

# GAZETA LEKARSKA

PISMO IZB  
LEKARSKICH

## FINANSE

REFORMA SZPITALI  
I OBNIŻENIE SKŁADKI  
ZDROWOTNEJ

## PRAWO

DYŻURY NA INTERNIE:  
WEZMĄ KAŻDEGO  
BYLE ZAPEŁNIĆ GRAFIK

## TECHNOLOGIE

CIEMNA STRONA AI:  
PODRABIANI LEKARZE  
I PORADY CHATBOTÓW

## STOMATOLOGIA

CZY USŁUGI NA NFZ  
ZOSTANĄ ZLIKWIDOWANE

# PROBLEMY DZIECI I MŁODZIEŻY

## LEKI, DEPRESJE, UZALEŻNIENIA

JAK JE ROZPOZNAĆ I LECZYĆ,  
GDZIE SKIEROWAĆ PACJENTA





# Wygrywa interes polityczny, nie merytoryka

ŁUKASZ JANKOWSKI  
PREZES NACZELNEJ RADY  
LEKARSKIEJ



**Z**bliża się termin ogłoszenia wyników audytów wykonanych przez Polską Komisję Akredytacyjną i ewentualnego przyznania limitów przyjęć na studia lekarskie prawie szkołom. A te, zgodnie z docierającymi do nas informacjami medialnymi, w przeważającej mierze zdążyły w ciągu kilku miesięcy przekształcić się w pełnoprawne uczelnie medyczne. Sprzeciw Izby wobec obniżania standardów akredytacji podmiotów, a także – w efekcie – obniżania jakości kształcenia skutkującego produkcją prawie lekarzy został nie tylko zauważony, ale stał się również przedmiotem ataku decydentów.

Rozpoczął poseł Przemysław Witek (KO). Na antenie Polskiego Radia powiedział m.in.: „Uważam, że każdą pulę pieniędzy, którą wrzucimy do systemu, czy to będzie 10, 20, czy 100 miliardów, zjedzą lekarze. (...) Dotychczas każda próba korygowania reformy służby zdrowia kończyła się tym, że zjadał to biały personel – w tym głównie lekarze. I co należy zrobić? (...) Jedną rzecz. Musimy jak najszybciej wprowadzić na rynek jak najwięcej lekarzy. Co to oznacza? Wydział medyczny wszędzie. Ja wiem, że nie będą to lekarze idealni, mówi się o jakości kształcenia, gorszej... Ja bym wolał pójść do słabego, który ewentualnie skieruje do starszego, bardziej doświadczonego kolegi. A my mamy patologiczny system i kształcenia, i na uczelniach, i blokadę izby lekarskiej, co jest tajemniczą poliszynela”.

W związku z tą oburzającą wypowiedzią posła skierowałem pismo do premiera Donalda Tuska, z którym to

pismem mogliście się Państwo zapoznać w naszych mediach. Wypowiedź posła, wynikająca – mam nadzieję – wyłącznie z niewiedzy, wpisuje się jednak w szkodliwą narrację, którą znamy od kilku lat. I choć poseł docenia nasze działania, podnosząc istniejącą „blokadę izby lekarskiej”, z ową narracją nie potrafiliśmy sobie poradzić nawet za pomocą merytorycznych argumentów i twardych danych zespołu ds. transformacji systemu działającego w NRL. Poradzić, to znaczy nie tylko pokazać, ale też przekonać polityków, jak naprawdę wygląda sytuacja i potrzeby, jeśli chodzi o liczbę lekarzy i jakość kształcenia. Wygrywa interes polityczny, a nie merytoryka.

Natychmiast po wypowiedzi posła mogliśmy obserwować pojawianie się kolejnych artykułów prasowych składających się w pewien cykl ataków na nasze środowisko. Najpierw mogliśmy przeczytać o „bajonkich zarobkach lekarzy”. Do takich publikacji jako środka walki z naszym środowiskiem jesteśmy już przyzwyczajeni, a pojawianie się ich w okresie napięcia między nami a rządem można gorzko określić jako standard. Większe zdziwienie wzbudził we mnie artykuł zamieszczony w jednym z dużych portali dotyczący wynagrodzeń lekarzy współpracujących z przemysłem farmaceutycznym, próbujący udowodnić tezę o ich

zachłanności i niemalże spisku Big Pharmacy i medyków.

W tym kontekście oprócz prostego wyjaśnienia, że współpraca lekarzy z przemysłem jest konieczna jako warunek postępu medycyny, a także, że trudno oczekiwać, aby firmy farmaceutyczne do wykładów czy szkoleń zatrudniały kierowników czy fryzjerów, warto z dumą podkreślić, że nasze środowisko samo dba o etykę tej współpracy. W Kodeksie Etyki Lekarskiej, którego nowelizacja wejdzie w życie 1 stycznia 2025 r., znajduje się cały rozdział dotyczący współpracy lekarzy z przemysłem. Wyjaśnienia i sprostowania w tej kwestii przekazujemy dziennikarzom. Kodeks Etyki Lekarskiej jest dokumentem, którego istnienie i treść chroni nas przed zarzutami nieprzywiązywania należytej wagi do kwestii etyki.

Co będzie dalej? „Blokada izby lekarskiej”, jak to określił wspomniany poseł, będzie trwać, bo musi trwać niezgoda na dewastowanie systemu kształcenia. Zachęcam wszystkie Koleżanki i Kolegów lekarzy do niepodjęcia pracy w prawie szkołach. W związku z napływającymi do NIL informacjami o próbach wywierania wpływu na lekarzy celem zmuszania ich do uczenia w tych jednostkach, Naczelna Rada podjęła stanowisko, w którym gwarantujemy wszelkie wsparcie lekarzom poddawany takim presji. Nie wahajcie się do nas zgłaszać. ●

- 3 **Wygrywa interes polityczny, nie merytoryka**  
Łukasz Jankowski
- 5 **Na ostatniej prostej**  
Klaudiusz Komor
- 6 **Newsy z kraju i ze świata**
- 8 **Pomoc potrzebna natychmiast**  
Piotr Kościelniak

#### TEMAT NUMERU

- 8 **Dziecko z depresją nie musi być smutne**  
*Coraz więcej najmłodszych pacjentów trafia do gabinetów. Różne rodzaje lęków, zaburzenia nastroju, a w skrajnych przypadkach próby samobójcze to tylko przykłady zaburzeń.*
- 13 **Ucieczka od samotności**
- 15 **Czas na ocenę ilościową i jakościową**

#### AKTUALNOŚCI

- 17 **Prognoza na jesień: będzie gorąco**  
*Wielka reforma szpitali, obniżenie składki zdrowotnej, decyzja w sprawie podwyżek dla pielęgniarek. Lista nie jest zamknięta.*
- 21 **Prawo wykonywania zawodu w smartfonie**
- 22 **Ma być łatwiej i wygodniej**

#### WAŻNE SPRAWY

- 23 **Wypalenie zawodowe zaczyna się niewinnie**

#### PRAWO I MEDYCYNĄ

- 25 **Nie każda wymówka będzie skuteczna**
- 26 **„Przymus szczepienia” a szkoda pacjenta**
- 28 **Empatię się ma lub nie. Liczy się wykształcenie**  
*Trudności w obsadzie dyżurowej w małych szpitalach powodują, że przyjmowany jest każdy, kto się zgłosi, bez sprawdzenia kwalifikacji.*

#### PODATKI I FINANSE

- 29 **Nie dla każdego wakacje składkowe**
- 29 **Lekarzowi trudno będzie odpisać cały VAT od motocykla**
- 30 **Wystarczy 100 złotych**



#### TEMAT NUMERU STRONY 8-16

*Jednym z głównych czynników wpływających negatywnie na kondycję psychiczną dzieci i młodzieży są uwarunkowania społeczne: zaburzone relacje z rodzicami, dziadkami, krewnymi, a także w środowisku szkolnym*

#### PRAKTYKA LEKARSKA

- 31 **Stomatologia publiczna znika po kawałku**
- 33 **To lekarz jest liderem zespołu**  
Paweł Barucha
- 34 **Każdy ma obowiązki wobec swojego kraju**
- 38 **36 lat pracy w aptekach wiele mnie nauczyło**  
Mariusz Politowicz
- 39 **Czas na zmiany w diagnostyce genomowej**
- 42 **Szczepienia na równi pochytej**
- 45 **Chorzy na otyłość dla systemu są przezroczystości**
- 48 **O koteriach**  
Jakub Sieczko
- 50 **Piersi bez blizn**
- 52 **Menedżer to zawód**  
Anna Gołębicka

#### WYWIAD LEKAR(S)KI

- 53 **Kiedy praca staje się przyjemnością**

#### NOWE TECHNOLOGIE

- 55 **Lekarz jak malowany**
- 58 **Dane medyczne pod ostrzałem**
- 60 **Powinniśmy wspierać możliwość zdalnej pracy**

#### SAMORZĄD ZAWODOWY

- 62 **Dowiezione obietnice**  
Jakub Kosikowski
- 62 **O tym się mówi/Mówią o nas**
- 64 **Liczy się bezpieczeństwo pacjentów**

#### PO GODZINACH

- 68 **Rewizor. Komedia w pięciu aktach**  
Jarosław Wanecki
- 69 **Czytelnia**
- 70 **Wilno jest jak magnes**  
*Kto raz się zachwyci, nie może przestać wracać, a zachwycić się miastem położonym nad Wilią i Wilejką nie jest trudno.*
- 73 **Przychodzi wena do lekarza**
- 74 **Błąd malarski – Na straty**
- 76 **Wystawa World Medical View**
- 77 **Gloria Vivaldiego**
- 78 **Jubileuszowe „Ślimakowe rytmy”**
- 78 **Zjazdy koleżeńskie**
- 79 **Ogłoszenia**
- 82 **Jolka lekarska**

JEDNYM GŁOSEM

# Na ostatniej prostej

Do usunięcia wiszącego nad nami od lat widma więzienia za niezawiniony błąd potrzeba tylko jednego: wspólnego wysiłku, by przekonać ludzi wokół siebie, że klauzula wyższego dobra jest potrzebna i korzystna dla każdego pacjenta.

Ostatnio w mediach często pojawiają się sensacyjne informacje na temat lekarskich błędów, nieetycznych zachowań czy nagannego postępowania. Trudno oprzeć się wrażeniu, że ma to związek z bardzo mocno forsowaną przez samorząd lekarski klauzulą wyższego dobra, czyli zmianą w Kodeksie karnym wprowadzającą zwolnienie od kary za niezawinione błędy medyczne (poprzednio zwaną *no fault*). Od powstania tej idei jest ona nie w smak niektórym środowiskom. Próbują one przedstawić ją w formie zniekształconej jako „bezkarność dla lekarzy”.

W rzeczywistości nie ma mowy o bezkarności. Warto przypomnieć, że zgodnie z proponowaną przez samorząd wersją klauzula wyższego dobra ma obejmować jedynie zmiany w Kodeksie karnym. Każdy pacjent zawsze będzie miał możliwość dochodzenia roszczeń w sądzie cywilnym oraz w ramach odpowiedzialności zawodowej – poza przypadkami, kiedy lekarz popełnił ten błąd pod wpływem alkoholu lub innych środków odurzających albo dopuścił się rażącego zaniedbania.

Wydaje się, że jeszcze nigdy nie byliśmy tak blisko wprowadzenia tej klauzuli. Po kilku spotkaniach prezesa NRL Łukasza Jankowskiego z ministrem sprawiedliwości Adamem Bodnarem po stronie rządzących widać zrozumienie i potrzebę zmian. Proponowane konkretne zmiany prawne, oparte na zasadzie kontratypu (wykorzystanej ostatnio w zmianach prawa odnośnie użycia broni przez żołnierzy na granicy), przygotowane bardzo profesjonalnie

KLAUDIUSZ KOMOR  
WICEPREZES NACZELNEJ  
RADY LEKARSKIEJ



przez dział prawny NIL, zostały już przekazane do komisji kodyfikacyjnej, gdzie zostaną ocenione przez najlepszych karnistów. Trzeba

Niektóre środowiska próbują przedstawić klauzulę wyższego dobra w zniekształconej formie

jednak bardzo wzmocnić działania mające na celu akceptację przez społeczeństwo klauzuli wyższego dobra w ochronie zdrowia.

Tu wyraźnie widać, jak bardzo potrzebnym i wielkim sukcesem było przyjęcie w trakcie ostatniego Nadzwyczajnego Krajowego Zjazdu Lekarzy w Łodzi nowego Kodeksu Etyki Lekarskiej. Dzięki temu, że delegaci po bardzo burzliwej dyskusji przyjęli treść kodeksu, mamy obecnie dokument nowoczesny, dostosowany do aktualnych warunków prawnych

i zaawansowania medycyny. Będzie on podstawą i argumentem w ściganiu „czarnych owiec” w naszym środowisku, czyli lekarzy stosujących w praktyce metody uważane przez medycynę za nieskuteczne czy nawet szkodliwe, lekarzy nieetycznie traktujących pacjentów czy swoich kolegów i wreszcie zwykłych oszustów podających się za lekarzy. Bardzo ważne jest zrozumienie idei i potrzeby wprowadzenia klauzuli wyższego dobra w naszym środowisku, bo niestety pomimo prawie dwuletniej batalii o nią nadal są lekarze, którzy nie wiedzą, na czym ta zasada miałaby polegać (choć wielokrotnie pisaliśmy o niej na łamach „Gazety Lekarskiej”).

Jesteśmy na ostatniej prostej do wielkiego sukcesu jakim będzie usunięcie wiszącego nad nami od lat widma więzienia za niezawiniony błąd. Potrzeba jeszcze tylko jednego wielkiego, wspólnego wysiłku – każdy z nas musi przekonać ludzi wokół siebie, że klauzula wyższego dobra jest nie tylko potrzebna, ale i korzystna dla każdego pacjenta. •

## NEWSY Z KRAJU I ZE ŚWIATA

PIOTR KOŚCIELNIAK, LIDIA SULIKOWSKA

## Aplikacja dla dzieci z cukrzycą

**E**dukacyjny program na smartfony dla najmłodszych pacjentów z cukrzycą typu 1 opracowali naukowcy z Politechniki Lubelskiej. Zabawa polega na kontrolowaniu wirtualnej postaci – musi ona jeść, pić, sprawdzać poziom glukozy we krwi oraz przyjmować insulinę. Dzieci mają w ten sposób uczyć się prawidłowego postępowania, zarządzania posiłkami oraz przyjmowania w bezpieczny sposób insuliny. Jeżeli popełnią błąd, wirtualna postać trafi do szpitala. Jak podkreślają twórcy aplikacji z Wydziału Elektrotechniki i Informatyki, algorytm „reaguje” na posiłki i insulinę w sposób bardzo zbliżony do rzeczywistego – u prawdziwego pacjenta. Aplikację T1DCoach pacjenci i ich opiekunowie mogą bezpłatnie pobrać ze sklepu Google Play.

