terytorium. Zależność od Danii jest czymś naturalnym i powszechnie akceptowanym przez lokalną społeczność. Gwarantowany dostęp do bezpłatnej edukacji oraz ochrony zdrowia na każdym poziomie trudno porównywać z rozwiązaniami funkcjonującymi w Stanach Zjednoczonych.

Peqqik – tak nazywa się grenlandzki system ochrony zdrowia – zapewnia mieszkańcom wysoki standard bezpłatnej opieki medycznej, w tym usług stomatologicznych. Jako obywatele Unii Europejskiej możemy korzystać z niego wyłącznie w sytuacjach zagrożenia zdrowotnego, na podstawie karty EKUZ. Należy jednak pamiętać, że ewakuacja ratownictwo i ewakuacja medyczna do kraju są bardzo kosztowne, dlatego odpowiednie ubezpieczenie podróżne jest przy wyjeździe na Grenlandię absolutną koniecznością.

Choć postać polskiego żeglarza Jana z Kolna była wiązana z eksploracją Grenlandii, wiedza wielu Polaków o tej wyspie przez lata ograniczała się do kilku symbolicznych skojarzeń: igloo, Eskimosów i psich zaprzęgów. Zmieniła to dopiero wielka polityka. A może lepiej byłoby, gdyby ta odległa, piękna arktyczna kraina nadal zachowała część swojej tajemniczości i niedostępności? ●



◀ Grenlandia oferuje bliski i nieskażony cywilizacją kontakt z naturą

foto.: Wojciech Pietrzyk

EPIKRYZA (159)

Piramida zwierząt

Ministerialna próba uzupełnienia składki społecznych aktorów, plastyków, muzyków, tancerzy i pisarzy, którzy otrzymują głodowe gaże, zderzyła się z falą oburzenia.

W publicystyce podnoszone są bajątkowe kontrakty gwiazd, a czubek góry lodowej przesłania problemy twórców żyjących na granicy ubóstwa. I podobnie jak w dyskusji o zarobkach lekarzy fakty nie mają znaczenia.

Baśń braci Grimm „Muzykanci z Bremy” opowiada o przygodach zwierząt (osła, psa, kota i koguta), które zostały zmuszone do ucieczki z gospodarstw, gdy okazało się, że są już bezużyteczne dla właścicieli. Wyrzucenie poza nawias, mechanizmy łańcuchów pokarmowych, przedmiotowość relacji i zamykanie ust cenzurą jest tworzywem nurtów krytycznych, które wolność wypowiedzi realizują „pod prąd”, nierzadko w oparach skandalu i politycznych absurdów. Nic przecież aż tak nie boli widowni, jak pokazanie jej słabości, koniunkturalizmu i układu sekty niszczącej wszystkich, którzy mają odrębne zdanie. Życiową prawdą jest zasada, że aby wspiąć się na szczyt, trzeba pokonać wiele stopni, deptając plecy przyjaciół i współpracowników. Cel uświęca środki. Wstyd umarł. Zwycięzcy zawsze mają rację. I tylko czasem jakiś pisarczyk albo plastyczka, historyk z bożej łaski i brzęczący reporter próbują rewizji stanu rzeczy. W praktyce zawsze zostają sprowadzeni do parteru.

Warszawskie Spotkania Teatralne symbolizował w tym roku kaktus. Złamany kaktus. Specjaliści od symboli przedstawiają koleczastą roślinę jako połączenie skrajności, gdzie wytrwałość i odporność przenika się z izolacją i obroną, ale także samotnością. W takim też duchu wybrano spektakle, które w czerwcowe wieczory zapełniały po brzegi widownie stołecznych scen w Pałacu Kultury i Nauki.

Wśród nich znalazła się realizacja Michała Borczucha „Piramida zwierząt” z Narodowego Starego Teatru w Krakowie, która przypomniła postać Katarzyny Kozyry i jej pracy dyplomowej z 1993 r. Pracy skandalizującej, która wywołała rezonans społeczny i zbudowała międzynarodową pozycję rzeźbiarki. Narracja dramaturga była jednak szersza,

JAROSŁAW WANECKI
PEDIATRA, FELIETONISTA



ani chronologiczna, ani biograficzna. Scenariusz Mateusza Górniaka był raczej odsłoną procesów twórczych, toczenia dyskusji ważnych i jałowych, rozterek płycizn i natchnień, rytmów życia i poszukiwań odpowiedzi na pytanie, kim jest artysta i czy sztuką jest to, co najczęściej kupujemy? Ośmieszenie komercjalizacji i gloryfikacja trudnych w powszechnym odbiorze performance'ów zamieniło się jednak w pewnych sekwencjach w groteskę, a nawet zdziecinnienie bohaterów. Dlatego w opinii krytyków istotnym kontrapunktem jest w sztuce „Doktorek” – lekarz rzeźbiarki i jednocześnie kochanek, do bólu pragmatyczny i podważający artystyczną socjetę. Wchodząc w polemikę z mitologią wolności twórczej, przedstawiciel naszego zawodu symbolicznie rozbija wewnętrzną sielanę grupy skupionej wokół pracowni plastycznej „Kowalnia”, powtarzając krytykę przechodniów, polityków, duchownych i konserwatywnych dziennikarzy. Ciekawostką jest fakt, że w roli tej obsadzono Michała Badeńskiego – lekarza, który postanowił być aktorem. Dodatkową rekomendacją niech będą kreacje Małgorzaty i Krzysztofa Zawadzkich, którzy uświetnili w tym roku galę literacką konkursu „Przychodzi wena

do lekarza” im. Profesora Andrzeja Szczeklika.

Krok po kroku zdobywamy piramidę. Nauka nie jest przekonana do kolejności, w jakiej dochodzi się szczytu teorii Masłowa. Motywacje i zachowania ludzkie są bardziej irracjonalne i na pstrym koniu jeżdżą. Odstony piramid zdrowia potwierdzają, że nie wszystko, co zaprojektowane, jest stałe i nie zmieni się w miarę jedzenia, gdy apetyt wyborów wzrośnie. Piramidy finansowe oparte na obietnicy zysków przy braku działalności generującej przychód są elementem wiary, że koło fortuny nie zmiądzdy nadziei na bogactwo i lenistwo. Piramida zwierząt stała się przyczynkiem do rozmowy o granicach wolności artystycznej, etyce twórców i odpowiedzialności za dzieło.

W hierarchii potrzeb kultura jest elementem wzrostu. W mojej ocenie trudno bez niej żyć, więc naturalnym odruchem powinno być utrzymanie artystów i pasjonatów sztuki z narodowej kiesy. Także tych, a może przede wszystkim tych, których dzieła obnażają nasze słabości. Nawet złamany kaktus ma zadry, które bolą prawdą innej perspektywy. Medycyna jest sztuką patrzenia na chorobę z wielu punktów. Kultura jest jej bliźniaczą siostrą.

PO GODZINACH – PROZA

ANNA BRONOWICZ

Przychodzi
wena
do lekarzaOgólnopolski Konkurs Literacki
im. Prof. Andrzeja Szczeklika

Laureatka XV edycji Ogólnopolskiego Konkursu Literackiego dla Lekarzy im. Prof. Andrzeja Szczeklika „Przychodzi wena do lekarza”. I miejsce w kategorii proza.

Mieszka w Łomży. Ukończyła Wydział Lekarski Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku. W czasie studiów śpiewała w Chórze Akademii Medycznej w Białymstoku, uczestniczyła w wykonaniu wielu utworów symfoniczno-chóralnych w Filharmonii Podlaskiej. Odbiła szkolenie specjalizacyjne w zakresie interny w Klinice Nefrologii i Dializoterapii Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku (w ramach wolontariatu klinicznego), które kontynuowała w Łomży. Uzyskała specjalizację I i II stopnia z interny. Obroniła również pracę doktorską, której tematem był „Wpływ erytropoetyny na stężenie i aktywność TFPI u chorych ze schyłkową niewydolnością nerek, dializowanych i leczonych zachowawczo”. Obecnie jest zatrudniona na Oddziale Nefrologicznym Szpitala Wojewódzkiego w Łomży jako specjalista nefrolog.

W wolnym czasie maluje obrazy, śpiewa w lokalnych łomżyńskich chórach, bierze udział w imprezach dla muzykujących lekarzy. Uczestniczyła w Ogólnopolskiej Wystawie Malarstwa Lekarzy w Łodzi w 2019 oraz 2021 r. Pisuje „do szuflady”, ale ma w planie publikację swoich prac. Laureatka konkursu „Przychodzi wena do lekarza” w kategorii proza w 2021 r.

Dziennik z podróży do wnętrza czasu (wybrane fragmenty)

Prawdziwa podróż w czasie nie polega na cofaniu zegara, lecz na odnalezieniu w sobie dziecka, które wciąż potrafi się dziwić.

Dzień 1. 1 lutego. Dziś zrozumiałam, że starość to wyczerpanie życiowej energii. Nie ma jej skąd pobrać, wewnętrzne akumulatory w mitochondriach otrzymują ją w momencie poczęcia się życia wraz z instrukcją, jak długo mogą ją zużywać. Moja instrukcja przewidywała pięćdziesiąt pięć lat produkcji, i tyle, więcej już się nie da w tej samej cielesnej powłoce. No więc trzeba rozpocząć planowe wygaszanie reaktora, aby nie doszło do niekontrolowanej eksplozji...

Dzień 2. 2 lutego. Wspaniała organizacja Dignitas ze Szwajcarii czeka na moją deklarację w sprawie ostatecznej. To bardzo poważna i odpowiedzialna instytucja, zapewnia psychologiczne wsparcie w tym najważniejszym momencie. Uważa, że powinnam najpierw załatwić niezakończone sprawy życiowe. Zaczęłam się zastanawiać, jakie to mogą być sprawy. Właściwie całe moje życie składało się ze spraw rozpoczętych i niedokończonych... Ponieważ właśnie kończy się okres kolędowy, należałoby nagrać jeszcze parę kolęd: Lutosławskiego, Nowowiejskiego, Maklakiewicza – ale jak to zrobić z ręką w gipsie, bolącymi zębami, dusznością i twarzą zmęczoną i ziemistą. Chyba wybiorę wersję audio. Jedynie głos i fortepian. Tylko kogo to może zainteresować? Podejrzewam, że chyba tylko mnie samą... No ale trzeba choć głos swój uwiecznić. A więc do dzieła – fortepian już czeka zgłodniały, aby nakarmić go strumieniem dźwięków.

Kolejna niedokończona sprawa to opowiadania medyczne. Jakoś ostatnio moja przyjaciółka wena opuściła mnie, chyba wybrała się w podróż dookoła świata. I tu genialna myśl mi zabłysła: przecież to, co piszę w tej chwili, czyli dziennik odchodzenia, to świetny raport medyczny, niczym prosto z dyżuru w hospicjum. Co prawda, miałam na myśli raczej opowiadanie o radosnych Amazonkach na OnkoRejsie, ale to zostawiam komuś innemu. Spróbuję napisać również coś o mojej kuzynce Joasi, bo to w jakiś sposób się ze sobą łączy.

(...)

PO GODZINACH – BŁĄD MALARSKI

Za uszami

Ucho, które zrobiło największą karierę w historii sztuki, to niewątpliwie to, które Vincent van Gogh odciął sobie w szale po kolejnej kłótni z Paulem Gauguinem, a następnie obdarował nim prostytutkę z domu publicznego w Arles. Jego autoportret z obciętym uchem wszedł do kanonu sztuki współczesnej. Kilka wieków przed nim Jan van Eyck pochylił się nad uszami pewnego kardynała.



Jan van Eyck, „Kardynał Niccolò Albergati”, około 1435, Kunsthistorisches Museum, Wiedeń

Portretowany pokazany jest na ciemnym, jednolitym tle, w ujęciu en trois quarts. Van Eyck z precyzją oddaje pomarszczoną twarz kardynała, z wyrazistym nosem i ciemnymi żywymi oczami okolonymi pajęczyną kurzych łapek. Nie ma tu żadnych atrybutów, żadnego wizualnego kontekstu: widz stoi skonfrontowany jedynie z przedstawioną figurą. I tak naprawdę nie do końca wiadomo, na kogo patrzymy.

Chociaż obraz tradycyjnie nazywany jest portretem kardynała Albergatego, to jednak badacze podali jego tożsamość w wątpliwość. Sugerowano, że w istocie jest to portret angielskiego kardynała Henry'ego Beauforta. Bez względu na to,

AGATA MORKA
DOKTOR HISTORII SZTUKI



czy patrzymy tutaj na ucho włoskie, czy angielskie, van Eyck odmalował je z właściwym sobie przywiązaniem do szczegółu.

I dzięki temu właśnie na płątku usznym kardynała dostrzec można zastanawiającą ukośną zmarszczkę. Niektórzy badacze twierdzą, że jest to tak zwany znak Franka. Objaw ten został tak nazwany od nazwiska amerykańskiego lekarza, który zasugerował, że zmarszczka na uchu

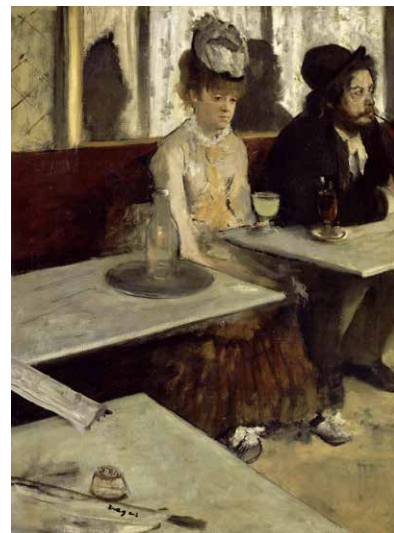
może wskazywać na zwiększone ryzyko chorób układu krążenia.

Czy to nadinterpretacja? Być może, biorąc jednak pod uwagę dbałość o szczegóły u van Eycka, można założyć, że rzeczywiście dostrzegł na uchu kardynała linię i oddał ją na portrecie. Obraz pozostaje tajemniczą tak pod względem obecności znaku Franka, jak i tożsamości samego kardynała. Do dziś nie wiemy, co ma za uszami. ●

Rozwiązanie zagadki z „GL” 6/26

Szczegóły różniące obrazy:

- 1. Usunięcie odbić w lustrze**
Ogromne lustro to bardzo często spotykana dekoracja w paryskich kawiarniach w XIX wieku.
- 2. Zmiana koloru absyntu w kieliszku kobiety na szmaragdowo-zielony.**
Absynt ma zazwyczaj kolor zielono-żółty lub szmaragdowozielony. Ten zielonkawy odcień zawdzięcza dodatkowi piołunu.
- 3. Usunięcie fajki mężczyzny.**
W obrazach impresjonistycznych często spotyka się elementy ucięte ramą płótna. Takie kompozycje przypominają nieco kadrowanie zdjęć.
- 4. Dodanie czarnej kokardy na szyi kobiety.**
Czarna kokarda, szczególnie z aksamitki, przywołać mogłaby na myśl sławną „Olimpię” Maneta.