## Praca hybrydowa pogarsza sen

**Z**aburzenia rytmu dobowego, dolegliwości ze strony układu mięśniowo-szkieletowego oraz ból głowy mogą nasilać się przy zdalnym lub hybrydowym trybie pracy – twierdzą naukowcy z Instytutu Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera w Łodzi. Do udziału w badaniach zaproszono 1000 osób – zostały one podzielone na trzy grupy w zależności od tego, w jakim modelu najczęściej pracowały. Jak pokazały wyniki, praca zdalna zdecydowanie częściej niż stacjonarna prowadziła do zmiany wzorców snu. Jednak najgorszy dla zdrowia okazał się model hybrydowy.

*Źródło: naukawpolsce.pl*

## Ilu lekarzy kończy medycynę w UE?

**E**urostat opublikował dane na temat liczby absolwentów medycyny i stomatologii, którzy ukończyli studia w krajach Unii Europejskiej w 2022 r.

Z zaprezentowanych danych wynika, że w tym okresie dyplomy odebrało 69,3 tys. absolwentów kierunku lekarskiego, co daje średni wynik 15,5 nowo wykształconych lekarzy na każde 100 tys. mieszkańców UE. Najwyższe wskaźniki odnotowano w Bułgarii (29,5/100 tys.), na Malcie (27,7), a także na Łotwie (27,5). Na drugim końcu zestawienia znalazły się Słowenia (11,4), Estonia (12,2) i Niemcy (12,4). Polska uzyskała wynik 15,1/100 tys. mieszkańców, nieznacznie mniej od średniej unijnej, a trzeba podkreślić, że prezentowane dane statystyczne dotyczą studentów z rocznika 2016/2017 – obecnie liczba miejsc na studia medyczne jest wyższa. Niestety, jak podkreśla m.in. Naczelna Izba Lekarska, zwiększanie limitów przyjęć w Polsce odbyło się kosztem jakości kształcenia przeddyplomowego, poprzez tworzenie nowych miejsc dla studentów kierunku lekarskiego w uczelniach niemających odpowiedniego zaplecza. Ponadto w ocenie samorządu lekarskiego w kraju obecnie już jest kształconych zbyt wielu studentów medycyny.

Jeśli chodzi o absolwentów kierunku lekarsko-dentystycznego, to zgodnie z danymi Eurostatu w 2022 r. studia o tym profilu ukończyło 14,3 tys. osób w całej UE. Taki wynik oznacza średnio 3,2 świeżo upieczonych lekarzy dentystów na każde 100 tys. mieszkańców. Polska uzyskała nieco lepszy wynik niż średnia unijna (3,3). Jak wypadły pozostałe kraje wspólnoty? Najwyższy wskaźnik uzyskały Rumunia (9,9/100 tys.), Portugalia (9,1) i Bułgaria (7,8). Najdalsze miejsca zestawienia zajęły Malta (poniżej 0,1), Włochy (1,4) oraz Holandia (1,5).

## Polak w zarządzie EPHA

**T**adeusz Jędrzejczyk, lekarz i naukowiec, został wiceprezydentem Europejskiego Sojuszu na rzecz Zdrowia Publicznego (European Public Health Alliance, EPHA). Jego kadencja potrwa dwa lata. Organizacja

ma też nowego prezidenta – funkcję objął Paolo Lauriola z Włoskiej Sieci Lekarzy na rzecz Środowiska. Tadeusz Jędrzejczyk jest adiunktem w Zakładzie Zdrowia Publicznego i Medycyny Społecznej Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego.

EPHA zrzesza kilkadziesiąt europejskich organizacji współpracujących na rzecz ochrony i poprawy zdrowia publicznego w Europie. W obszarze zainteresowań organizacji są m.in. kwestie związane z dostępnością i jakością systemów opieki zdrowotnej, e-zdrowie, zanieczyszczenie powietrza oraz jakość żywności. *Źródło: GUMED / EPHA*

## Więcej krwi, mniej teleporad

**G**łówny Urząd Statystyczny podsumował liczbę ambulatoryjnych porad lekarskich i stomatologicznych finansowanych ze środków publicznych, których udzielono w 2023 r., a także działalność centrów krwiodawstwa i krwiolecznictwa w tym okresie.

Według danych GUS w ubiegłym roku udzielono ambulatoryjnie 312,3 mln porad lekarskich i 34,9 mln stomatologicznych – to odpowiednio o 4,9 proc. i 5,3 proc. więcej niż w 2022 r. Większą część wizyt lekarskich (181,1 mln) stanowiły porady w ramach podstawowej opieki zdrowotnej. W porównaniu z 2022 r. ich liczba wzrosła o 2,8 proc, z kolei w opiece specjalistycznej odnotowano wzrost o 8 proc. Największy wzrost dotyczył osób powyżej 65. roku życia (odpowiednio o 6 proc. i 10,3 proc.). Z kolei w grupie dzieci i młodzieży nastąpił 0,5-proc. spadek porad z zakresu POZ i 7,7-proc. wzrost w ramach opieki specjalistycznej. Ponad 17 mln konsultacji w POZ i 9,7 mln w opiece specjalistycznej odbyło się w formie teleporady – co ciekawe, to sporo mniej w porównaniu z 2022 r. (spadek odpowiednio o 27,2 proc. i 8,5 proc.). Na koniec 2023 r. świadczeń z zakresu ambulatoryjnej opieki zdrowotnej

finansowanych ze środków publicznych udzielało w sumie 23,5 tys. przychodni, 600 praktyk lekarskich i 2,6 tys. praktyk stomatologicznych.

W zakresie danych dotyczących krwiodawstwa GUS odnotował 5,2-proc. wzrost liczby donacji pobranej krwi i jej składników w porównaniu z 2022 r. Zwiększyła się też liczba krwiodawców. Źródło: GUS

Wybrane specjalistyczne porady w mln według rodzaju poradni, 2023 r.	
chirurgiczne	23,3
ginekologiczno-położnicza	13,8
okulistyczna	11,2
kardiologiczna	8,3
zdrowia psychicznego	8,1
otolaryngologiczna	7,5
neurologiczna	7,3
dermatologiczna	6,8

Źródło: na podstawie danych GUS

## Szczyt COVID przed nami

Jesień przyniesie najwyższą w tym roku falę zachorowań na COVID-19. Obecnie dominują warianty Omikron, Kraken, Pirola, JN1 i KP – Gdybyśmy założyli, że fala rozpoczęła się z końcem czerwca, potrwa ona mniej więcej do przełomu października i listopada ze szczytem w połowie września – przewiduje główny inspektor sanitarny dr Paweł Grzesiowski. Nie dysponujemy jednak jeszcze skutecznymi wobec nowych odmian wirusa szczepionkami. W najbardziej optymistycznym wariantcie preparaty mogą pojawić się dopiero w drugiej połowie września, co oznacza rozpoczęcie szczepień dopiero w październiku.

## Unijne tak dla medycyny sportowej

Do wykazu specjalizacji lekarskich w zakresie automatycznego uznawania kwalifikacji zawodowych w poszczególnych krajach członkowskich Unii Europejskiej dodano kolejną

specjalizację – medycynę sportową. Stosowna zmiana w dyrektywie 2005/36/WE Parlamentu Europejskiego i Rady regulująca tę kwestię została podjęta przez Komisję Europejską w marcu 2024 r. w formie decyzji delegowanej i opublikowana 31 maja 2024 r. (Dz.U. L, 2024/1395).

Automatyczny system uznawania tytułu specjalisty w tej dziedzinie objął te kraje członkowskie, w których istnieje specjalizacja z medycyny sportowej (czas trwania kształcenia musi wynosić co najmniej cztery lata). Są to: Bułgaria, Chorwacja, Estonia, Finlandia, Włochy, Łotwa, Litwa, Malta, Polska, Portugalia i Rumunia. Źródło: UEMS / op.ec.europa.eu

## Problem głodu nierozwiązany

W 2023 r. głodu doświadczyła co jedenasta osoba na świecie i co piąta w Afryce – alarmuje UNICEF, przybliżając wyniki najnowszego raportu o stanie bezpieczeństwa żywnościowego i żywienia na świecie (State of Food Security and Nutrition in the World, SOFI). Analiza została opracowana przez Organizację Narodów Zjednoczonych ds. Wyżywienia i Rolnictwa (FAO), Międzynarodowy Fundusz Rozwoju Rolnictwa (IFAD), Fundusz Narodów Zjednoczonych na rzecz Dzieci (UNICEF), Światowy Program Żywnościowy (WFP) oraz Światową Organizację Zdrowia (WHO). Wynika z niej, że w 2023 r. około 733 mln ludzi na świecie było niedożywionych. Najgorsza sytuacja występuje w Afryce i w Azji. UNICEF podkreśla, że tak wysoki wynik utrzymuje się trzeci rok z rzędu i jest porównywalny do notowanego w latach 2008-2009. Źródło: *The State of Food Security and Nutrition in the World 2024 / UNICEF.PL*

## AI sprawdzi płuca

System analizy badań obrazowych wykorzystujący sztuczną inteligencję przygotowują naukowcy z Politechniki Warszawskiej. Projekt xLungs ma ułatwić

pulmonologom i radiologom analizie wyników tomografii komputerowej. Model sztucznej inteligencji trenowany jest na historycznych badaniach obrazowych CT i opisowych wynikach, dzięki którym AI uczy się rozpoznawać zmiany charakterystyczne np. dla chorób nowotworowych. System będzie wspierał i przyspieszał tworzenie opisów, częściowo automatyzując poczynania specjalistów. Dane wykorzystywane do uczenia maszynowego mają ok. 40 terabajtów objętości – jest to największy publiczny zbiór z badaniami CT klatki piersiowej na świecie – twierdzą pomysłodawcy. Projekt xLungs finansuje Narodowe Centrum Badań i Rozwoju w ramach konkursu INFOSTRATEG I. Prace nad systemem będą trwać do końca czerwca przyszłego roku. Źródło pw.edu.pl

## Wygląd medyka: generatory i rzeczywistość

Czy obrazy lekarzy tworzone przez sztuczną inteligencję (AI) odbiegają od rzeczywistości wizerunku medyków? Czterech badaczy z USA (Sang Won Lee, Mary Morcos, Dong Won Lee, Jason Young) postanowiło zająć się tym zagadnieniem. Badacze przeprowadzili ocenę demograficzną obrazów lekarzy generowanych przez AI i porównali je z rzeczywistą strukturą demograficzną lekarzy w USA. Wyniki ich pracy ukazały się na początku sierpnia w JAMA Network Open. Do analizy wykorzystano pięć platform będących generatorami obrazów sztucznej inteligencji. Wizerunki były tworzone na podstawie zapytań o lekarza USA. Wygenerowano w sumie 1000 obrazów (po 200 na każdą platformę). Okazało się, że obrazy stworzone przez AI częściej przedstawiały osoby rasy białej (82 proc. vs 63 proc.) i mężczyzn (93 proc. vs 62 proc.) w porównaniu z rzeczywistą populacją lekarzy w USA. Badanie ujawniło również, że jeden z generatorów obrazów nie stworzył ani jednego wizerunku lekarza kobiety. Źródło: jamanetwork.com

# Pomoc potrzebna natychmiast

PIOTR KOŚCIELNIAK  
REDAKTOR NACZELNY



**C**o siódme dziecko w Polsce odczuwa tak duże niezadowolenie ze swojego życia, że zagraża to jego zdrowiu psychicznemu. Generalnie gorsze samopoczucie mają starsze dziewczęta i młodzież z dużych miast – to wyniki ogólnopolskiego badania zleconego przez Rzecznika Praw Dziecka. Oczywiście, można długo dywagować, czy to efekt zmian społecznych, braku uwagi rodziców, względnie łatwej dostępności używek, uzależnienia od TikToka i Snapchata, okrucieństwa internetowego hejtu, czy może długofalowe skutki dystansowania społecznego, które przybrało na sile w okresie pandemii COVID-19. Przyczyny są istotne, ale znacznie ważniejsze jest dziś coś innego: jak sobie poradzić ze wzbierającą falą problemów psychicznych dzieci i młodzieży.

Specjaliści w dziedzinie psychiatrii biją na alarm: trafia do nich coraz więcej młodych pacjentów z zaburzeniami – od „zwykłych” wahnii nastroju po depresje połączone z próbami samobójczymi. A warto zauważyć, że problem z młodymi głowami jest nieco innej natury niż z dorosłymi. Nawet osoby dorosłe wstydzą się szukać specjalistycznej pomocy psychologów i psychiatrów. Obawiają się stygmatyzacji, śmieszności, ale również skutków ewentualnej terapii farmakologicznej. U młodszych pacjentów ten problem jest jeszcze poważniejszy. Od dzieci trudno przecież

wymagać świadomej analizy własnych zachowań i emocji. Często sami opiekunowie nie są w stanie odpowiednio ocenić sytuacji i niechętnie zwracają się o specjalistyczną pomoc dla swoich dzieci.

Co w tej sprawie mogą i co powinni zrobić lekarze? System ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży jest ciągle niewystarczający, ale co trzeba przyznać, nie jest to tylko problem Polski. To samo dzieje się również w innych krajach. Polską specyfiką jest jednak to, że trwająca reforma tego działu systemu opieki zdrowotnej nie przyniosła, jak na razie, oczekiwanych rezultatów. Wyzwaniami są, jak zwykle, niedofinansowanie, braki kadrowe i przepełnienie oddziałów. Pojawia się również niechęć do przekazywania informacji między szkołą, placówkami opieki zdrowotnej czy kuratorami i sądami. W tej sytuacji najwięcej zależy od samych lekarzy, którzy opiekując się młodymi, muszą – kolejny raz – dać z siebie 200 proc., by zrekompensować niedostatki systemu. ●

**K**oniec wakacji oznacza dla uczniów powrót do szkoły, co dla części z nich wiąże się z dużym stresem spowodowanym m.in. kłopotami w nauce albo złymi relacjami z rówieśnikami. Z ogólnopolskiego badania jakości życia dzieci i młodzieży w Polsce, wykonanego na zlecenie Rzecznika Praw Dziecka i opublikowanego w 2021 r., wynika, że aż 19 proc. uczniów drugiej klasy szkoły podstawowej, 17 proc. uczniów szóstej klasy podstawówki i 16 proc. uczniów drugiej klasy szkoły średniej ma poczucie odrzucenia przez rówieśników. Brak akceptacji to stan trudny do udźwignięcia przez dorosłego, a co dopiero przez dziecko. A przecież to niejedyna trudność, z którą mierzą się dzieci w środowisku szkolnym.

– Nie bez przyczyny jesienią nasilają się trudności emocjonalne i problemy ze zdrowiem psychicznym u nieletnich, a w gabinetach psychologów i psychiatrów oraz na oddziałach psychiatrycznych obserwujemy napływ pacjentów. Niektóre zaburzenia psychiczne cechuje sezonowość. Drugim z głównych powodów jest szkoła – zaznacza dr hab. n. med. Barbara Remberk, kierownik Kliniki Psychiatrii Dzieci i Młodzieży Instytutu Psychiatrii i Neurologii (IPiN) w Warszawie oraz przewodnicząca Sekcji Psychiatrii Dzieci i Młodzieży Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego. Zanim jednak dziecko trafi do psychiatry, często ma kontakt z lekarzami innych specjalizacji. To oni pierwsi mogą wychwycić niepokojące objawy.