Edgar Degas, „W kawiarni”, 1875-1876, Muzeum Orsay, Paryż

WSKAŹ ORYGINAŁ I ZNAJDŹ CZTERY SZCZEGÓŁY RÓŻNIĄCE OBRAZY.

Odpowiedź prześlij na bladmalarski@gazetalekarska.pl do xx xxx 2026 r.

W temacie maila należy wpisać GL07/08 oraz podać dane do kontaktu (imię i nazwisko, adres, telefon). Jedna osoba może przesłać jedną odpowiedź.

NAGRODZENI „GL” 6/26

Voucher do Hotelu Prezydent**** Medical SPA & Wellness w Krynicy-Zdroju otrzymuje Aleksandra Kozieł (Kraków)

Nagrody dodatkowe: Małgorzata Retzlaff (Gdynia), Rafał Astapczyk (Białystok), Bożena Graboń-Syrzistie (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 – SPORT

Gra na ostro

Jestem lewonożny, więc trenerzy chcieli, żebym grał jak Arjen Robben – mówi z uśmiechem nowy przewodniczący Komisji ds. Sportu Naczelnej Rady Lekarskiej **Marcin Sobotka** w rozmowie z Piotrem Kościelniakiem.

Jak idą przygotowania do Igrzysk Lekarskich? Czy wszystko już dopięte na ostatni guzik?

Tegoroczne Igrzyska Lekarskie to tak naprawdę dziecko poprzedniego przewodniczącego Komisji ds. Sportu Marcina Szcześniaka. On się tym zajmuje i z tego, co wiem, to wszystkie rzeczy są już ustalone i zorganizowane. Tak naprawdę, to wszystkie decyzje są podejmowane już w lutym i marcu, wtedy też podpisywane są umowy. A zatem mogę powiedzieć, że wszystko jest gotowe na przyjazd zawodników i dopięte na ostatni guzik.

Naczelna Rada Lekarska niespełna tydzień temu wybrała Pana na przewodniczącego Komisji ds. Sportu. Trochę mało czasu, żeby coś jeszcze na igrzyskach zmienić. Będzie Pan tylko przecinał wstęgi?

Przygotowanie do Igrzysk Lekarskich to zasługa Komisji ds. Sportu poprzedniej kadencji. Myślę, że to właśnie oni powinni te wstęgi przecinać, bo organizacja igrzysk to wysiłek zbiorowy. Ja osobiście jestem osobą, która niespecjalnie lubi być na świeczniku. Znacznie bardziej interesuje mnie, żeby to była fajna impreza, na dobrym poziomie sportowym i organizacyjnym. Chcę, żeby nasi koledzy i koleżanki dobrze się bawili, żeby całe rodziny mogły przyjechać do Cetniewa, brać udział w rywalizacji i się integrować.

Jest pan również prezesem Stowarzyszenia Polski Związek Piłki Nożnej Lekarzy.

Tak. Teraz przechodzimy restrukturyzację i zamiast stowarzyszenia będzie fundacja, bo uznaliśmy, że

będzie to lepiej funkcjonowało pod względem formalnoprawnym. Jest to też ostatni okres mojego działania jako przewodniczącego – w fundacji będzie nowa struktura i władze. Myślę, że koledzy, którzy również działają w stowarzyszeniu, będą chcieli wziąć większą odpowiedzialność za jej funkcjonowanie.

Stowarzyszenie, a za chwilę fundacja, zajmuje się częścią sportu lekarzy – głównie repre-

Turniej piłkarski to zawsze jest gra na ostro. Chcemy udowodnić sobie i kolegom, że potrafimy być najlepsimi, ale po meczu zawsze są uściski dłoni i gratulacje dla zwycięzców

zentacją Polski lekarzy w piłce nożnej. Naszym zadaniem jest zabezpieczenie reprezentacji pod względem prawnym i finansowym. Wyjazdy na mistrzostwa świata to bardzo duży wysiłek logistyczny. To są przedsięwzięcia, które trzeba organizować w oparciu o konkretne ramy prawne. W tym roku Mistrzostwa Świata Lekarzy w Piłce Nożnej odbywają się w Kostaryce, więc przygotowanie wyjazdu dla 25 zawodników i całego sztabu szkoleniowego to naprawdę duże przedsięwzięcie.

Czyli sport wypełnia już sporą część pańskiego życia. Gra pan regularnie?

Jestem cały czas aktywnym zawodnikiem. Jako członek Wojskowej Izby Lekarskiej od 2005 r. zorganizowałem i aktywne uczestniczę we wszystkich mistrzostwach krajowych i na szczeblu międzynarodowym. Generalnie wywodzę się z piłki nożnej i to jest moja konkurencja, dyscyplina najbliższa mojemu sercu. Trenowałem też wiele innych dyscyplin m.in. lekkoatletycznych: biegi sprinterskie i średniodystansowe. Grałem też w siatkówkę i koszykówkę. Ale zawsze najważniejsza dla mnie była piłka nożna. To moja dyscyplina, którą kocham i najbardziej lubię ją trenować.

Teraz, w związku z wiekiem – bo mam już 46 lat – muszę pomalutku myśleć, że nie jestem już w stanie grać na takim poziomie, na jakim bym chciał, i odpowiednio wspierać drużynę. Pozostaje mi działać w inny sposób – organizacyjnie.

Na jakiej pozycji Pan gra najczęściej?

Grałem zawsze na lewej stronie. Lewa pomoc, później lewa obrona. To dwie najczęstsze pozycje. W trakcie meczu są często płynne przejścia z jednej formacji w drugą, więc generalnie lewa strona boiska – z racji tego, że jestem lewonożny. Aktualnie gram na lewej obronie. Natomiast zdarzało się, że trenerzy próbowali mnie przerzucać na prawą stronę. Chcieli, żebym robił jak Arjen Robben, też lewonożny zawodnik – grał na prawym skrzydle i schodził do środka, a później strzelał lewą nogą.

Skoro już mówimy o wielkiej piłce – komu Pan kibicuje podczas mundialu?

Kibicuję Hiszpanii, ale po bezbramkowym remisie z Republiką Zielonego Przylądka nabrałem wątpliwości. A tak na serio, to mam nadzieję, że jeszcze pokażą się z dobrej strony i wysoko zajdą.

Myślę, a zauważam ten efekt również podczas naszych wyjazdów na mistrzostwa świata, że europejskie zespoły cierpią z powodu zmiany stref czasowych i ze względu na brak wystarczającej aklimatyzacji. Te rzeczy mają wpływ na formę, na wydolność zawodników i na to, jak drużyna gra, szczególnie w początkowej fazie turnieju. Wydaje mi się, że zawodnicy europejskich drużyn jeszcze nie zaadaptowali się do warunków i nie weszli jeszcze na najwyższe obroty.

Pan sam już startował w Igrzyskach Lekarskich?

O tak! W Igrzyskach Lekarskich startuję praktycznie od zawsze, chyba od 2005 r. Policzmy – to będzie 21 startów.

W tym roku będzie Pan w Cetniewie jako szef Komisji ds. Sportu czy jako zawodnik?

Będę w obu tych rolach i jako zawodnik, i jako szef komisji. Wojskowa Izba Lekarska od 2005 r. wystawia drużynę piłkarską. Przez tych ponad 20 lat mojej gry w tej drużynie osiągnęliśmy wiele sukcesów. Chociaż na Igrzyskach Lekarskich jeszcze nie udało nam się zdobyć złotego medalu w turnieju piłkarskim. Kiedyś startowałem w innych konkurencjach – biegach na 100 metrów, 400 i 1500, zdobywałem też złote medale, ale dziś już siły nie pozwalają, żeby łączyć turnieje piłkarski z innymi konkurencjami, szczególnie biegowymi.

Dla części lekarzy sport jest sposobem na oderwanie się od obowiązków zawodowych. Są też tacy, którzy mówią, że konkretna dyscyplina sportu pozwala im być lepszymi lekarzami. Jak to jest u Pana? Wytchnienie czy samodoskonalenie?



fot.: archiwum własne

◀*Dwie godziny biegasz za piłką i nic innego cię nie interesuje. Taki reset jest każdemu potrzebny – mówi Marcin Sobotka o roli sportu w życiu lekarza*

w tych samych dniach i godzinach. Później, na etapie pracy zawodowej, sport pozostawał ostatecznością, ale uczył również samodyscypliny. Masz ustalone terminy treningów, wyjazdów na turniej i musisz się ich trzymać.

Dla starszych osób – nie tylko lekarzy – uprawianie sportu ma też oczywiste efekty zdrowotne – pozwala im dłużej normalnie funkcjonować. No i nie zapominajmy o integracji po samych zawodach – to zawsze jest doskonała okazja, żeby się spotkać i pogadać. Tak będzie również teraz w Cetniewie.

Wracając do igrzysk i znaczenia sportu – turniej piłkarski to zawsze jest gra na ostro, zawodnicy nie odstawiają nogi. Jeżeli chodzi o mężczyzn, jest to też forma rywalizacji, czyli coś, co również jest w życiu potrzebne. Te turnieje czasem są dość brutalne, puszczają nerwy, pojawiają się czerwone kartki i agresywne faule. Dzieje się tak, bo chcemy udowodnić sobie i kolegom z zespołu, że jesteśmy dobrzy i że potrafimy być najlepsi. Ale zawsze po zawodach są uściski ręki i gratulacje dla zwycięzców. Staramy się zawsze, żeby nie przekraczać pewnej granicy w tych rywalizacjach.

Na koniec chciałem jako przewodniczący Komisji ds. Sportu NRL zachęcić wszystkich do kontaktu ze mną, jeśli chcecie organizować jakieś zawody ogólnopolskie lub potrzebujecie wsparcia NIL w waszych przedsięwzięciach sportowych. Wszystkie wnioski i sugestie będą przez cały skład komisji rozpatrywane z wielką uwagą i wszędzie tam, gdzie możemy pomóc, będziemy was wspierać. ●

Na różnych etapach mojego życia sport miał trochę inną rolę. Jeśli chodzi o młodego lekarza, to była to kontynuacja pracy czysto fizycznej, która

Przygotowania do Igrzysk Lekarskich to zasługa Komisji ds. Sportu poprzedniej kadencji i to jej członkowie powinni przecinać wstęgi

jest potrzebna, żeby normalnie funkcjonować. Była to również odskocznia od życia zawodowego – dwie godziny biegasz za piłką i nic innego cię nie interesuje. Taki reset jest każdemu potrzebny. Na studiach grało się w poniedziałki i środy od godziny 20 do 22, a kiedy studia się skończyły, mój organizm nadal się domagał wysiłku

PO GODZINACH – SPORT

Rywalizacja nad Bałtykiem

Otwarcie 23. Igrzysk Lekarskich tuż, tuż. W tym roku odbywają się w dniach 26–30 sierpnia w Centralnym Ośrodku Sportu w Cetniewie. To już ostatnia chwila na rejestrację.

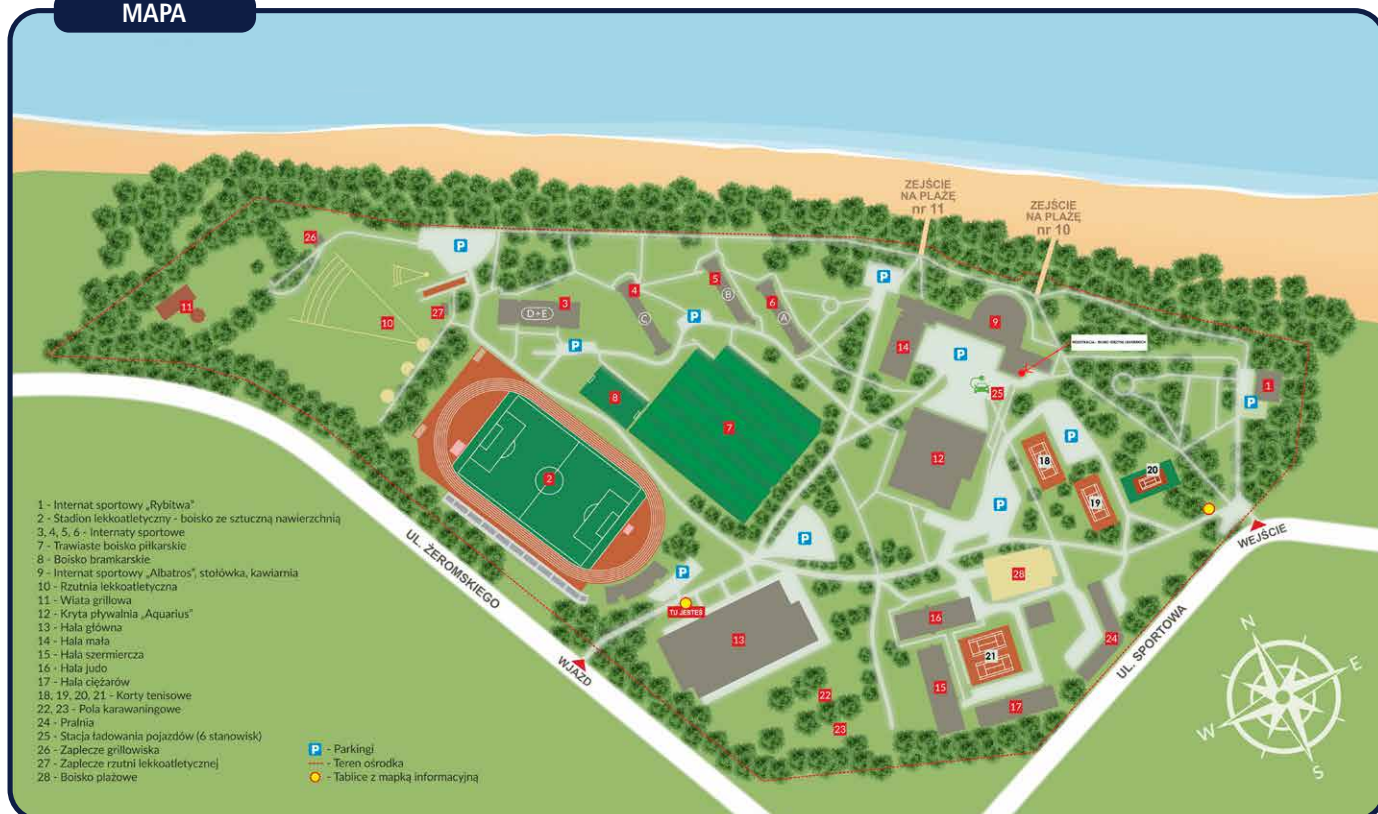
Lekarze sportowcy będą rywalizowali m.in. w nordic (beach) walkingu, badmintonie, pływaniu, siatkówce plażowej i halowej, koszykówce, lekkiej atletyce, brydżu, piłce nożnej, tenisie ziemnym i stołowym, trójboju siłowym, cross-country, kolarstwie górskim i szosowym, pływaniu, golfie, triathlonie oraz strzelectwie. W zawodach oczywiście mogą brać udział nie tylko lekarze, lecz także osoby towarzyszące i studenci kierunków lekarskiego i lekarsko-dentystycznego.