## WSPÓLNY PROBLEM

– Każda wizyta dziecka czy nastolatka w gabinecie lekarskim to dobra okazja do skontrolowania jego zdrowia psychicznego. Taka czujność może uchronić pacjenta przed pogłębieniem się występujących zaburzeń – przekonuje prof. Barbara Remberk, podkreślając rolę pediatrów i lekarzy rodzinnych w tym zakresie.

Zdarza się, że rodzice, zaniepokojeni stanem psychicznym swojego dziecka, najpierw chcą skonsultować swoje podejrzenia w przychodni podstawowej opieki zdrowotnej, bo pediatra jest o wiele bardziej dostępny niż psychiatra. Jakże objawy powinny włączyć sygnał ostrzegawczy?



TEMAT NUMERU

# Dziecko z depresją nie musi być smutne

Coraz więcej najmłodszych pacjentów trafia do gabinetów. Różne rodzaje lęków, zaburzenia nastroju, a w skrajnych przypadkach próby samobójcze to tylko przykłady zaburzeń. Dlatego tak ważne jest, by nie lekceważyć nawet najmniejszych objawów i kontrolować zdrowie psychiczne przy każdej wizycie nieletniego w gabinecie lekarskim.

– Podczas badania fizykalnego możemy zauważyć samooleczenia, a także powtarzające się ślady urazów, które mogą sugerować stosowanie przemocy fizycznej. Z kolei wyniszczenie organizmu może wynikać z zaburzeń odżywiania. Podobnie zresztą jak otyłość. Najważniejsza jest jednak rozmowa zarówno z rodzicem, jak i z dzieckiem. Bez pogłębionego wywiadu, obejmującego pytania o relacje rodzinne i społeczne, nie będziemy w stanie stwierdzić, co faktycznie dziecku dolega i jaka jest tego przyczyna – podkreśla prof. Remberk.

Bardzo niepokojące są ewidentne zmiany w zachowaniu, np. gdy dziecko było wesołe, a od jakiegoś czasu jest smutne albo było energiczne, a teraz nie ma na nic siły. Podobnie jak niezwracanie uwagi na wygląd, gdy wcześniej nie było szans na wyjście do szkoły bez makijażu i zrobionej fryzury. Zmiana może dotyczyć też sfery snu czy kontaktów z kolegami i koleżankami.

– Dziecko albo nastolatek z objawami depresji wcale nie musi mówić, że jest mu smutno. Może skarżyć się na ciągłe zmęczenie albo rozdrażnienie. Wówczas na prośbę mamy, by odkrzył albo rozładował zmywarę, nie odpowie, że nie ma siły, tylko urządzi rozpaczliwą awanturę. Takie zachowania mogą być interpretowane jako nieadekwatne, a to po prostu wołanie o pomoc – tłumaczy przewodnicząca Sekcji Psychiatrii Dzieci i Młodzieży PTP. Ekspertka zaznacza, aby odpowiedzi na pytania o samopoczucie były zakorzenione w czasie. Dla jednej

LIDIA SULIKOWSKA  
DZIENNIKARKA



rys.: Michał Trusz

▲ Jesienią nasilają się trudności emocjonalne u nieletnich

osoby „często” to codziennie, dla innej raz w tygodniu albo rzadziej.

## WZAJEMNE ZALEŻNOŚCI

Do pediatrów i lekarzy innych specjalizacji zgłaszają się też rodzice

z dziećmi skarżącymi się na różne dolegliwości somatyczne, których przyczyną mogą okazać się zaburzenia psychiczne.

– Najczęściej są to problemy związane z przewodem pokarmowym i różnego rodzaju bóle, np. w klatce piersiowej albo bóle głowy – mówi Paweł Kukiz-Szczuciński, pediatra i psychiatra pracujący na oddziale pediatrycznym szpitala w Staszowie oraz w Poradni Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży w Kielcach.

Albo inny przykład. Matka zgłasza się do lekarza ze swoją córką, która nie chce jeść, bo mówi, że nie ma apetytu. – Powodem może być choroba somatyczna, ale nie można wykluczyć, że jest to początek jądłowstrętu psychicznego. Często pacjentka w takiej sytuacji zaprzecza, że unika jedzenia, by zredukować wagę – tłumaczy dr n. med. Aleksandra Lewandowska, ordynator Oddziału Psychiatrycznego Całodobowego dla Dzieci w Szpitalu im. Józefa Babińskiego w Łodzi oraz konsultant krajowa w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży. – Jeśli nie



◀ Wizyta dziecka czy nastolatka w gabinecie lekarskim to dobra okazja do skontrolowania jego zdrowia psychicznego

for.: Shutterstock.com

## WYBRANE SYGNAŁY ALARMOWE

- utrzymujące się znaczące zmiany w zachowaniu, samopoczuciu
- obniżony nastrój, stres, napięcie
- wycofywanie się z kontaktów społecznych
- brak siły i chęci do podejmowania codziennych aktywności
- problemy ze snem
- poczucie ciągłego zmęczenia
- problemy z nauką
- zaburzenia odżywiania
- ucieczka w świat smartfonów
- zażywanie substancji psychoaktywnych
- różnego rodzaju dolegliwości somatyczne
- zachowania agresywne, drażliwość, wybuchowość
- myśli i próby samobójcze
- samookaleczenia

uda się znaleźć somatycznej przyczyny zgłaszanych dolegliwości, należy pogłębić diagnostykę w kierunku problemów zdrowia psychicznego. Bądźmy uważni na zgłaszane przez pacjenta objawy – dodaje.

Tak samo może być w drugą stronę. Czasem niepokojące stany psychiczne są wywołane przez choroby somatyczne. – Mogą one sygnalizować np. nieprawidłowo funkcjonującą tarczycę, guzy mózgu albo infekcje ośrodkowego układu nerwowego. W Polsce był przypadek dziecka, które zmarło z powodu niezdiagnozowanej na czas hiperamonemii. Pacjenta z powodu objawów, jakie daje ta choroba, leczono psychiatrycznie – opowiada Paweł Kukiz-Szczuciński.

### UWAGA NA ŚRODOWISKO

Jednym z głównych czynników wpływających negatywnie na kondycję psychiczną dzieci i młodzieży są uwarunkowania społeczne, w tym zaburzone relacje z rodzicami, dziadkami, krewnymi, a także w środowisku szkolnym.

– Klasyczny przykład to sytuacja, w której rodzice nie radzą sobie z własnymi emocjami – wymienia Paweł Kukiz-Szczuciński. Często dziecku trudno opowie-

Jednym z głównych czynników wpływających negatywnie na kondycję psychiczną dzieci i młodzieży są uwarunkowania społeczne: zaburzone relacje z rodzicami, dziadkami, krewnymi, a także w środowisku szkolnym

dzieć o problemach w towarzystwie rodzica, dlatego warto spróbować najpierw porozmawiać z pacjentem indywidualnie. Oczywiście, jeśli jest na to zgoda. – Rzecz jasna, nie wolno zataić przed rodzicem informacji, które mogą być niebezpieczne dla zdrowia i życia dziecka – zaznacza.

Lekarz opowiada o nastolatce, która przyszła do niego z mamą. Dziewczynka miała myśli samobójcze. Podczas rozmowy sam na sam wyznała lekarzowi, że ma poważne problemy w relacji z matką, która jest autorytarna i wybuchowa. Dodatkowo ojciec rozładowuje stres za pomocą alkoholu. – Pewnie nie odważyłaby mi się tego powiedzieć, gdyby obok siedziała jej mama. Z kolei ja dzięki tej wiedzy wiedziałem już, że pomoc jest potrzebna całej rodzinie – mówi Paweł Kukiz-Szczuciński.

Dla rodziców taka informacja nie zawsze jest łatwa do przyjęcia. – Niestety, tak. Nazwałbym to wąskim gardłem skutecznej opieki psychiatrycznej nad dziećmi – odpowiada Kukiz-Szczuciński. Do jego gabinetu często przychodzą rodzice zmartwieni zachowaniem swoich córek i synów. – Bardzo ich niepokoją samookaleczenia. Niestety dużo rzadziej zwracają uwagę na wycofywanie się z ról społecznych przez dziecko,

a jest to bardzo niebezpieczny objaw – zaznacza.

### NIE ZAWSZE LEKARZ PSYCHIATRA

Jak powinna wyglądać dalsza ścieżka postępowania z młodym pacjentem w przypadku podejrzenia zaburzeń psychicznych?

– Jeśli występują objawy o łagodnym nasileniu, znaczącą poprawę można osiągnąć za pomocą różnych oddziaływań psychospołecznych, w tym na przykład psychoedukacji – wyjaśnia Aleksandra Lewandowska. Zaznacza, że nie zawsze są wskazania do psychoterapii indywidualnej, czasem lepiej się sprawdza terapia psychologiczna. Jeśli pacjent wymaga oddziaływań grupowych, to niekoniecznie w formie psychoterapii grupowej, tylko na przykład treningu umiejętności społecznych albo warsztatów zastępowania agresji. – Te wszystkie świadczenia są dostępne w ramach NFZ w ośrodkach środowiskowej opieki psychologicznej i psychoterapeutycznej dla dzieci i młodzieży. Mamy ich w Polsce ponad 480. Skierowanie nie jest potrzebne – mówi Aleksandra Lewandowska. I dodaje, że pediatra nie musi wiedzieć, jakie dokładnie oddziaływania psychospołeczne są potrzebne pacjentowi. Ważne, że pokieruje go do najbliższego takiego ośrodka.

Gdy objawy są bardziej nasilone, może być już potrzebna pomoc lekarza psychiatry.

– Chodzi np. o sytuację, gdy dziecko znacząco zmieniło swoje zachowanie albo np. ma objawy wytwórcze. Z kolei pacjent z tendencjami samobójczymi, planami odebrania sobie życia albo po próbie samobójczej wymaga natychmiastowej hospitalizacji. Zdarza się jednak, że myśli rezygnacyjne są mylone z myślami samobójczymi, a między nimi jest znacząca różnica – zwraca uwagę Aleksandra Lewandowska. – Pacjent z myślami rezygnacyjnymi wymaga zaopiekowania, ale nie hospitalizacji w trybie nagłym. Kiedy dziecko mówi, że nie chce mu się żyć, to trzeba dopytać, jak to rozumie. Wręcz zapytać wprost, czy ma myśli samobójcze – tłumaczy konsultant krajowa w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży.

### LICZBY NIE KLAMIA

Szansa, że u lekarza rodzinnego, pediatry czy na przykład stomatologa pojawi się dziecko albo nastolatek z zaburzeniami psychicznymi, jest spora. Wystarczy

DR HAB. N. MED. ANNA TURSKA-SZYBKA  
ADIUNKT W ZAKŁADZIE STOMATOLOGII  
DZIECIĘCEJ UNIWERSYTECKIEGO CENTRUM  
STOMATOLOGII WUM, KONSULTANT  
WOJ. MAZOWIECKIEGO W DZIEDZINIE  
STOMATOLOGII DZIECIĘCEJ



foto: archiwum prywatne

## Złą kondycję psychiczną widać również w jamie ustnej

**D**la lekarza dentystry jednym z bardziej widocznych objawów mogących świadczyć o problemach zdrowia psychicznego jest duże zaniedbanie jamy ustnej, manifestujące się akumulacją płytki nazębnej i kamienia, zapaleniem dziąseł i przyzębia, plamami próchnicowymi, próchnicą i jej powikłaniami. Przyczyną może np. być paraliżujący strach przed stomatologiem i unikanie wizyt spowodowane zaburzeniami lękowymi. Zaniedbania mogą też powstawać między innymi z braku higieny – kiedy pacjent ze względu na złą kondycję psychiczną nie ma motywacji do działania, w tym również do szciotkowania zębów.

Nie ograniczajmy obserwacji wyłącznie do jamy ustnej. Warto zwrócić uwagę na strój dziecka. Jeśli mimo upału ma bluzkę z długim rękawem, to być może chce ukryć ślady samookaleczenia się albo przemocy. Zachowania autoagresywne mogą też być widoczne w obrębie

jamy ustnej – niepokojące są rozdarcia wędzidełka wargi górnej, zasinienia, rany na podniebieniu i języku, ślady po poparzeniach i przygryzaniu warg albo policzków, atrycje. Często pacjenci z zaburzeniami psychicznymi cierpią na bruksizm. Z kolei jednym z możliwych przyczyn kserostomii jest nadużywanie niektórych substancji uzależniających. Suchość jamy ustnej może też wynikać z zaburzeń odżywiania. Nieodpowiednie odżywienie organizmu prowadzi również do niedoborów witamin, co negatywnie wpływa na uzębienie, błonę śluzową i przyzębie.

Rodzice często nie zdają sobie sprawy, że przyczyny kłopotów w jamie ustnej mogą wynikać ze złej kondycji psychicznej dziecka. Zdarza się jednak tak, że wręcz wypierają lub ukrywają problem. Jeśli zauważymy niepokojące objawy, rozmawiamy o nich. Lepiej się pomylić, niż zlekceważyć sytuację. Dociekajmy przyczyny. Zaznaczmy, że widzimy sygnały, które warto skontrolować. ●

spojrzeć na rezultaty kompleksowego badania stanu zdrowia psychicznego społeczeństwa i jego uwarunkowań EZOP II, koordynowanego przez IPiN i w Warszawie. Wynika z niego, że ponad 13 proc. respondentów w wieku 7-17 lat doświadczyło zaburzeń psychicznych sklasyfikowanych według DSM-5.

To znaczy, że w Polsce jest niemal 600 tys. nieletnich cierpiących na różnego typu zaburzenia, w tym przede wszystkim internalizacyjne (m.in. lęki i fobie), eksternalizacyjne (w tym zaburzenia odżywiania, zaburzenia związane z zażywaniem substancji psychoaktywnych i alkoholu, tendencje samobójcze), a także

zaburzenia nastroju (np. depresyjne). Z kolei w przypadku dzieci do 6. roku życia u 16 proc. badanych stwierdzono zaburzenia rozwojowe, co przekłada się na ponad 400 tys. maluchów. W tej grupie wiekowej problemy dotyczą przede wszystkim zaburzeń adaptacyjnych, emocjonalno-afektywnych, komunikacji społecznej i interakcji z innymi. Autorzy badania EZOP II zwracają uwagę, że wraz z wiekiem rośnie liczba osób z problemami zdrowia psychicznego, szczególnie w przypadku zaburzeń zachowania, opozycyjno-buntowniczych, obsesyjno-kompulsyjnych, depresyjnych oraz związanych z piciem alkoholu.

Choć analiza jest z 2021 r. (nie ma nowszej edycji), trudno oczekiwać, aby od tego czasu sytuacja się poprawiła. Zwłaszcza że po drodze mieliśmy pandemię COVID-19, która odcisnęła piętno na psychice nieletnich. W latach 2021-2022 Komenda Główna Policji odnotowała lawinowy wzrost prób samobójczych wśród osób do 18. roku

życia (odpowiednio 1496 i 2093 wobec 843 w 2020 r.). W 2023 r. także wzrosła ich liczba, ale w zdecydowanie mniejszym stopniu (2139), co może napawać ostroż-

W Polsce jest niemal 600 tys. nieletnich cierpiących na różnego typu zaburzenia, m.in. lęki i fobie, zaburzenia odżywiania, tendencje samobójcze, a także zaburzenia nastroju, np. depresyjne

nym optymizmem. Pocięszające jest także to, że w 2023 r. spadła liczba zamachów samobójczych zakończonych zgonem w tej grupie wiekowej – do 145 wobec 156 w 2022 r. Czy to może oznaczać,

że trwająca od kilku lat reforma w psychiatrii dzieci i młodzieży zaczyna przynosić pierwsze efekty?

Z odpowiedzi udzielonej przez Ministerstwo Zdrowia na interpelację posła Mirosława Maliszewskiego (z 12 stycznia 2024 r.) w sprawie stanu psychiatrii dziecięcej wynika, że z roku na rok wzrasta liczba pacjentów poniżej 18. roku życia, którym udzielano świadczeń w ramach opieki psychiatrycznej na NFZ – ze 137 851 w 2015 r. do 254 079 w 2022 r. Najbardziej jednak wzrosła liczba świadczeń innych niż te udzielane przez lekarzy psychiatrów, co sugeruje, że przede wszystkim wzrosła dostępność do pomocy w ramach poradni psychologiczno-psycho-terapeutycznych. Niestety, nadal w wielu regionach kraju utrzymują się duże kolejki do psychiatrów dziecięcych przyjmujących w poradniach zdrowia psychicznego. ●

## OCHRONA DZIECI W PLACÓWKACH MEDYCZNYCH

Od 15 sierpnia 2024 r. obowiązują standardy ochrony małoletnich (SOM), które mają wzmacniać ochronę dzieci i młodzieży przed skrzywdzeniem oraz identyfikację ofiar przemocy. Obowiązek ich wprowadzenia ma szereg podmiotów, w tym placówki medyczne, w których przebywają lub mogą przebywać osoby do 18 r.ż., oraz organizatorzy działalności medycznej. Zapisy zostały wprowadzone do ustawy o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym i ochronie małoletnich. Nowelizacja weszła w życie 15 lutego 2024 r. Na pełne wdrożenie SOM placówki miały od tego czasu pół roku.

Standardy mają zawierać konkretne rozwiązania, ale dostosowane do potrzeb danego podmiotu. Muszą m.in. określać zasady zapewniające bezpieczne relacje między

małoletnim a personelem placówki (w szczególności zachowania niedozwolone) oraz zasady i procedurę podejmowania interwencji w sytuacji podejrzenia krzywdzenia lub posiadania informacji o krzywdzeniu małoletniego. Muszą też zawierać procedury i wskazywać osoby odpowiedzialne za składanie zawiadomień o podejrzeniu popełnienia przestępstwa na szkodę małoletniego, zawiadamianie sądu opiekuńczego oraz w przypadku instytucji, które posiadają takie uprawnienia, osoby odpowiedzialne za wszczynanie procedury „Niebieskiej Karty”. Pełen katalog wymogów, jakie muszą spełniać SOM, określa art. 22c ustawy. Co najmniej raz na dwa lata należy dokonywać ich oceny i w razie potrzeby je aktualizować. Dokument ze spisanimi standardami trzeba udostępnić na stronie internetowej podmiotu oraz

wywiesić w widocznym miejscu w jego siedzibie.

– Wprowadzenie standardów ochrony małoletnich to nie tylko formalność, ale też realna szansa na stworzenie bezpieczniejszego świata dla najmłodszych. Myślę, że warto o tym pamiętać, opracowując te zasady lub ucząc się – jako pracownicy i pracownice placówki medycznej lub jakiegokolwiek innej – ich stosowania – zaznacza Agata Sotomska, koordynatorka programu standardy ochrony dzieci w Fundacji Dajemy Dzieciom Siłę (FDDS). – Standardy mogą także dać większy komfort pracy dorosłym. Jasno określają zachowania akceptowane i nieakceptowane w relacjach z dziećmi oraz tworzą klarowne reguły postępowania w sytuacjach krytycznych, gdy trzeba działać szybko i skutecznie, aby zatrzymać eskalację przemocy – dodaje ekspertka fundacji.

TEMAT NUMERU

# Ucieczka od samotności

LIDIA SULIKOWSKA  
DZIENNIKARKA

Alkohol, papierosy, leki, snusy, „kryształki”, gry, social media... – na młodych ludzi czyha wiele substancji i aktywności, od których mogą się uzależnić. Znalazienie przyczyny sięgnięcia po używki jest jedyną skuteczną drogą odciążenia od nałogu.

**O**d czego polskie dzieciaki najczęściej się uzależniają? – Najbardziej popularną substancją jest alkohol, a po nim papierosy. Jeśli chodzi o inne substancje psychoaktywne, to w grę wchodzi m.in. leki z grupy benzodiazepin, a także opioidy, które przeżywają renesans popularności. Młodzież zdobywa je głównie na rynku nielegalnym, podobnie jak narkotyki. Z ulicy albo kupując je online. Czasem podbierają leki rodzicom i dziadkom – mówi dr n. społ. Robert Rejniak, certyfikowany specjalista psychoterapii uzależnień, przewodniczący Polskiego Towarzystwa Zapobiegania Narkomanii (PTZN) w Bydgoszczy.

Małoletni sięgają też m.in. po leki bez recepty, e-papierosy, saszetki ze snusem (rozdrobniony tytoń), a także napoje energetyczne. – Wśród narkotyków od lat króluje marihuana, ale coraz większą popularność zdobywają syntetyczne katynony, np. mefedron czy klefedron, z grupy nowych substancji psychoaktywnych (NSP), popularnie określane „kryształami” – wymienia psychoterapeuta.

Sporo szczegółów na temat zażywania substancji psychoaktywnych przez młodzież szkolną dostarcza ogólnopolskie badanie realizowane co cztery lata w ramach europejskiego projektu ESPAD (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs). Wyniki jego ostatniej edycji (2019) na próbie reprezentatywnej 15-16-latków i 17-18-latków potwierdzają, że alkohol jest najpowszechniejszą substancją psychoaktywną wśród młodzieży. Chociaż raz w życiu piło 80 proc. uczniów z młodszej grupy i 92,8 proc. starszych uczniów. W czasie ostatnich 30 dni przed badaniem piło 46,7 proc. 15-16-latków i 76,1 proc. 17-18-latków. Jeśli chodzi o tradycyjne papierosy, to 15,7 proc. badanych z młodszej grupy i 27,2 proc. ze starszej paliło 40 razy lub więcej.

## WCIĄGAJĄCE TECHNOLOGIE

Poza zazywaniem środków psychoaktywnych mamy też problemy związane z nałogowym wykonywaniem określonych czynności, np. ucieczką w świat, jaki oferują media elektroniczne. Zdarza się też, że zazywanie używek idzie w parze albo wymiennie z uzależnieniami behawioralnymi. Dziecko, które zatapia się w świat wirtualny, może mieć problem z odnalezieniem się w życiu realnym. I wtedy odkrywa, że używki dodają mu pewności siebie i sprawiają, że jest bardziej wyluzowany.

Trudno zaprzeczyć tezie, że bez internetu w obecnych czasach trudno jest funkcjonować. Z drugiej strony brak wiedzy na temat bezpiecznego korzystania z sieci, np. w kwestii znajomości działania algorytmów rekomendujących treści w mediach społecznościowych, może skutkować niebezpiecznym nałogiem. Według najnowszego ogólnopolskiego badania państwowego instytutu badawczego NASK „Nastolatki 3.0” (2022) aż 8,3 proc. ankietowanych miało bardzo wysoki poziom problematycznego użytkowania internetu (PUI). W poprzedniej edycji badania problem ten dotyczył 3,2 proc. młodych ludzi.

## CHCĄ SOBIE POMÓC

Dlaczego dzieciaki zazywają substancje psychoaktywne albo godzinami przesiadają w wirtualnym świecie? – Zazwyczaj pierwszą motywacją jest ciekawość. Pod

## CAŁODOBOWE BEZPŁATNE NUMERY POMOCOWE

**800 12 12 12**

– Dziecięcy Telefon Zaufania Rzecznika Praw Dziecka

**116 111**

– Telefon zaufania dla dzieci i młodzieży Fundacji Dajemy Dzieciom Siłę

tym płaszczykiem kryje się jednak mnóstwo innych powodów. Uważam, że główną przyczyną jest samotność wynikająca ze słabej jakości relacji rówieśniczych i rodzinnych i idące za nią niezaspokojone potrzeby akceptacji, redukcji lęku, stresu i napięć, poczucia sprawczości. Ryzyko uzależnienia zwiększają też pewne cechy osobowościowe, takie jak neurotyczność, a także niezdiagnozowane zaburzenia psychiczne, np. depresja – tłumaczy Robert Rejniak.

Dzieci odkrywają używki i zauwają, że one im w jakiś sposób pomagają. Z kolei e-media dają im to, czego nie mogą uzyskać w „realu”. I wchodzą w to coraz bardziej.

– Dlatego tak ważne w terapii uzależnień jest znalezienie przyczyny, bo to jedyna skuteczna droga odciążenia od nałogu. Pamiętajmy jednak, że najpierw mamy etap eksperymentowania, potem nadużywania, i dopiero później uzależnienia

– podkreśla psychoterapeuta. I dodaje, że mamy w kraju sporo ośrodków specjalizujących się w leczeniu uzależnień dzieci i młodzieży na NFZ i specjalistów terapii uzależnień certyfikowanych przez Ministerstwo Zdrowia. Brakuje jednak placówek zajmujących się małoletnimi z tzw. podwójną diagnozą.

Z kolei osoby w wieku 13-19 lat, które eksperymentują z substancjami psychoaktywnymi (ale nieuzależnione), warto skierować do udziału w bezpłatnych warsztatach w ramach programu wczesnej interwencji „FreD” ([www.programfred.pl](http://www.programfred.pl)). Program nadzoruje Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom. Pod koniec 2021 r. ruszył pilotaż finansowany przez NFZ z pomocą terapeutyczną dla dzieci i młodzieży uzależnionych od nowych technologii cyfrowych. Świadczenia realizuje kilkanaście specjalistycznych ośrodków. Nie potrzeba skierowania. ●



◀ E-media dają dzieciom to, czego nie mogą uzyskać w „realu” i wchodzą w to coraz bardziej

TEMAT NUMERU

# Czas na ocenę ilościową i jakościową

LIDIA SULIKOWSKA

DZIENNIKARKA

Psychiatryczne oddziały całodobowe dla dzieci i młodzieży są przepelnione, ponieważ II poziom referencyjny nie działa prawidłowo – mówi prof. dr hab. n. med. **MAŁGORZATA JANAS-KOZIK**, pełnomocnik ministra zdrowia ds. reformy w psychiatrii dzieci i młodzieży.

**O**d kilku lat jest wdrażany nowy, trzystopniowy model systemu ochrony zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży. W którym miejscu jesteśmy?

Zgodnie z przyjętymi założeniami reforma miała doprowadzić do stworzenia rozbudowanej sieci jednostek oferujących różne formy wsparcia pacjentom niepełnoletnim doświadczającym zaburzeń psychicznych oraz ich rodzinom, dostępnych blisko miejsca zamieszkania. Tak aby móc szybciej uzyskać pomoc na wczesnym etapie pojawiających się problemów, a w rezultacie przenieść ciężar opieki z leczenia szpitalnego do środowiskowego.

Jesteśmy w trakcie przebudowy systemu. W całej Polsce powstało już niemal 500 ośrodków środowiskowej opieki psychologicznej – psychoterapeutycznej dla dzieci i młodzieży, tworzących I poziom referencyjny. Pracują w nich psychologowie, psychoterapeuci i terapeuci środowiskowi dzieci i młodzieży. Są one w miarę równomiernie rozmieszczone, ale niestety nie w każdym powiecie jest taka poradnia. Ten etap reformy można więc uznać za częściowo zakończony. Mamy dwa rodzaje ośrodków I poziomu – typ A (równoważniki czterech etatów) oraz typ B (równoważniki dwóch etatów). Zdecydowano się na takie rozwiązanie ze względu na ograniczone możliwości kadrowe w niektórych regionach kraju. Oczywiście, teraz jest czas na analizę, co działa, a co należy poprawić.

**Jakie są pierwsze spostrzeżenia na temat ich funkcjonowania?**

Być może warto się zastanowić nad uzupełnieniem kadry o specjalistę

► Celem reformy było przeniesienie ciężaru z opieki szpitalnej do środowiskowej – zaznacza Małgorzata Janas-Kozik



fot.: archiwum prywatne

zajmującego się uzależnieniami w tych ośrodkach, a także obowiązkiem utworzenia punktów zgłoszeniowo-koordynacyjnych w celu usprawnienia ścieżki pacjenta. Mam na myśli na przykład infolinię, gdzie odpowiednio przeszkolona osoba będzie umiała pokierować pacjenta w odpowiednie miejsce systemu. Można to nazwać wstępnym triażem. Niektóre ośrodki stworzyły takie punkty, niestety nie są one dodatkowo wyceniane w kontraktach z Narodowym Funduszem Zdrowia. Mam nadzieję, że tę sytuację uda się zmienić.

W środowisku toczy się też dyskusja na temat wymogu dotyczącego liczby porad realizowanych w środowisku dziecka. Obecnie 15 proc. porad w poradniach psychologiczno-terapeutycznych ma być udzielanych w ten sposób. Pojawiają się jednak opinie, że ten

wymóg powinien być obniżony o połowę.

**Zgadza się pani z tym postulatem?**

Mam wątpliwości. Jednak tu nie o moją opinię chodzi. Aby móc podejmować jakiegokolwiek decyzje w tym zakresie, najpierw trzeba poznać dane na temat faktycznej liczby udzielanych porad w środowisku pacjenta przez poszczególne ośrodki. Niestety, brakuje rzetelnej informacji na ten temat. Być może w większości placówek ten wymóg jest bez problemu realizowany, a pojawiające się głosy postulujące obniżenie tego pułapu są w mniejszości? Nie wiem. Najpierw trzeba sprawdzić, ile podmiotów nie realizuje tego wymogu i dlaczego. Dopiero wówczas możemy się zastanowić nad ewentualnymi zmianami. Niestety, brakuje dokładnej sprawozdawczości w tym zakresie. Potrzebne są zmiany w wymogach. Przed nami też analiza jakościowa funkcjonowania ośrodków. Nawiązując do tematu jakości, nalegam, aby nadal szkolenia terapeutów środowiskowych dzieci i młodzieży, psychologów klinicznych dzieci i młodzieży i specjalistów psychoterapii dzieci i młodzieży były prowadzone w ramach ośrodków uniijnych. To daje szansę na zwiększenie kadry.