Co zrobić, aby wziąć udział w tym wydarzeniu? Należy zacząć od odwiedzenia strony igrzyska.nil.org.pl, na której trzeba się zarejestrować. Po rejestracji należy dokonać opłaty – wpisowe zależy od daty wypełnienia formularza zgłoszeniowego. Przed 11 sierpnia lekarze i lekarze dentyści, osoby towarzyszące, które chcą startować – zapłacą 500 zł. Uczestnicy powyżej 65. roku życia, osoby towarzyszące niestartujące oraz dzieci w wieku 16–17 lat

zapłacą 250 zł. Po 11 sierpnia opłaty nieznacznie wzrosną – odpowiednio do 600 i 300 zł. Szczegółowe dane o płatnościach znajdują się na stronie organizatora, czyli Naczelnej Izby Lekarskiej (nil.org.pl).

Co czeka sportowców w Cetniewie? Publikujemy aktualny harmonogram zawodów, warto jednak wziąć pod uwagę, że NIL zastrzega sobie prawo wprowadzania zmian w agendzie wydarzenia.

MAPA



23. IGRZYSKA LEKARSKIE

ŚRODA 26 sierpnia 2026 r.

- 10.00–20.00 **rejestracja uczestników**, Biuro Igrzysk Lekarskich (budynek Albatros, parter obok recepcji, pozycja na mapie nr 9)
- 11.00 **beach walking** (zbiórka uczestników przed zejściem na plażę numer 10)
- 17.00 **kolarstwo** – jazda indywidualna na czas – 5,5 km (Dąbrówka–Kowalka, gm. Gniewino)
- 18.00–23.00 **badminton** (zbiórka uczestników, hala sportowa mała, pozycja na mapie nr 14)

OBIEKTY – POZYCJE NA MAPIE

- 2 Stadion lekkoatletyczny
- 7 Trawiaste boisko piłkarskie
- 9 Budynek Abatros
- 10 Rzutnia lekkoatletyczna
- 11 Namiot obok wiaty grillowej
- 12 Kryta pływalnia Aquarius
- 13 Hala główna
- 14 Hala sportowa mała
- 15 Hala szermiercza
- 17 Hala ciężarów
- 18 19 20 21 Korty tenisowe
- 28 Boisko plażowe



Prosimy o przybycie co najmniej 10 minut przed planowanym startem, planowane godziny startu mogą ulec zmianie, szczegółowy harmonogram startu w danych kategoriach zostanie podany w dniu zawodów.

CZWARTEK 27 sierpnia 2026 r.

- 7.00–15.00 **rejestracja uczestników**, Biuro Igrzysk Lekarskich (budynek Albatros, parter obok recepcji, poz. na mapie nr 9)
- 8.00–18.00 **siatkówka plażowa** (boisko plażowe, poz. na mapie nr 28)
- 9.00–18.00 **piłka nożna** (trawiaste boisko piłkarskie, poz. na mapie nr 7)
- 9.00–18.00 **tenis ziemny** (kort tenisowy, poz. na mapie nr 18)
- 9.00–12.00 **kolarstwo szosowe** (Dąbrówka–Kowalka–Chynowie–Brodnica–Dąbrówka, gm. Gniewino)
- 11.00–14.00 **lekkoatletyka – rzut dyskiem** (rzutnia lekkoatletyczna, poz. na mapie nr 10)
- 11.00–12.00 kobiety ABCDEF, S i OT
- 12.00–13.00 mężczyźni CDEF
- 13.00–14.00 mężczyźni AB, S, OT
- 12.00 **dzieci – skok w dal** (stadion lekkoatletyczny, poz. na mapie nr 2)
- 13.30–16.00 **pływanie** (kryta pływalnia Aquarius, strefa basenowa, poz. na mapie nr 12)
- 13.30–14.00 odprawa techniczna i rozgrzewka
- 14.00–14.30 50 m styl klasyczny
- 14.30–15.00 50 m styl motylkowy
- 15.00–15.30 100 m styl dowolny
- 15.30–16.00 25 m styl dowolny dzieci
- 14.00–17.30 **lekkoatletyka – biegi** (stadion lekkoatletyczny, poz. na mapie nr 2)
- 14.00 biegi 200 m – mężczyźni CDEF
- 14.30 biegi 200 m – mężczyźni AB, S, OT
- 15.30 biegi 200 m – kobiety ABCDEF, S i OT
- 16.00 bieg 3000 m – kobiety ABCDEF, S i OT
- 16.30 bieg 5000 m – mężczyźni ABCDEF, S i OT
- 14.00–17.30 **lekkoatletyka – skok w dal** (stadion lekkoatletyczny, poz. na mapie nr 2)
- 14.00–15.00 kobiety ABCDEF, S i OT
- 15.00–16.00 mężczyźni CDEF
- 16.00–17.00 mężczyźni AB, S, OT
- 15.00–22.00 **koszykówka tradycyjna** (zbiórka uczestników w hali głównej, poz. na mapie nr 13)
- 19.00 **oficjalne otwarcie 23. Igrzysk Lekarskich**, ceremonia medalowa (namiot obok wiaty grillowej, poz. na mapie nr 11)
- 20.00–23.00 **kolacja grillowa, koncert** (wiaty grillowa)
- 21.00 **brydż** (budynek Albatros, poz. na mapie nr 9, sala 313)

23. IGRZYSKA LEKARSKIE

PIĄTEK 28 sierpnia 2026 r.

- 8.00–15.00** rejestracja uczestników, Biuro Igrzysk Lekarskich (budynek Albatros, parter obok recepcji, poz. na mapie nr 9)
- 9.00–16.00** strzelectwo (Gdynia Oksywie – obiekty AMW)
- 9.00–18.00** piłka nożna (trawiaste boisko piłkarskie, poz. na mapie nr 7)
- 9.00–15.00** siatkówka (hala główna, poz. na mapie nr 13)
- 9.00–12.00** koszykówka – turniej rzutów (hala główna, poz. na mapie nr 13)
- 9.00–18.00** tenis stołowy (hala szermiercza, poz. na mapie nr 15)
- 9.00–18.00** tenis ziemny (korty tenisowe, pozycje na mapie nr 18, 19, 20, 21)
- 9.00–12.00** pływanie (kryta pływalnia Aquarius, strefa basenowa, poz. na mapie nr 12)
- 9.00–9.30** odprawa techniczna i rozgrzewka
- 9.30–10.00** 50 m styl dowolny
- 10.00–10.30** 50 m styl grzbietowy
- 10.30–11.00** 400 m styl dowolny
- 10.00–13.00** lekkoatletyka – rzut oszczepem (rzutnia lekkoatletyczna, poz. na mapie nr 10)
- 10.00–11.00** kobiety ABCDEF, S i OT
- 11.00–12.00** mężczyźni CDEF
- 12.00–13.00** mężczyźni AB, S, OT
- 11.00–15.00** lekkoatletyka – biegi (stadion lekkoatletyczny, poz. na mapie nr 2)
- 10.30–11.00** dzieci – bieg 60 m
- 11.00–12.00** bieg 100 m – kobiety ABCDEF, S i OT
- 12.00–13.00** bieg 100 m – mężczyźni CDEF
- 13.00–13.30** bieg 100 m – mężczyźni AB, S, OT
- 13.30–14.00** bieg 1500 m – kobiety ABCDEF, S i OT
- 14.00–15.00** bieg 1500 m – mężczyźni ABCDEF, S i OT
- 13.00–16.00** kolarstwo górskie (trasa rowerowa wokół jeziora Dąbrze)
- 14.00–17.00** lekkoatletyka – pchnięcie kulą (rzutnia lekkoatletyczna, poz. na mapie nr 10)
- 14.00–15.00** kobiety ABCDEF, S i OT
- 15.00–16.00** mężczyźni CDEF
- 16.00–17.00** mężczyźni AB, S, OT
- 15.00–20.00** siatkówka plażowa (boisko plażowe, poz. na mapie nr 28)
- 16.00–24.00** trójbój siłowy (hala ciężarów, poz. na mapie nr 17)
- 16.00–18.00** kobiety
- 21.00–24.00** mężczyźni
- 17.00–18.00** cross-country – droga leśna Leśnictwa Dąbrówka
- 19.00** ceremonia medalowa (namiot obok wiaty grillowej, poz. na mapie nr 11)
- 20.00–23.00** kolacja grillowa, koncert (wiata grillowa)

SOBOTA 29 sierpnia 2026 r.

- 8.00–15.00** rejestracja uczestników, Biuro Igrzysk Lekarskich (budynek Albatros, parter obok recepcji, poz. na mapie nr 9)
- 9.00–12.00** piłka nożna (trawiaste boisko piłkarskie, poz. na mapie nr 7)
- 9.00–15.00** siatkówka (hala główna, poz. na mapie nr 13)
- 9.00–16.00** tenis stołowy (hala szermiercza, poz. na mapie nr 15)
- 9.00–17.00** tenis ziemny (korty tenisowe, pozycje na mapie nr 18, 19, 20, 21)
- 9.00–11.00** pływanie (kryta pływalnia Aquarius, strefa basenowa, poz. na mapie nr 12)
- 9.00–9.30** odprawa techniczna i rozgrzewka
- 9.30–10.00** 100 m styl klasyczny
- 10.00–10.30** 100 m styl zmienny
- 10.30–11.00** sztafety
- 10.00–13.00** lekkoatletyka – rzut ciężarkiem (rzutnia lekkoatletyczna, poz. na mapie nr 10)
- 10.00–11.00** kobiety ABCDEF, S i OT
- 11.00–12.00** mężczyźni CDEF
- 12.00–13.00** mężczyźni AB, S, OT
- 11.00–15.30** lekkoatletyka – biegi (stadion lekkoatletyczny, poz. na mapie nr 2)
- 11.00–12.00** bieg 400 m – kobiety ABCDEF, S i OT
- 12.00–13.00** bieg 400 m – mężczyźni ABCDEF, S i OT
- 14.30–15.30** sztafeta 4x100 m
- 11.30–14.30** lekkoatletyka – skok wzwyż (stadion lekkoatletyczny, poz. na mapie nr 2)
- 11.30–12.30** kobiety ABCDEF, S i OT
- 12.30–13.30** mężczyźni CDEF
- 13.30–14.30** mężczyźni AB, S, OT
- 13.30** dzieci – rzut piłeczką (rzutnia lekkoatletyczna, poz. na mapie nr 10)
- 15.00–17.00** triathlon – rower (Salino–Dąbrówka–Kowalka, gm. Gniewino – 2 pętle), bieg (trasa leśna), pływanie (jezioro Dąbrze)
- 19.00** ceremonia medalowa (namiot obok wiaty grillowej, poz. na mapie nr 11)
- 20.00–23.00** zakończenie 23. Igrzysk Lekarskich, kolacja grillowa, zabawa integracyjna z DJ (wiata grillowa, poz. na mapie nr 11)

PO GODZINACH – SPORT

Pół tysiąca ratowników

W środę 10 czerwca dzięki wspólnej akcji Lotniczego Pogotowia Ratunkowego, Fundacji Jednym Śladem i DoctorMotoClub przybyło w Polsce ponad 500 nowych świadomych ratowników.

Pomysł na zorganizowanie szkolenia skierowanego do dzieci szkolnych i przedszkolnych zrodził się podczas listopadowego Światowego Zjazdu Polonijnych Środowisk Medycznych „Save a Life”. Postanowiliśmy zmienić przerażające statystyki wypadków na hulajnogach – od stycznia do sierpnia 2025 r. zarejestrowano 11 ofiar śmiertelnych i ponad 1100 rannych w wieku 14–17 lat.

Na terenie lotniska Lotniczego Pogotowia Ratunkowego w Warszawie odbył się pierwszy Piknik Edukacyjny „Wiedza ratuje życie”, na którym przygotowaliśmy wiele atrakcji: możliwości zajęcia miejsca w fotelu pilota śmigłowca LPR-u, „zwiedzenia” wozu straży pożarnej, radiowozu policji oraz karetki i motocykla ratunkowego.

Nasi goście uczyli się podstaw pierwszej pomocy i bezpiecznego zachowania na drodze. Na stoisku DoctorMotoClub mogli sami się przekonać, jak ważna jest ochrona



głowy i kończyn, próbując na specjalnym urządzeniu zniszczyć kask rowerowy i ochraniacze stawów. Zobaczyli również, jak działa i zabezpiecza kamizelka powietrzna, a na specjalnym stanowisku mogli „jechać” na rowerze, w który uderza pędzący

samochód (z miękkiej pianki, ale wyglądał jak prawdziwy).

Goście pikniku uczestniczyli w inscenizacji wypadku drogowego z udziałem pozoranta na hulajnodze elektrycznej. Mogli prześledzić cały „łańcuch przeżycia” – od wezwania przez świadka zdarzenia pomocy, po przyjazd motocykla ratunkowego, policji, straży pożarnej, karetki, przylot śmigłowca LPR.

Najważniejszą lekcją wyniesioną tego dnia przez uczestników było zrozumienie, że kluczową i niezbędną do uruchomienia całego „łańcucha przeżycia” jest szybkie wezwanie pomocy – jeśli nie zareagujesz, nikt nie przyjedzie.

Dlatego jesteśmy trochę spokojniejsi, mamy ponad 500 nowych świadomych młodych ratowników wyposażonych w wiedzę i odwagę działania.

Piotr „Margol” Markowski
www.doctormotoclub.pl



Lekarze dzieciom

Komisja Kultury Okręgowej Rady Lekarskiej w Lublinie zaprasza piszących lekarzy i lekarzy dentyistów do udziału w X Ogólnopolskim Konkursie Poetycko-Literackim „Lekarze dzieciom”. Konkurs odbywa się pod patronatem

„Gazety Lekarskiej”. Termin nadsyłania prac upływa 31 października 2026 r. Uroczyste wręczenie nagród zaplanowano na 12 grudnia 2026 r. Regulamin oraz formularz zgłoszeniowy są dostępne na stronie <https://kultura.oil.lublin.pl>.

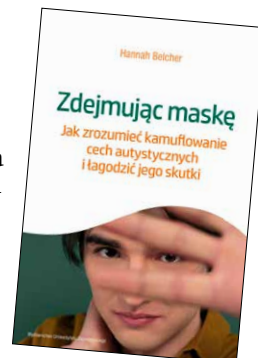
Jak odzyskać siebie w świecie oczekiwania

Książka Hannah Belcher to ważna i potrzebna publikacja poświęcona zjawisku maskowania cech autystycznych. Autorka, psycholożka i badaczka w spektrum autyzmu, łączy wyniki najnowszych badań naukowych z osobistymi doświadczeniami oraz historiami innych osób autystycznych. Pokazuje, dlaczego kamufłowanie własnych potrzeb i zachowań często staje się strategią przetrwania w neurotypowym świecie, ale też jak wysoką cenę można za nie zapłacić – w postaci przewlekłego stresu, wyczerpania, lęku czy utraty poczucia własnej tożsamości.