**Przejdźmy do II poziomu referencyjnego. Zgodnie z założeniami reformy obejmuje on centra**

**zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży z poradnią zdrowia psychicznego, w wariantcie z psychiatrycznym dziennym oddziałem rehabilitacyjnym lub bez niego. Niestety, w tym obszarze pojawia się sporo głosów krytycznych.**

Rzeczywiście, ten fragment przebudowy systemu okazał się trudniejszy. Obecnie mamy ponad 80 poradni funkcjonujących bez oddziału dziennego i podobną liczbę poradni z oddziałem, a pamiętajmy, że dopiero na tym poziomie pojawia się specjalista psychiatrii dzieci i młodzieży. Poradni, szczególnie tych z oddziałem dziennym, ciągle jest zbyt mało. Uważam, że działalność dziennych oddziałów jest za słabo wyceniana, przez co nie ma zbyt dużego impulsu do ich tworzenia.

Problematiczny jest także sposób finansowania placówek II poziomu. Zdecydowano się na model rozliczania za pomocą metody fee-for-service. Już przed reformą jako środowisko psychiatrów dziecięcych zwracaliśmy uwagę, że ta forma nie będzie zachęcała do tworzenia nowych jednostek. Dla porównania – ośrodki I poziomu są finansowane hybrydowo, fee-for-service plus ryczałt. To daje większy komfort działania, co zresztą widać po tym, ile ich powstało.

Dodatkowo w przypadku placówek II poziomu doszło do przeregulowania sprawozdawczości. Jest ona zbyt drobiazgową, przez co zajmuje specjalistom za dużo czasu.

**W myśl reformy III poziom referencyjny tworzą całodobowe psychiatryczne oddziały szpitalne dla dzieci i młodzieży. Jest ich obecnie 34. Ilu brakuje?**

W zasadzie nie potrzebujemy dużo więcej oddziałów całodobowych. Celem reformy było przeniesienie ciężaru z opieki szpitalnej do środowiskowej. To się powoli dzieje.

**Kierownicy tych oddziałów od lat alarmują, że mają bardzo dużo pacjentów, a reforma na razie raczej nie poprawiła tej sytuacji.**

Psychiatryczne oddziały całodobowe dla dzieci i młodzieży są przepełnione, ponieważ II poziom referencyjny nie działa prawidłowo. Mamy dobrze rozwinięty system ośrodków I poziomu, który dostarcza podstawowej pomocy psychologicznej i psychoterapeutycznej pacjentom. Część dzieci i nastolatków wymaga jednak opieki lekarza psychiatry lub pobytu w oddziale dziennym, co powinny zapewniać ośrodki II poziomu referencyjnego. Niestety, jest ich za mało. Tworzy się wąskie gardło, przez co kumulują się pacjenci w oddziałach całodobowych.

### Reforma psychiatrii dzieci i młodzieży

<b>I poziom referencyjny</b>	ośrodki środowiskowej opieki psychologicznej i psychoterapeutycznej dla dzieci i młodzieży, 480 świadczeniodawców* (skierowanie nie jest wymagane)
<b>II poziom referencyjny</b>	centra zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży <ul style="list-style-type: none"> <li>• I wariant: poradnia zdrowia psychicznego, 83 świadczeniodawców*</li> <li>• II wariant: poradnia zdrowia psychicznego + oddział dzienny, 86 świadczeniodawców*</li> </ul> (skierowanie nie jest wymagane – z wyjątkiem oddziału dziennego)
<b>III poziom referencyjny</b>	ośrodki wysokospecjalistycznej całodobowej opieki psychiatrycznej, 34 świadczeniodawców*, (skierowanie jest wymagane – z wyjątkiem nagłego zagrożenia życia)

\*liczba świadczeniodawców realizujących świadczenia w ramach NFZ, stan na 7 czerwca 2024 r., źródło: NFZ

**Jeśli popatrzymy na dane liczbowe dotyczące świadczeń z zakresu psychiatrii dzieci i młodzieży, to widzimy, że w niektórych rejonach kraju realizuje się ich bardzo dużo, a w innych znacznie mniej. Skąd biorą się dysproporcje?**

Możemy się domyślać, że chodzi o liczbę ludności i jej rozproszenie na określonym terenie, ale powody mogą być różne w zależności od regionu kraju. To zagadnienie wymaga wnikliwej analizy. Doszliśmy do takiego etapu reformy, aby powiedzieć: sprawdzam. Przeanalizować, ile świadczeń jest realizowanych na danym obszarze, i porównać je między sobą. Dopiero wówczas będziemy mogli odpowiedzieć na pytanie, dlaczego w miejscu A potrzeby są zapewniane, a w miejscu B brakuje świadczeniodawców chętnych do realizacji kontraktów w ramach NFZ.

**W ubiegłym roku Ministerstwo Zdrowia przedstawiło standardy organizacyjne i merytoryczne dla ośrodków wszystkich poziomów referencyjnych nowego modelu ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży. Jak je pani ocenia?**

Charakteryzuje je wysoki poziom ogólności, ale właśnie tak one powinny wyglądać. Są drogowskazem pokazującym, jak wzorcowo powinny funkcjonować jednostki I, II i III poziomu referencyjnego. Oczywiście, nie jest wykluczone, że w przyszłości będziemy je modyfikować. Zmiana systemowa

w psychiatrii dzieci i młodzieży nie jest jeszcze zakończona.

**Co jeszcze wymaga poprawy?**

Nie funkcjonuje przepływ danych na temat pacjentów pomiędzy poszczególnymi poziomami referencyjnymi, nie mówiąc już o komunikacji międzysektorowej – ze szkołą, opieką społeczną, kuratorem i sądem. Nikt nie chce się dzielić informacjami ze względu na przepisy dotyczące ochrony danych osobowych. Efekt jest taki, że cała wiedza o pacjencie opiera się na informacjach przekazanych przez rodzica lub opiekuna ustawowego. Nie tak to powinno wyglądać. Aby upłynnić wymianę danych, potrzebujemy stosownych rozporządzeń. To olbrzymia bariera do pokonania. Mamy przed sobą sporo pracy. •

**PROF. DR HAB. N. MED.  
MAŁGORZATA JANAS-KOZIK**

Specjalista pediatrii i psychiatrii dzieci i młodzieży, specjalista psychoterapii dzieci i młodzieży, kierownik Katedry i Oddziału Klinicznego Psychiatrii i Psychoterapii Wieków Rozwojowego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach w Centrum Zdrowia Dziecka i Rodziny w Sosnowcu, pełnomocnik ministra zdrowia ds. reformy w psychiatrii dzieci i młodzieży, członek Rady ds. Zdrowia Psychicznego, członek Rady Ekspertów Naczelnej Rady Lekarskiej.



## AKTUALNOŚCI

# Prognoza na jesień: będzie gorąco

Wielka reforma szpitali, obniżenie składki zdrowotnej, decyzja w sprawie podwyżek dla pielęgniarek, poważne zmiany w ustawie o Krajowej Sieci Onkologicznej. Lista nie jest zamknięta, bo projektów, które rząd przekaze do Sejmu, być może będzie więcej już we wrześniu. Patrząc tylko od strony systemu ochrony zdrowia, ma się dziać.

MAŁGORZATA SOLECKA  
DZIENNIKARKA



**M**inisterstwo Zdrowia 9 sierpnia przekazało do konsultacji publicznych zapowiadany zaledwie miesiąc wcześniej projekt nowelizacji ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, wprowadzający zmiany w sektorze szpitalnym oddziałujące na cały system – również na jego część ambulatoryjną. Na konsultacje tego fundamentalnego dla systemu opieki zdrowotnej projektu resort dał tylko trzy tygodnie, co – biorąc pod uwagę specyfikę drugiej połowy sierpnia (tydzień z długim weekendem, okres urlopowy) – wydaje się dość specyficznym posunięciem. Nie ukrywali tego zresztą przedstawiciele szpitali powiatowych, którzy dosłownie trzy dni przed publikacją dokumentu na stronach RCL gościli na rozmowach w Ministerstwie Zdrowia. Jak komentowali w mediach branżowych, nie zostali uprzedzeni, że projekt jest już gotowy. A przecież to ich szpitali zmiany mają dotyczyć w pierwszej kolejności.

Zaskoczenie było tym większe, że to właśnie na spotkaniu zorganizowanym w lipcu przez Ogólnopolski Związek Pracodawców Szpitali Powiatowych, w którym uczestniczyli przedstawiciele szpitali samorządowych oraz samorządowcy, minister Izabela Leszczyna wraz ze współpracownikami, m.in. wiceprezesem Narodowego Funduszu Zdrowia Jakubem Szulcem, przedstawiła plan zmian. Spotkał się on z niezwykle ciepłym przyjęciem uczestników. Minister chwaliła się nawet dziennikarzom, że usłyszała od jednego z nich: – Część propozycji zespołu została jakby

żywcem przekopiewana z postulatów, które dyrektorzy zgłaszają od lat!

## TRZY FILARY REFORMY

Program, który w lipcu przedstawiła minister Leszczyna, jest długodystansowy, obliczony na dekadę, ale kluczowe zmiany mają być zrealizowane w dwa lata – to wynika wprost ze zobowiązań wobec Komisji Euro-

Nie ma gwarancji korzystnej dla świadczeniodawców retaryfikacji, bo nie ma planów, by znacząco wzrosły nakłady na zdrowie

pejskiej. Trzeba pamiętać, podkreślają przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia, że w KPO wpisano kamienie milowe, które zakładały likwidację części nierentownych szpitali. Do tego zobowiązać się miał poprzedni rząd, choć żaden z projektów przygotowywanych w latach 2021-2022 przez ekipę byłego ministra Adama Niedzielskiego

nie wyszedł poza fazę wstępnych konsultacji. Obecny rząd musiał przez kilka miesięcy renegocjować warunki uruchomienia środków na ochronę zdrowia – w sumie ok. 19 mld zł – a negocjacje były tym bardziej skomplikowane, że na każdym niemal kroku „potykano się” o ustawę szpitalną.

– Dobrze funkcjonujące szpitale są w interesie nas wszystkich. System to naczynia połączone, a powodzenie tej reformy zależy od naszej współpracy i chęci podjęcia wysiłku, by rzeczywistość w ochronie zdrowia zmieniać na lepsze. Czekają na to pacjenci, czekają na to Polacy – podkreślała Leszczyna na lipcowym spotkaniu ze środowiskiem szpitalnym. Dodała, że trzy filary reformy to: deregulacja, transformacja, odwrócona piramida świadczeń.

## RÓWNOWAGA FINANSOWA SZPITALI

Na omawianie konkretnych rozwiązań przyjdzie czas, gdy na dobre ruszy proces legislacyjny. Warto jednak zauważyć, że sensem większości propozycji jest – dyrektorzy nie



fot. Ministerstwo Zdrowia

kryli zadowolenia z tego faktu – znaczące zmniejszenie presji kadrowej, pod jaką w tej chwili pracują szpitale. Zarówno z zapowiedzi minister zdrowia, jak i z przedstawionego w sierpniu projektu wynika, że część szpitali będzie mogła zrezygnować z ostrego trybu pracy 24/7 i przestawić się na tryb wyłącznie planowego leczenia. Nie tylko nie będzie konieczności zabezpieczania pracy SOR, ale również całodobowego bloku operacyjnego. Również ewentualna konsolidacja szpitali (ministerstwo bardzo liczy, że samorządy zaczną się porozumiewać, dzięki czemu przestaną się dublować niektóre oddziały w bardzo bliskim sąsiedztwie) ma skutkować mniejszym zapotrzebowaniem na pracę przede wszystkim lekarzy. Podobny efekt mają przynieść przekształcenia łóżek z ostrych w długoterminowe. Minister zdrowia zapewnia, że nie tylko dzięki poprawie wycen, ale też rozluźnieniu wymogów stawianych szpitalom łóżka te zaczną się co najmniej bilansować (dziś opieka długoterminowa, jak podkreślają dyrektorzy, generuje duże straty). Szpitalom w osiągnięciu równowagi finansowej ma pomóc również odwrócenie piramidy świadczeń: jeśli duża część procedur będzie realizowana w opiece ambulatoryjnej, nie będzie trzeba zatrudniać tylu lekarzy na dyżurach, ergo – presja płacowa się zmniejszy.

Kluczową rolę mają odgrywać MZS: mapy zabezpieczenia szpitalnego. Przygotowane przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji oraz urzędy wojewódzkie mają się stać swego rodzaju

kompasem m.in. wskazującym kierunki wydawania środków publicznych. Zgodnie z ewangelicznym „kto ma, temu dodano”, szpitale stabilne finansowo i zgodne w profilu z MZS będą otrzymywać dodatkowe punkty w konkursach (np. na środki unijne, z Funduszu Medycznego, ale też w konkursach ogłaszanych przez NFZ, co będzie oznaczać dodatkowe finansowanie świadczeń). Szpitale niestabilne finansowo (lub niezgodne z mapami) będą mogły liczyć na celowane środki w ramach wspierania

Za wynik finansowy skonsolidowanego podmiotu mają odpowiadać wszystkie tworzące go jednostki samorządu terytorialnego

procesu transformacji, preferencyjne punkty w konkursach na dostosowanie się do map świadczeń i zmianę profilu działalności. Będą też mogły korzystać z instrumentów Banku Gospodarstwa Krajowego (BGK).

Pakiety wsparcia mają być doraźne i długodystansowe (perspektywa dekady). Doraźny pakiet zakłada zamianę zobowiązań wymagalnych (określonych na dzień 1 lipca 2024 r.) w kredyt długoterminowy, udzielony przez BGK, zawarcie porozumienia z ZUS o rozłożeniu na

◀ W lipcu odbyła się konferencja nt. zmian systemowych w ochronie zdrowia została zorganizowana przez Ogólnopolski Związek Pracodawców Ochrony Zdrowia, Ministerstwo Zdrowia i Narodowy Fundusz Zdrowia. Na zdjęciu: minister zdrowia Izabela Leszczyńska oraz (od lewej) prezes NFZ Filip Nowak, dyrektor Szpitala Wojewódzkiego w Poznaniu Piotr Nowicki i wiceminister Marek Kos.

raty składek za okres pierwszego roku transformacji, utrzymanie ryczału PSZ (podstawowe szpitalne zabezpieczenie świadczeń) w pierwszym i drugim roku transformacji, a także wyznaczenie poziomu ryczału na kolejny rok transformacji na podstawie średniego poziomu wykonania ryczału w dwóch latach transformacji. Pakiet długodystansowy z kolei to mechanizm warunkowego oddłużenia szpitali. Ministerstwo chce zamiany długu na dziesięcioletni kredyt w BGK, poręczony przez podmiot tworzący. Kredyt byłby umarzalny w dziesięciu częściach, pod warunkiem realizacji planu naprawczego i osiągania zbilansowanego wyniku (bez straty). Proces ma być nadzorowany przez AOTMiT. A jeśli szpital przestanie się bilansować, kredyt przestanie być umarzany i przejdzie na organ założycielski jako jego zobowiązanie.