Atutem książki jest jej praktyczny charakter. Czytelnik znajdzie tu narzędzia pomagające rozpoznać własne

wzorce maskowania oraz ćwiczenia oparte na sprawdzonych metodach terapeutycznych. „Zdejmując maskę” to nie tylko źródło wiedzy, ale także przewodnik wspierający budowanie bardziej autentycznego życia. Warto po książkę sięgnąć, zarówno będąc osobą w spektrum autyzmu, jak i specjalistą pracującym z osobami neuro różnorodnymi.

Hannah Belcher, „Zdejmując maskę”, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego



Przypadek Crownsville

Przejmujący reportaż o wstrząsających praktykach stosowanych w szpitalu psychiatrycznym w Crownsville (Maryland, USA). Placówka została otwarta w 1911 r. i była przeznaczona tylko dla czarnoskórych pacjentów. Dziennikarka NBC News Antonia Hylton sięga do najmroczniejszych kart historii tego miejsca, przeprowadzając własne śledztwo pokazujące skalę systemowej niesprawiedliwości i nadużyć, jakich mieli doświadczyć przebywający tam pacjenci. To także – w pewnym sensie – opowieść osobista.

Antonia Hylton, „Szaleństwo. Rasizm i przemoc w szpitalu psychiatrycznym w Crownsville”, Bo.wiem – Wydawnictwo UJ

POZ a badania kliniczne

Praktyczne kompendium wiedzy dla lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, których pacjenci biorą pod uwagę udział w badaniach klinicznych. Znajdziemy w nim między innymi informacje na temat roli lekarza POZ w procesie informowania pacjentów, oceny bezpieczeństwa oraz kierowania do badań. Autorzy wyjaśniają także zasady prawne i etyczne obowiązujące w Polsce i Unii Europejskiej. Opracowanie przygotowali eksperci Centrum Wsparcia Badań Klinicznych Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie. Publikacja jest dostępna bezpłatnie w formie e-booka.

„Pacjenci w badaniach klinicznych. Kompendium dla lekarza podstawowej opieki zdrowotnej”, CWBK PUM



Dialogi o starości

Prof. Jerzy Bralczyk wspólnie z lekarzami przygląda się temu, jak postrzegamy starość – zarówno z perspektywy językowej, kulturowej oraz medycznej, ale też osobistej. Przeprowadzone rozmowy pokazują, jak sposób mówienia o starości oraz tworzony przez nas jej obraz wpływają na to, jak ją rozumiemy. Rozważania autorów prowadzą do różnorodnych, czasem zaskakujących wniosków i uświadamia-

ją, że to w dużej mierze od nas zależy, czy przemijanie uznamy za chorobę, dar, „ostatnią prosta”, czy może jedno z najbardziej uniwersalnych doświadczeń człowieka.

Jerzy Bralczyk, Janina Kokoszka-Paszkot, Artur Mamcarz, Leszek Czupryniak, „Choroba czy dar”, Wydawnictwo PZWL



WSPOMNIENIE

Słowo o prof. Zdzisławie Gajdzie

Z głębokim smutkiem i żalem pożegnałem 10 czerwca br. na Cmentarzu Rakowickim w Krakowie prof. dr. hab. n. med. Zdzisława Gajdę, mojego przyjaciela, z którym przeżyliśmy w ostatnich latach wiele niezapomnianych, ciekawych i mądrych chwil. Zdzisław odszedł 3 czerwca, przeżywszy dziewięćdziesiąt pięć lat.

Był wybitnym lekarzem, dentystą, ortodontą, a także historykiem medycyny i jednym z najwybitniejszych przedstawicieli akademickiej tradycji Uniwersytetu Jagiellońskiego. Nie należy zapominać, że był także członkiem Unii Polskich Pisarzy Lekarzy. Mimo sędziwego wieku z wielką radością uczestniczył w corocznych sympozjach naszego pisarskiego stowarzyszenia. Była autorem dziesięciu książek z zakresu historii medycyny, które znajdują się w zbiorach Biblioteki Unii Polskich Pisarzy Lekarzy, wydawcą „Antologii poezji o ulicy Kopernika w Krakowie”.

Lubił pisać krótkie opowiadania dotyczących chwil z Jego życia, jak je określał „memuarki”, ubarwiając je nierzadko dowcipem i humorem. Mnie szczególnie przypadła do gustu książka Jego autorstwa „Przewodnik po Krakowie dla medyków” z dedykacją od autora.

Jako lekarz i nauczyciel akademicki wychował pokolenia lekarzy dentystów, ucząc ich nie tylko rzemiosła, lecz także odpowiedzialności, wrażliwości i szacunku dla pacjenta. Jako historyk medycyny potrafił z niezwykłą elegancją, ale i poczuciem humoru odsłaniać duchowe i intelektualne korzenie sztuki lekarskiej, przypominając, że medycyna jest nie tylko nauką, lecz także dziedzictwem, pamięcią i zobowiązaniem wobec tych, którzy byli przed nami. Był bardzo życzliwy ludziom, cieszył się i doceniał ich osiągnięcia. Był pełen pomysłów,



fot. archiwum prywatne

▲ Prof. Zdzisław Gajda lubił pisać krótkie opowiadania dotyczące chwil z życia

a jego kreacja i dążenia do ich realizacji, upór i wytrwałość były naprawdę godne podziwu. Miałem okazję prowadzić z nim wiele rozmów na temat historii medycyny, filozofii, etyki, kultury, pamięci ludzkiej. Tracimy w Nim wspaniałego człowieka, lekarza, twórcę i miłośnika słowa. ●

Prof. Waldemar Hładki
Prezes Unii Polskich
Pisarzy Lekarzy

PO GODZINACH – KULTURA

Plener fotograficzny

Lubelska Izba Lekarska oraz Komisja Kultury Okręgowej Rady Lekarskiej w Lublinie wraz z Naczelną Izbą Lekarską zapraszają pasjonatów fotografii do udziału w 13. Ogólnopolskim Plenerze Fotograficznym Lekarzy, który odbędzie się w dniach 7–13 września w Kazimierzu Dolnym nad Wisłą. Wpisowe: 1,3 tys. zł. Dodatkowe informacje na stronie internetowej <https://kultura.oil.lublin.pl>.

Konkurs fotograficzny

Lubelska Izba Lekarska i Uniwersytet Medyczny w Lublinie we współpracy z Lubelskim Towarzystwem Fotograficznym i Związkiem Polskich Artystów Fotografików Okręg Lubelski ogłaszają XV Ogólnopolski Konkurs Fotograficzny Lekarzy i Studentów Medycyny. Kluczowe terminy: nadsyłanie prac – do 31 października, rozstrzygnięcie konkursu – do 21 listopada, wernisaż z wręczeniem nagród – 12 grudnia. Szczegółowe informacje są dostępne na stronie internetowej LIL.