## BYĆ ALBO NIE BYĆ

Co innego jednak nawet najbardziej obiecująca prezentacja w PowerPoint, co innego – konkretny projekt ustawy, który nawet bez aktów wykonawczych przesądzić może o być lub nie być szpitala (a na pewno o być lub nie być w dotychczasowej formule, minister zdrowia zapewnia konsekwentnie, że nie będzie żadnej likwidacji podmiotów leczniczych, lecz gołym okiem widać plany daleko idących przekształceń). Dlatego dyrektorzy nie kryli zaskoczenia, wręcz – konfuzji. Dopiero co chwalili ministerstwo za wolę dialogu, liczyli, być może, na prekonsultacje, a tu skrócone konsultacje i zapowiedź, że ze względu na konieczność szybkiego uruchomienia pieniędzy z KPO (termin ich rozliczenia upływa w czerwcu 2026 r.) trzeba się liczyć z szybkim procesem legislacyjnym, co stawia pod znakiem zapytania możliwość pogłębionej dyskusji np. na etapie prac Komisji Zdrowia.

Tematów do dyskusji nie zabraknie. Już po pobieżnej lekturze projektu doświadczeni menedżerowie wskazywali, że część proponowanych rozwiązań – na przykład dotyczących konsolidacji szpitali – ma wszelkie szanse pozostać „papierową alternatywą”. Powód? Jest cała lista. Jednym z kluczowych znaków zapytania jest jednak odpowiedzialność

finansowa samorządów za wynik finansowy. Nie ma żadnych gwarancji ustalenia wycen świadczeń w taki sposób, by równoważyły koszty, zaś za wynik finansowy skonsolidowanego podmiotu mają odpowiadać wszystkie tworzące go jednostki samorządu terytorialnego.

### **POROZMAWIAJMY O PIENIĄDZACH: CZYLI O CZYM?**

W środku wakacji GUS opublikował wstępne informacje na temat tego, jak kształtowały się wydatki bieżące na zdrowie w 2023 r. Łączne wydatki, podkreślmy 241,6 mld zł, czyli 7,1 proc. realnego PKB, z czego 5,8 proc. to wydatki publiczne (z samorządowymi), 1,3 proc. PKB – wydatki prywatne. Ciekawą informacją jest to, że po raz pierwszy od lat zmniejszyły się zauważalnie, choć nie drastycznie, odsetek wydatków prywatnych (nominalnie był to spadek o ponad 7 mld zł). Co za tym stoi, jeszcze trudno powiedzieć. Można domniemywać, że to efekt kilku czynników. Na pewno wpływ miały zmiany w zasadach finansowania leków refundowanych, ale też – być może – realizowanie na dużą skalę w 2023 r. nielimitowanych badań diagnostycznych i wdrożenie opieki koordynowanej w części POZ, co uwolniło pacjentów od konieczności decydowania się na odpłatną diagnostykę i konsultację.

Komunikat GUS w pewnym sensie jest historyczny – po raz pierwszy łączne wydatki bieżące na zdrowie przekroczyły granicę 7 proc. PKB. Zanim jednak strzelą korki od szampanów, warto przypomnieć, że według raportu „Health at a Glance 2023” (dane finansowe za 2022 r.) średnia dla krajów OECD to 9,2 proc. Dla krajów unijnych, o czym przekonamy się już w listopadzie, jest ona – jak można się domyślać – zapewne wyższa. Co prawda nie wiadomo, czy powtórzy się wynik z 2021 r., gdy średnia dla Europy oscylowała wokół 11 proc. (dane z 2020 r., niemal wszystkie kraje, choć nie Polska, w sposób znaczący zwiększyły wydatki na zdrowie), ale średniej niższej niż dla OECD nie można się spodziewać.

Kluczowym wskaźnikiem nie są jednak wydatki ogółem, ale wydatki publiczne. Te według GUS sięgnęły w 2023 r. 5,8 proc. PKB (realny wskaźnik). To również najwyższy w historii wskaźnik (według metodologii ustawowej, czyli n-2, przekroczyliśmy w ubiegłym roku docelowe 7 proc. PKB), tyle tylko, że – jak wynika z sierpniowej edycji Monitora Finansowania Ochrony Zdrowia – ani w 2024, ani w 2025 r. nie uda się

### **WYNAGRODZENIA DO ZAMRAŻARKI?**

Dyrektorzy szpitali chcieliby, żeby rząd „coś zrobił” z wynagrodzeniami w ochronie zdrowia. Padł nawet konkretny postulat: zamrożenia ustawy o minimalnych wynagrodzeniach, która – jak zgodnie twierdzą szefowie szpitali – rozsada w tej chwili finanse systemu ochrony zdrowia. To zresztą nie jest tylko ocena dyrektorów. Gdy pod koniec czerwca zespół ekspertów przedstawił raport dotyczący dziury finansowej w systemie ochrony zdrowia, jako jeden z elementów programu naprawczego wskazano właśnie zmiany w ustawie o wynagrodzeniach minimalnych, zmniejszające dynamikę wzrostu płac w tym sektorze. W tej chwili, jak wynika z prognoz Federacji Przedsiębiorców Polskich, nie tylko cały planowany wzrost nakładów na kolejny rok (nieco ponad 16 mld zł, plan do planu, mają wzrosnąć wydatki publiczne w 2025 r.) zostanie pochłonięty przez podwyżki wynagrodzeń, ale jest duża obawa, że okaże się on niewystarczający na pokrycie ustawowych zobowiązań.

Pracownicy, przynajmniej na razie, mogą jednak odetchnąć z ulgą: minister zdrowia w lipcu wykluczyła zmiany w ustawie, które miałyby coś „zabrać” w stosunku do tego, co zagwarantował poprzedni rząd. Nawet jeśli, tak jak to ma miejsce w tym roku, budżet płatnika przestaje się spinać, ustawa o wynagrodzeniach minimalnych jest nie do ruszenia. Oczywiście, przemawiają za tym względy polityczne. Jednocześnie jednak MZ nie zamierza ustępować i przeprowadzać kolejnych zmian pod dyktando pracowników, a już na pewno – ich części. Przed wakacjami sejmowymi nie udało się zakończyć prac nad obywatelskim projektem nowelizacji ustawy. Pielęgniarki, które projekt (jeszcze w poprzedniej kadencji) złożyły, odgępnują się od kształtu, jaki pracująca od lutego specjalna podkomisja przygotowała dla

Komisji Zdrowia oraz Komisji Finansów Publicznych (te się nie zdołały zebrać, by zarekomendować Sejmowi uchwalenie bądź odrzucenie ustawy). Chodzi o niewielkie korekty współczynników w dwóch grupach, do których zakwalifikowana jest większość pielęgniarek i położnych, i nałożenie na pracodawców obowiązku uznawania kwalifikacji posiadanych, ale tylko wtedy, gdy zostały one podniesione co najmniej za ich zgodą. Odrzucenia projektu albo dniekontynuowania w tej chwili prac nad nim (w obu wersjach, pielęgniarskiej i ministerialnej) chce większość partnerów społecznych, czyli organizacje pracodawców i dwie centrale związkowe (poza Forum Związków Zawodowych) z Zespołu Trójstronnego ds. Ochrony Zdrowia.

– Jestem wkurzona, bo kolejna władza lekceważy pielęgniarki. Nasza ustawa jest przerzucana w Sejmie jak gorący kartofel. Nie traktuje się nas poważnie, a sprowadza do problemu finansowego – mówiła w sierpniu mediom Krystyna Ptok, reprezentująca środowisko pielęgniarek w pracach nad ustawą. Pielęgniarki wprost zarzucają minister zdrowia „pozorowanie dialogu” i przestrzegają, że w 2030 r. 70 proc. pielęgniarek będzie w wieku emerytalnym, co grozi zapaścią systemową.

Płace białego personelu są – jak pokazuje czas – solą w oku kolejnej ekipy rządzącej. Tak jak w poprzednich latach politycy szermowali w wypowiedziach publicznych astronomicznymi wynagrodzeniami „wcale nie wybitnych” lekarzy (prezes PiS Jarosław Kaczyński), tak teraz jeden z posłów Koalicji Obywatelskiej (Przemysław Witek, sejmowy debiutant) zaistniał w przestrzeni publicznej, stwierdzając w wywiadzie dla radiowej Jedynki, że lekarze są w stanie „przejeść” każde dołożone do systemu pieniądze – 10, 20 czy 100 mld zł.

utrzymać tego wyniku – realny odsetek wydatków na zdrowie będzie niższy niż w 2023 r. Powód jest oczywisty – finansowe eldorado w ochronie zdrowia w roku wyborczym zawdzięczamy rozwiązaniu rezerw Funduszu. Manewr na taką skalę nie do powtórzenia (choć warto zauważyć, że dzięki niesprawności systemu i niedo wykonaniom w Funduszu pojawiło się w tym roku kilka miliardów złotych, które znów można wliczyć w koszty świadczeń, łatając nieco lukę).

### CISZEJ NAD TĄ LUKĄ...

Jest bardzo prawdopodobne, że zanim Sejm pochyli się nad reformą szpitalnictwa, zajmie się projektem dotyczącym składki zdrowotnej. Konkretnie, tematem jej obniżenia. Uściślając, obniżeniem składki zdrowotnej dla przedsiębiorców. Stawiając kropkę nad „i”: likwidacja oskładkowania przychodów firm z tytułu sprzedaży środków trwałych. To propozycja rządu, której koszt minister finansów szacuje na 4 mld zł. Andrzej Domański podkreśla, że to maksymalna kwota, na jaką stać budżet państwa w 2025 r. Koalicjanci mają swoje pomysły – znacznie bardziej odważne i znacznie bardziej kosztowne, o których w wakacje nie dawali zapomnieć. Polska 2050 chce przeformować obniżkę składki dla wszystkich, nie tylko dla przedsiębiorców, i ustalenie ryczałtowych stawek (300, 500 i 700 zł miesięcznie, w zależności od dochodów). Ramowo tę propozycję popiera również PSL, choć ludowcy twierdzą, że jeśli zgody nie będzie, mają swój własny, kompromisowy projekt. Lewica chce likwidacji składki i finansowania ochrony zdrowia z budżetu, ale na pewno również zwiększenia nakładów na zdrowie. Minister zdrowia koalicjantom nie szczędzi ostrych słów. Propozycję zmian w składce, której twarzą jest Ryszard Petru (Polska 2050), nazywa „nieodpowiedzialną”, propozycję Lewicy budżetowego finansowania systemu, którą firmuje sekretarz stanu w MZ, Wojciech Konieczny – „tęsknotą za PRL”. To jednak tylko... igrzyska. Co z chlebem?

Gdy pod koniec czerwca Federacja Przedsiębiorców Polskich przedstawiła raport (jego współautorem jest dr n. med. Bernard Waśko, były wiceprezes NFZ, a obecnie dyrektor NIZP PZH-PIB), z którego wynika, że luka w finansach systemu ochrony zdrowia do 2027 r. może sięgnąć blisko 160 mld zł, można się było spodziewać, że w następnych tygodniach (Sejm pracował wszak do końca lipca) będzie to temat numer jeden politycznego,

czy też publicznego, dyskursu. Nic takiego jednak nie miało miejsca. Zdecydowana większość polityków przeszła nad tym raportem do porządku dziennego, mimo że okazji do podjęcia tematu nie brakowało. Choćby podczas obrad Komisji Zdrowia czy Komisji Finansów Publicznych nad planem finansowym NFZ.

Politycy – bez względu na barwy partyjne – wolą powtarzać slogany o rosnących nakładach na zdrowie. Ale choćby sierpniowy Monitor Finansowania OZ pokazuje, że mimo nominalnych wzrostów dość karkołomne jest nazywanie ich „skokowymi”, „potężnymi” – czy jakichkolwiek przymiotników by jeszcze używano. Nominalny wzrost nakładów w latach 2016-2023 wyniósł ponad 130 proc., ale uwzględniając infla-

Minister zdrowia zapewnia, że dzięki poprawie wycen i rozluźnieniu wymogów stawianych szpitalom, łóżka zaczną się bilansować

cję – już tylko nieco ponad 50 proc. Gdy dodać korektę uwzględniającą dynamikę wzrostu PKB – możemy mówić o wzroście w ciągu ośmiu lat szesnastoprocentowym. Niemało, ale warto też pamiętać, że mówimy o okresie, w którym pojawiły się nadzwyczajne wydatki związane z pandemią (2020-2021).

Z jednej strony trudno mówić o skokowym wzroście (pamiętając jeszcze mikrą bazę wyjściową), z drugiej – tematem do refleksji jest informacja o wzroście liczby wykonywanych świadczeń. W głównych kategoriach ogółem nastąpił wzrost o 6,3 proc. Liczba świadczeń nie jest, być może, doskonałym parametrem, ale w dość dobry sposób odzwierciedla dostępność do usług zdrowotnych. Łukasz Kozłowski, główny ekonomista FPP, podkreślał podczas spotkania z dziennikarzami, że szczególnym powodem do niepokoju powinna być dynamika świadczeń w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, których liczba zwiększyła się jedynie o 0,4 proc. Trudno jednak się dziwić, analizując dynamikę nakładów na ten segment systemu: nominalnie wzrosły one

o 48 proc., realnie (po korekcie inflacyjnej i uwzględniającej dynamikę PKB) spadły o jedną czwartą. To zresztą największy spadek wśród wszystkich kategorii świadczeń (o ponad 8 proc. spadły realne wydatki na stomatologię, o 4,4 proc. – na POZ, w tym samym czasie wydatki na szpitalnictwo wzrosły realnie o ponad 30 proc.).

I tak choć największym wyzwaniem dla systemu ochrony zdrowia są kolejki do specjalistów, jak mówił Arkadiusz Pączka, wiceprzewodniczący Federacji Przedsiębiorców Polskich, liczba świadczeń w zasadzie nie zwiększa się, a kolejki rosną. – Sprawozdania kwartalne Narodowego Funduszu Zdrowia wskazują, że liczba pacjentów oczekujących na wizytę u specjalisty w trybie pilnym przekroczyła 560 tys. osób, co oznacza wzrost o ponad 70 proc. od 2021 r.