XV OGÓLNOPOLSKI KONKURS FOTOGRAFICZNY LEKARZY I STUDENTÓW MEDYCYNY

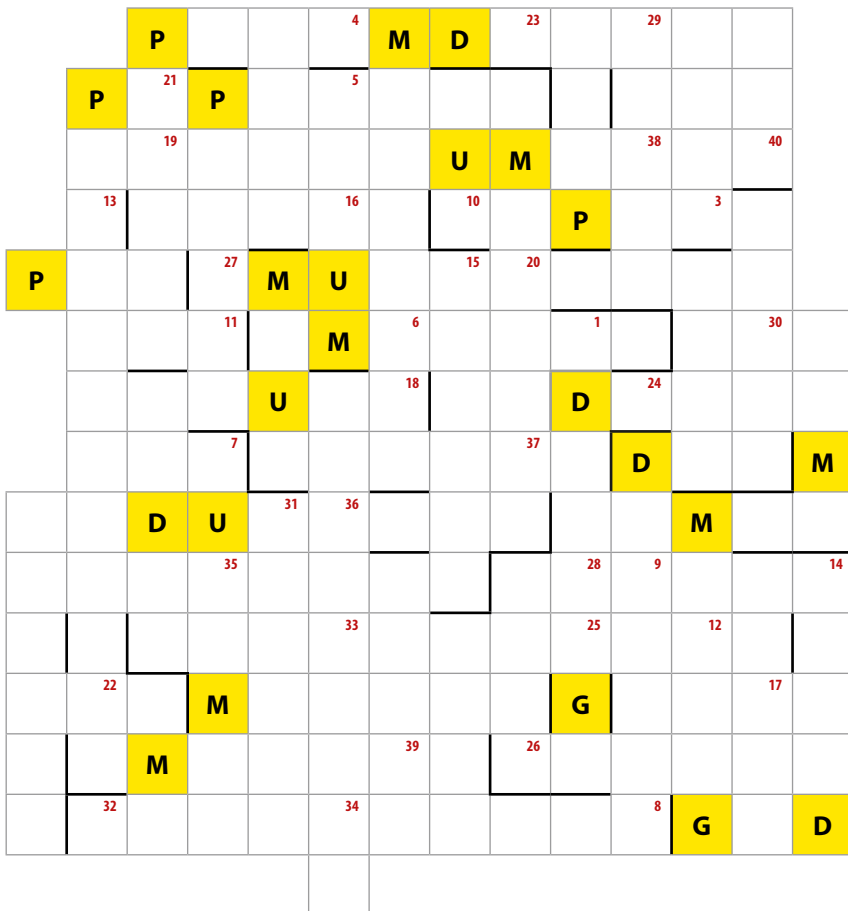


Ogłoszenia

JOLKA LEKARSKA 316



Wydawnictwo Lekarskie PZWL
to specjaliści, wiedza i zaangażowanie.



Objaśnienia 60 haseł podano w przypadkowej kolejności. Ujawniono wszystkie litery: D, G, M, P i U. W diagramie ukryto 40 liter hasła, które stanowią rozwiązanie. Jest to myśl Arthura Schopenhauera. Hasło należy przysłać na karcie pocztowej do redakcji lub e-mailem na adres: jolka@gazetalekarska.pl do 20 sierpnia 2026 r. Wśród autorów prawidłowych rozwiązań wyłonimy laureatów, którzy otrzymają nagrody książkowe (prosimy o podanie specjalizacji i adresu do wysyłki).

* Najwięksi (188 cm), najciemniejsi i najszcuplejsi na Ziemi * Schindlera * święta z Tiatry * dar dziewczynny * pyton lub gniewosz * atrofia * najcenniejszy metal * gruba ryba * funiculus umbilicalis * frygijska bogini płodności * rola, dziedzinca * preparat enalaprylu * południowokoreański producent aut * paliwo z węgla kamiennego * antagonistą witaminy K * Asuańska * atomowa lub kaloryczna * imię twórcy ołtarza w Kościele Mariackim * -Zdrój, najstarsze uzdrowisko w Polsce * po sierpnie * symbioza korzeni grzybów i roślin * gród powiatowy w pln.-zach. Mazowszu * nieczęsto * gród nad Babą * studencik * zbutwienie, spróchnienie * herbaciana kofeina * największa antylopa * Poleski, gdzie zmarł św. Bobola * hemisyncope * najdłuższa rzeka Indochin * oczko przeszczepione z pędu na podkładkę * Wilhelm zwany Bękartem * z córkami pod Sodomą * spalili Rzym * mieszkaniec pln.-zach. Afryki * malwersacje,

kanty * jezioro, zachodnia odnoga Dargina * wąż, żółw lub krokodyl * chora po mastektomii * powtarzanie w matematycznej analizie * rybia kość * fasciculi * moczanowa * sprawozdanie z dyżuru * graniczny z Michigan i Ohio * ... Exupéry * świadome ja * wielocukier, składnik skrobi * świętokrzyska stolica porcelany * imię księcia Światosławowicza * ptak czarnoszy * nadworny poeta Batorego * motyle nocne * grecki bóg wiatrów * ameba * kobiece podbrzusze * car Groźny * pokrywanie stali cynkiem * arachnodactylia

Jerzy Badowski

Rozwiązanie jolki lekarskiej 314 Człowiek kochający pracę nie musi harować

Nagrody otrzymują:

Anna Robaczewska (Wrocław), Agnieszka Krasiukianis (Łódź), Dorota Kloczkowska-Świder (Warszawa), Krzysztof Figuer (Łódź), Witold Draber (Poznań)

Fundatorem nagród jest Wydawnictwo Lekarskie PZWL, www.pzwl.pl. Nagrody prześlemy pocztą.

Klauzula informacyjna na str. 71/ Regulamin konkursu dostępny na www.gazetalekarska.pl

WYDAWCA

NIL Naczelna
Izba Lekarska

Gazeta Lekarska dla członków
izb lekarskich bezpłatna

Nakład: 43900 egz.

Kolegium redakcyjne

Piotr Kościelniak, Jacek Bujko, Paweł Doczekalski, Klaudiusz Komor, Maria Klośńska, Ryszard Golański, Dariusz Samborski, Mikołaj Sinica, Anna Wojda, Mariusz Tomczak

Redakcja

ul. Jana III Sobieskiego 110,
00-764 Warszawa
tel.: (22) 558 80 40

Dyżur telefoniczny w każdy wtorek w godz. 10.00-14.00

Poza tym terminem prosimy
kontaktować się mailowo:
redakcja@gazetalekarska.pl

Piotr Kościelniak

(redaktor naczelny)
piotr.koscielniak@nil.org.pl

Anna Wojda

(sekretarz redakcji)
anna.wojda@nil.org.pl

Lidia Sulikowska

(dziennikarz)
tel.: 698 633 755
lidia.sulikowska@nil.org.pl

Mariusz Tomczak

(redaktor portalu internetowego)
tel. (22) 558 80 40
mariusz.tomczak@nil.org.pl
www.gazetalekarska.pl

Sylwia Wamej

(redaktor portalu internetowego)
sylwia.wamej@nil.org.pl

Reklama i ogłoszenia

Agata Bryk
ogloszenia@gazetalekarska.pl

Stale z nami współpracują

Jerzy Badowski, Adam Czerwiński,
Lucyna Krysiak, Zbigniew Kuzyszyn,
Jacek Miarka, Agata Morka, Małgorzata
Solecka, Jarosław Wanecki

Projekt, projekt okładki

Michał Trusz

Skład

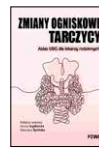
Montownia/Teresa Urawska

Druk

Eurodruk-Poznań Sp. z o.o.

W celu zmiany adresu wysyłki „Gazety Lekarskiej” prosimy kontaktować się z właściwą okręgową izbą lekarską.

Materiałów niezamówionych redakcja nie zwraca i zastrzega sobie prawo do skrótoń, adaptacji, zmiany tytułów. Redakcja nie odpowiada za treść reklam i ogłoszeń. Autorów prosimy o przysyłanie tekstów zapisanych na CD, e-mail w edytorze pracującym w środowisku Windows. Publikacja ta przeznaczona jest tylko dla osób uprawnionych do wystawiania recept oraz osób prowadzących obrót produktami leczniczymi w rozumieniu przepisów ustawy z 6 września 2011 r. – Prawo farmaceutyczne (Dz.U. nr 126, poz. 1381, z późn. zmianami i rozporządzeniami).



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



WPŁYW

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