### MOŻE BYĆ GORZEJ?

Filip Nowak podczas lipcowego spotkania z dyrektorami szpitali rekomendował, by w kolejnych miesiącach, w trzecim i czwartym kwartale, pilnowali skali nadwykonoń w zakresach świadczeń limitowanych, włączając w to świadczenia udzielane w ryczałcie. Dyrektorzy odebrali to jako jasny sygnał, że płatnik będzie dyscyplinował świadczeniodawców i nie będzie tak hojny jak w 2023 r. W kolejnych tygodniach przyszedł potwierdzenie – szerokim echem odbiła się zwłaszcza wypowiedź wiceministra Jerzego Szafranowicza, który na posiedzeniu Komisji Zdrowia zapowiedział, że resort będzie chciał ograniczyć zjawisko nadwykonoń.

– Dlaczego są nadwykonoń? Sami je generujemy. Jeżeli przyjdzie do mnie pacjent, mogę zrobić trzy wizyty, a mogę zrobić piętnaście wizyt. My, lekarze, też lubimy pieniądze, też mamy swoje za uszami – stwierdził. I nawet jeśli uznać to za lapsus, kolejne tygodnie przyniosły w różnych województwach potwierdzenie, że właśnie w nadwykonońach rozpoczyna się szukanie oszczędności. W ostatnich miesiącach 2024 r. ten proces może się nasilić. ●

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

## AKTUALNOŚCI

# Prawo wykonywania zawodu w smartfonie

PIOTR KOŚCIELNIAK

Najważniejsze dokumenty lekarzy i lekarzy dentyistów trafiły do aplikacji mObywatel dostępnej dla popularnych urządzeń mobilnych.

**T**o ogromne ułatwienie gwarantujące, że PWZ zawsze będzie aktualne i pod ręką. Włączenie dokumentów w postaci mobilnej do mObywatela jest również realizacją postulatów samorządu lekarskiego.

Nowe dokumenty zostały wprowadzone przez Ministerstwo Zdrowia we współpracy z Naczelną Izbą Lekarską, która odpowiada za poprawność i aktualność danych lekarzy i lekarzy dentyistów udostępnianych w aplikacji, oraz z Ministerstwem Cyfryzacji. To ostatnie rozwija aplikacje na urządzenia mobilne.

– Ważne, że ruszyło. Byliśmy gotowi od pół roku, ale wreszcie doczekaliśmy się – podkreślił prezes Naczelnej Rady Lekarskiej Łukasz Jankowski. – To ważny krok w cyfryzacji naszej profesji. Użytecznej cyfryzacji, która przysłuży się lekarzom i ich pacjentom. Nikt nie poda już w wątpliwość naszej tożsamości, dokument będzie zawsze pod ręką. Środowisko lekarskie długo czekało na to rozwiązanie.

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej już na początku kwietnia pozytywnie oceniło projekt rozporządzenia ministra zdrowia dotyczący prawa wykonywania zawodu w formie elektronicznej. Minister Izabela Leszczyzna potwierdziła gotowość wdrożenia tego rozwiązania podczas Nadzwyczajnego XVI Krajowego Zjazdu Lekarzy w Łodzi w maju tego roku. Zapowiedziała, że z elektronicznego dokumentu lekarze będą mogli korzystać już w wakacje.

– Oprócz dużych zmian systemowych krok po kroku realizujemy też inne ważne postulaty, by usprawniać pracę lekarzy. Jednym z nich było włączenie Prawa wykonywania zawodu lekarza i Prawa wykonywania zawodu lekarza dentyisty do aplikacji mObywatel 2.0, co było oczekiwane przez środowisko lekarskie – zapewniła Izabela Leszczyzna.

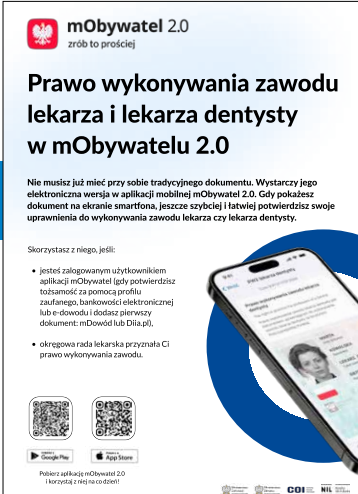
Wdrażanie elektronicznej postaci PWZ rozpoczęło się 17 lipca. Nowa funkcjonalność udostępniana była sukcesywnie kolejnym użytkownikom. Do 31 lipca dostęp do PWZ w smartfonach otrzymali wszyscy lekarze i lekarze dentyści.

Mobilne dokumenty PWZ zawierają nazwę dokumentu („Prawo wykonywania zawodu lekarza” lub „Prawo wykonywania zawodu lekarza dentyisty”) w językach polskim i angielskim, numer prawa wykonywania zawodu, datę i termin ważności, organ przyznający prawo wykonywania zawodu, imię i nazwisko lekarza lub lekarza dentyisty, tytuł zawodowy oraz

wizerunek twarzy. W przypadku dokumentu wydawanego na czas określony wersja elektroniczna zawiera również adnotacje opisujące zakres czynności zawodowych oraz czas i miejsce zatrudnienia, na jakie zostało przyznane PWZ. Elektroniczne wersje dokumentów po pobraniu są dostępne offline. Na urządzeniu są przechowywane w postaci zaszyfrowanej – są bezpieczne i nie można ich modyfikować ani skopiować. •

## JAK SKORZYSTAĆ Z EPWZ W APLIKACJI MOBYWATEL

- 1 Zainstaluj aplikację mObywatel 2.0 ze sklepu Google Play lub App Store.
- 2 Zarejestruj aplikację przez potwierdzenie tożsamości. Można to zrobić przez profil zaufany, e-dowód (dowód osobisty wyposażony w układ elektroniczny) lub przez bankowość internetową.
- 3 Dodaj dowód tożsamości – mDowód (elektroniczny dokument tożsamości ważny w Polsce) lub Diia.pl (elektroniczny dokument dla osób z ukraińskim obywatelstwem, które przekroczyły granicę polsko-ukraińską po 24 lutego 2022 r.).
- 4 U góry ekranu (obok napisu Dokumenty) dotknij przycisku „Dodaj”. Z listy dostępnych typów dokumentów wybierz odpowiednią pozycję – PWZ lekarza lub PWZ lekarza dentyisty.
- 5 Twoje dane zostaną zweryfikowane na podstawie rejestrów Naczelnej Izby Lekarskiej, a następnie pobrane do urzędu.
- 6 Upewnij się, że dokument nie zawiera błędów, sprawdź datę ostatniej aktualizacji.



**mObywatel 2.0**  
zrób to prościej

### Prawo wykonywania zawodu lekarza i lekarza dentyisty w mObywatelu 2.0

Nie musisz już mieć przy sobie tradycyjnego dokumentu. Wystarczy jego elektroniczna wersja w aplikacji mobilnej mObywatel 2.0. Gdy pokażesz dokument na ekranie smartfona, jeszcze szybciej i łatwiej potwierdzisz swoje uprawnienia do wykonywania zawodu lekarza czy lekarza dentyisty.

Skorzystasz z niego, jeśli:

- jesteś zarejestrowanym użytkownikiem aplikacji mObywatel i gdy potwierdzisz tożsamość za pomocą profilu zaufanego, bankowości elektronicznej lub e-dowodu i dodasz pierwszy dokument: mDowód lub Diia.pl,
- okręgowy rada lekarska przyznała Ci prawo wykonywania zawodu.

Pobierz aplikację mObywatel 2.0 i skorzystaj z niej na 10 dni!

Google Play | App Store

GOI | NIS

- 7 W celu potwierdzenia swoich uprawnień do wykonywania zawodu wystarczy okazać dokument na ekranie. Osoba prosząca o potwierdzenie może również wyświetlić u siebie kod QR – wtedy konieczne będzie wybranie na dole ekranu opcji „Kod QR”, a następnie „Zeskanuj kod QR” w celu potwierdzenia swoich danych. Tylko od woli lekarza i lekarza dentyisty zależy, czy i komu przedstawi elektroniczny dokument.

## Ma być łatwiej i wygodniej

Wprowadzenie elektronicznej wersji PWZ to istotny krok na drodze do cyfryzacji samorządu lekarskiego – mówi **KRZYSZTOF NAPORA**, kierownik działu IT w Naczelnej Izbie Lekarskiej

### **D**laczego wprowadzenie mobilnego PWZ jest tak istotne dla lekarzy? W jakich sytuacjach może okazać się przydatne?

Lekarz nie musi już nosić swojej książeczki czy plastikowej karty z PWZ. Wystarczy, że zaloguje się do mObywatela i jeden raz doda nowy dokument – PWZ lekarza lub PWZ lekarza dentystry. Aplikacja mObywatel wygeneruje mu dokument elektroniczny, którym może posługiwać się dokładnie w taki sam sposób, jak tradycyjnymi dokumentami PWZ. Elektroniczne prawo wykonywania zawodu jest takim samym, prawnie usankcjonowanym dokumentem, jak to plastikowe – identyfikuje i potwierdza uprawnienia lekarskie.

Lekarz może taki elektroniczny dokument okazać osobie chcącej zwerifikować jego uprawnienia, ale może również udostępnić swoje dane zawarte w mobilnym PWZ przez zeskanowanie kodu QR. W takim przypadku druga osoba, również posiadająca aplikację mObywatel, może sprawdzić poprawność tych danych.

### **Naczelna Izba Lekarska udostępnia te informacje ze swoich rejestrów. Jak to dokładnie wygląda?**

Dane, które znajdują się w okręgowych izbach lekarskich, są przekazywane do Centralnego Rejestru Lekarzy, a z CRL do Centralnego Ośrodka Informatyki nadzorowanego przez Ministerstwo Cyfryzacji. Służy to weryfikacji danych – w tym procesie Centralny Rejestr Lekarzy

► **Krzysztof Napora** jest ekspertem do spraw systemów informatycznych w obszarze e-zdrowia



jest zatem rejestrem źródłowym, pozwalającym się upewnić, że dana osoba rzeczywiście jest lekarzem lub lekarzem dentystą. Odbywa się to na podstawie numeru PESEL, który jest przekazywany z COI do NIL. Wówczas pobierany jest numer PWZ lekarza lub lekarza dentystry.

To się dzieje raz, w momencie dodawania dokumentu do aplikacji mObywatel. Ministerstwo Cyfryzacji jednak co pewien czas weryfikuje dane identyfikacyjne osoby korzystającej z mObywatela i może okazać się wówczas konieczne odświeżenie dokumentu PWZ. Nie wymaga to ze strony lekarzy żadnych nadzwyczajnych działań – wystarczy wybrać opcję aktualizacji dokumentu na ekranie telefonu. Może się to również okazać konieczne w przypadku, gdy lekarz zmienił okręgową izbę lub np. uzyskał specjalizację.

### **Co stanowiło największe wyzwanie podczas wdrażania tego systemu?**

Zawsze wyzwaniem jest kwestia ustalenia metod wymiany i zabezpieczenia danych, są to

przecież dane osobowe. Konieczne było stworzenie bezpiecznego kanału wymiany tych informacji, podpisanie porozumienia między Naczelną Izbą Lekarską i Ministerstwem Cyfryzacji. Ministerstwo nie otrzymuje dostępu do rejestru CRL, ale jedynie posiada techniczną możliwość sprawdzenia pewnych ściśle określonych danych wymaganych do wydania elektronicznego dokumentu.

### **Wprowadzenie mobilnego PWZ do aplikacji to krok na drodze cyfryzacji samorządu lekarskiego. Ale za chwilę czeka nas nie krok, ale skok w postaci elektronicznego głosowania w wyborach do samorządu...**

Elektroniczne głosowanie to prawdziwa rewolucja, ponieważ ułatwia oddanie głosu, a tym samym może zwiększyć frekwencję. Nie nakłada obowiązku osobistego stawiennictwa w okręgowej izbie ani uczestnictwa w wyborach korespondencyjnych i oddania głosu papierowego. Umożliwia za to oddanie głosu w dowolnym miejscu, gdzie jest dostęp do internetu, np. za pomocą telefonu czy komputera. Naczelna Izba Lekarska, realizując projekt elektronicznych wyborów, kładzie nacisk na wygodę podejmowania decyzji oraz oddania głosu. Niezwykle istotne są również dodatkowe mechanizmy weryfikacji poprawności głosowania, które będzie miała komisja wyborcza czy komisja skrutacyjna. Czyli z jednej strony mamy ułatwienie tego procesu od strony obsługi wyborów, a z drugiej strony dla samych głosujących. Ma to być proste i nieuciążliwe. ●

## WAŻNE SPRAWY

# Wypalenie zawodowe zaczyna się niewinnie

MARIUSZ TOMCZAK  
DZIENNIKARZ

System ochrony zdrowia nie zapewnia lekarzom i lekarzom denty stom zinstytucjonalizowanej ochrony przed wypaleniem zawodowym ani wsparcia, gdy już go doświadczą. Tę pustkę stara się wypełnić samorząd lekarski.

**O**ddziały w szpitalach powiatowych i szpitalach miejskich zmagają się z największymi niedoborami personelu medycznego i personelu pomocniczego, a przede wszystkim brakiem lekarzy specjalistów. U części z nich obserwuje się objawy wypalenia zawodowego i zniechęcenia do wykonywania swojej pracy – alarmuje Klaudiusz Komor, wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej (NRL), który od ponad 10 lat jest ordynatorem Oddziału Kardiologii i Kardiologii Beskidzkiego Centrum Onkologii – Szpitala Miejskiego im. Jana Pawła II w Bielsku-Białej.

## DROGA DO PROBLEMU

Klaudiusz Komor zwraca uwagę, że część lekarzy rezygnuje z pracy w szpitalu i nie jest to zazwyczaj związane z kwestiami finansowymi. – Niejednokrotnie zaczyna się tak, że ktoś budzi się z myślą, że musi jechać do pracy, w której nie dostrzega sensu ani przyjemności, ponieważ szpital nie kojarzy mu się z pomaganiem pacjentom, lecz głównie z gonitwą za uciekającym czasem. Część lekarzy nie radzi sobie z nadmiarem obowiązków, które spadają na nasze barki, mając wrażenie, że codzienność wymaga dokonywania cudów. A to stresuje. Chodzi nie o czas poświęcany pacjentom i ich rodzinom, ale przede wszystkim o czas poświęcany na wypełnianie obowiązków biurokratycznych, których ilość narosła przez ostatnie lata, stając się nie do zniesienia – mówi.

Mocno we znaki daje się niedobór zarówno kadr medycznych, jak i pracowników pomocniczych. – Wypełniamy stos

papierowych dokumentów i bardzo długo siedzimy przed komputerem, uzupełniając formularze, zamiast skoncentrować się na leczeniu pacjentów. Na niektórych oddzia-

Samorząd zawodowy próbuje pomagać lekarzom i lekarzom denty stom, mimo że nie jest to wpisane w jego ustawowe obowiązki

łach, w szczególności w szpitalnych oddziałach ratunkowych, liczba pacjentów przerasta możliwości fizyczne, ale również psychiczne lekarzy, sprawiając, że po dyżurze „zabieramy” stres do domu. To prosta droga do wypalenia – podkreśla Klaudiusz Komor.

## ZDROWIE PSYCHICZNE TO TEŻ ZDROWIE

– System nie pomaga, ale nie zrzucalby na niego całej winy – mówi wiceprezes NRL Mateusz Kowalczyk, specjalista psychiatrii. Jego zdaniem nieprzyjemne realia stanowią jeden z czynników wyzwalających, sprzyjając pojawieniu się konkretnych objawów i dolegliwości. Sęk w tym, że często nie zauważają tego sami lekarze, mimo że zdrowie psychiczne to też... zdrowie.

– Jeśli złamię nogę, idę do ortopedy. Jak mam cukrzycę, muszę udać

się po pomoc do diabetologa. Jak mam depresję, trzeba skonsultować się z psychiatrą – mówi Magdalena Flaga-Łuczkiwicz, specjalistka psychiatrii, którą NRL powołała na pełnomocniczkę ds. zdrowia lekarzy i lekarzy denty stom w 2022 r. W jej opinii tak być powinno, ale rzeczywistość jest zupełnie inna.

– Kiedy ktoś bierze tabletki na nadciśnienie, to jest w porządku, a jeśli ma leki przepisane przez psychiatrę, bywa postrzegany jako słaby. Społeczeństwo stygmatyzuje zgłaszanie się do specjalistów zdrowia psychicznego, a środowisko lekarskie nie jest pod tym względem wyjątkowe. U wielu naszych koleżanek i kolegów zwycięża obawa, że jeśli zdecydują się na leczenie psychiatryczne, to otoczenie pomyśli, że nie nadają się do pracy – dodaje.

## JUŻ NA STUDIACH

Magdalena Flaga-Łuczkiwicz uważa, że problem zaczyna się już w czasie studiów na kierunku lekarskim, które są „trenowaniem” przyszłych absolwentów w ignorowaniu swojego stanu zdrowia i wypieraniu własnych słabości. – Jeśli ktoś w czasie studiów zachoruje lub złamie nogę i będzie nieobecny przez dwa tygodnie, to prawdopodobnie nie zaliczy roku, bo nie ma jak tego nadrobić. Jeszcze gorzej, gdy ma depresję, bo co to za choroba, której nie widać – mówi pełnomocniczka ds. zdrowia lekarzy i lekarzy denty stom.



◀ Społeczeństwo stygmatyzuje zgłaszanie się do specjalistów zdrowia psychicznego, a środowisko lekarskie nie jest pod tym względem wyjątkowe

fot.: freepik

Specjalistka dodaje, że na studiach nie miała żadnych zajęć z dbałości o swój dobrostan psychiczny, a tylko jeden semestr poświęcony psychologii pod kątem pacjentów. Dostrzega jednak jaskółki zmian. W Kodeksie Etyki Lekarskiej, który zacznie obowiązywać od 1 stycznia 2025 r., znalazła się zachęta do zatroszczenia się o siebie: „Lekarz powinien być przykładem właściwych postaw zdrowotnych i dbać o własne zdrowie i dobrostan” (art. 78 ust. 2).

### ZMIANA DOKONUJE SIĘ NA NASZYCH OCZACH

Jak mówi Mateusz Kowalczyk, w Polsce nie ma systemowego wsparcia w zakresie zdrowia psychicznego dla lekarzy i lekarzy dentyków. – Jeśli ktoś w pewnym momencie dochodzi do ściany, to nie wie, gdzie się zgłosić. System nie prowadzi nikogo za rękę, ani nawet nie podpowiada, dokąd zwrócić się po pomoc. Jako samorząd zawodowy próbujemy pomagać lekarzom i lekarzom dentykom w tej kwestii, mimo że teoretycznie nie jest to wpisane w nasze ustawowe obowiązki – mówi wiceprezes NRL.

Podkreśla, że przez długie lata psychiatria była spychana na margines i niedofinansowana, ponieważ część środowiska uważała, że osoby wykonujące zawód psychiatry nie są „prawdziwymi lekarzami”. – Przez lata szpitale psychiatryczne były monospecjalistycznymi molochami usytuowanymi w lesie, poza miastem czy gdzieś na obrzeżach, byle ich nikt nie widział. Dopiero w ostatnich latach

zaczęło się to zmieniać, w dużym stopniu dzięki mediom, które kreują punkt widzenia na konkretne sprawy – dodaje Mateusz Kowalczyk.

### SPOTKANIA GRUPY BALINTA

Okręgowe izby lekarskie przywiązują coraz większą wagę do pomagania swoim członkom w radzeniu sobie z zawodowym stresem i zapobieganiu wypaleniu zawodowemu. Świadczy o tym m.in. powoływanie pełnomocników ds. zdrowia lekarzy i lekarzy dentyków. Jedną z form pomocy są spotkania grupy Balinta, które podnoszą kompetencje w radzeniu sobie z trudnymi sytuacjami w codziennej pracy, a także zwiększają poczucie skuteczności i sprawczości oraz satysfakcji z wykonywanej pracy. Wszystko to sprawia, że lekarze są bardziej zadowoleni ze swojego życia.

Od 2019 r. grupowy trening balintowski organizuje m.in. Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie. – W czasie spotkań analizujemy konkretne sytuacje. Spoglądamy na nie z perspektywy lekarza, pacjenta i jego bliskich. Dzięki temu lepiej rozumiemy nasze zachowanie, nie dajemy wciągać się w emocjonalne przepychanki i nie wynosimy negatywnych emocji z miejsca pracy. To skuteczny sposób zapobiegania wypaleniu zawodowemu – mówi Magdalena Flaga-Łuczkiwicz, która jest certyfikowaną liderką grup Balinta.

### INDYWIDUALNE WSPARCIE PSYCHOLOGICZNE

Dzięki porozumieniu podpisanemu z Fundacją „Nie Widać po Mnie” członkowie izby warszawskiej i ich najbliżsi mogą liczyć na nieodpłatne wsparcie psychologiczne.

– Mamy psychologów, psychoterapeutów i psychiatrów w całej Polsce. To oznacza, że lekarze z tej izby, którzy nie mieszkają w stolicy, też będą mogli skorzystać z pomocy stacjonarnej, np. w Radomiu czy Siedlcach – mówi Urszula Szybiewicz, założycielka i prezes fundacji. Oferta obejmuje dostęp do 15 bezpłatnych indywidualnych spotkań terapeutycznych oraz wykonanie badań i testów diagnostycznych w kierunku depresji dla osób po 60. roku życia (do końca 2025 r.). Dzieci (w wieku 12-21 lat) lekarzy należących do izby mogą skorzystać z 25 sesji terapeutycznych w zakresie leczenia zaburzeń depresyjnych, które rozpoczynają się od postawienia diagnozy z wykorzystaniem testów psychologicznych (do końca 2024 r.).

Z myślą o lekarzach i lekarzach dentykach fundacja prowadzi badania związane z oceną stanu ich zdrowia, które obejmuje m.in. rozpoznanie objawów wypalenia zawodowego. – Ta współpraca poszerza prowadzone przez izbę działania w zakresie pomocy psychologicznej – podkreśla Artur Drobniak, prezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie.



## PRAWO I MEDYCINA

# Nie każda wymówka będzie skuteczna

Lekarz podejrzewany o niezdolność do wykonywania zawodu może składać wnioski o odroczenie posiedzenia komisji i się usprawiedliwiać. To jednak, czy podane przez niego powody będą wystarczające, zależy od oceny komisji.

GRZEGORZ WRONA  
SEKRETARZ  
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ



**P**o przerwie wracam do tematu możliwości ograniczenia lub zawieszenia lekarzowi prawa wykonywania zawodu przez okręgowe rady lekarskie z powodu niezdolności powodowanej chorobą lub nieprzygotowaniem zawodowym.

## PRAWIDŁOWE POWIADOMIENIE

Obowiązkiem okręgowej rady lekarskiej jest umożliwienie lekarzowi obecności na posiedzeniu, czyli powiadomienie go o terminie i miejscu takiego posiedzenia. Pierwszym etapem postępowania w razie stwierdzenia przez radę uzasadnionego podejrzenia niezdolności jest powołanie komisji. O potrzebie wysłuchania lekarza przez radę (a nie przesłuchania) oraz o wymogach stawianych członkom komisji pisałem już wcześniej. Trzeba zaznaczyć, że w ustawie nałożono na lekarza obowiązek stawienia się przed komisjami i dodatkowo obowiązek poddania się badaniu przez komisję powoływaną w celu stwierdzenia stanu zdrowia. Trzeba zatem rozważyć, co się dzieje, jeśli prawidłowo wezwany lekarz na posiedzenie komisji się nie zgłosi.

Komisja, a na późniejszym etapie postępowania rada, jest zobowiązana do potwierdzenia prawidłowości powiadomienia lekarza o posiedzeniu. Istotny

będzie termin odbioru wezwania, prawidłowość adresu, dwukrotne awizowanie.

## KILKA SŁÓW O ADRESIE

Zapominamy, że to obowiązkiem lekarza jest powiadomienie samorządu o adresie zamieszkania i/lub adresie do korespondencji. Jeśli lekarz nie zrobi tego w odpowiednim terminie, list (polecony za potwierdzeniem odbioru), wysłany na adres podany w okręgowym rejestrze lekarzy, jest uważany za skutecznie doręczony. Oczywiście pracownik izby może powiadamiać lekarza za pomocą środków elektronicznych – mail, telefon – i jeśli lekarz zgłosi się po takim powiadomieniu na posiedzenie komisji, powiadomienie będzie uznane za prawidłowe. Jeśli się nie zgłosi – nie będzie uznane za skuteczne.

Lekarz może składać wniosek o zmianę lub odroczenie terminu posiedzenia komisji, a komisja może uznać nieobecność za usprawiedliwioną. W takiej sytuacji przewodniczący komisji powinien ustalić ponowny termin posiedzenia. Warto zaznaczyć, że dbałość o uszanowanie praw lekarza podającego bezsporny powód niemożliwości zgłoszenia się na posiedzenie jest czasami nie-

śluszenie traktowana jako przejaw przewlekłości działań samorządu. Ile razy lekarz podejrzewany o niezdolność do wykonywania zawodu może składać wnioski o odroczenie posiedzenia i się usprawiedliwiać? To komisja ocenia powody podawane jako usprawiedliwienie i to od niej zależy, czy uzna je za wystarczające. Jeśli mimo podawanych przyczyn uzna nieobecność lekarza za nieusprawiedliwioną, niezwłocznie zgłasza tę okoliczność okręgowej radzie lekarskiej, a ta podejmuje uchwałę o zawieszeniu lekarzowi prawa wykonywania zawodu.

## RYGOR NATYCHMIASTOWEJ WYKONALNOŚCI

Zarówno komisja przed uznaniem nieobecności za nieusprawiedliwioną, jak i rada przed podjęciem uchwały zawieszającej pwz, powinny swoje wnioski uzasadnić i przejrzysto opisać w uzasadnieniu do uchwały. W przyszłości w postępowaniu tym badane będą tylko dokumenty.

W przypadku złożenia odwołania od uchwały okręgowej rady lekarskiej „badanie” to przeprowadza organ odwoławczy, czyli Naczelna Rada Lekarska. W imieniu NRL działa jej Prezydium. I tu warto zwrócić uwagę, że podjęta uchwała okręgowej rady lekarskiej o zawieszeniu pwz w razie złożenia odwołania nie staje się prawomocna. Czyli lekarz w dalszym ciągu może, mimo podejrzenia o niezdolność, wykonywać swój zawód. Coraz częściej spotykamy się więc z zastosowaniem przepisu prawa administracyjnego o rygorze natychmiastowej wykonalności. Skutkuje to wykonywaniem decyzji mimo jej nieprawomocności. Dzieje się tak, jeśli podjęcie uchwały zostanie uznane za niezbędne ze względu na ochronę zdrowia lub życia ludzkiego.

Na zakończenie warto zaznaczyć, że uchwały okręgowych rad lekarskich wydawane na podstawie art. 11 i 12 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry są podpisywane przez prezesa lub upoważnionego wiceprezesa oraz sekretarza rady. Rodzajowa lista uchwał podpisywanych odmiennie, niż wskazują przepisy postępowania administracyjnego, czyli tylko przez dwie osoby, znajduje się w art. 57 ustawy. ●

## PRAWO I MEDYCyna

# „Przymus szczepienia” a szkoda pacjenta

TOMASZ JUSTYŃSKI

PROF. DR HAB., KIEROWNIK KATEDRY PRAWA  
CYWILNEGO UMK W TORUNIU, LL.M.

Na polski specjalny „fundusz *no fault*”, wzorowany na podobnych rozwiązaniach funkcjonujących za granicą, zapewne przyjdzie nam jeszcze poczekać. Prawdawca ma teraz inne sprawy na głowie.

**H**istoria szczepionki jest dłuższa, niż się wydaje. Sięga XVIII w. Już w 1796 r. Brytyjczyk Edward Jenner wynalazł i po raz pierwszy zastosował metodę zwaną dziś powszechnie wakcyacją (od wirusa variola vaccina – ospa krowia, który został użyty do pierwszego szczepienia). W rezultacie 200 lat później Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) ogłosiła całkowite zwalczenie ospy prawdziwej. Z kolei w 1885 r. Francuz Louis Pasteur wynalazł i z sukcesem zastosował szczepionki przeciwko wąglikowi i wścieklicznie. Potem doszły wakcyny przeciwko gruźlicy, błonicy, krztuścowi, tężcowi, durowi wysypkowemu, żółtej gorączce i grypie, a po II wojnie światowej jeszcze przeciwko odrze, śwince, różyczce, ospie wietrznej oraz wirusowemu zapaleniu wątroby (typu A i B) oraz inne.

Dziś powszechne stosowanie szczepień jest oczywistością. Pandemia COVID-19 brutalnie przypomniła i jeszcze raz uzmysłowiła ich znaczenie.

## DOBROWOLNIE ALBO OBOWIĄZKOWO

Szczepienia, jak samo leczenie, są w Polsce – podobnie jak w wielu innych krajach – co do zasady dobrowolne. Kto chce, szczepi się, kto nie chce – nie musi. Powszechną wiedzą objęty jest jednak fakt, że odpowiedni poziom zaszczenia społeczeństwa zapewnia jego członkom nie tylko indywidualną, ale także „zbiorową” ochronę. Tym samym obniża społeczne i ekonomiczne koszty leczenia. Leczenie zresztą nie zawsze jest tak skuteczne, jakby się chciało.

Nic zatem dziwnego, że prawodawcy w wielu krajach niejednokrotnie, chociaż

raczej wyjątkowo, odwołują się do narzucania obowiązku szczepień. Obywatele mają wtedy niewiele do powiedzenia. Muszą się szczepić. Najczęściej chodzi o obowiązek dotyczący dzieci, rzadziej określonych grup zawodowych (lekarzy, pielęgniarek, policjantów, żołnierzy etc.), czasem wprowadzony z powodu i w czasie epidemii.

Sankcje (czyli konsekwencje prawne dotyczące osoby uchylającej się od obowiązku) mogą być i są różne. Zwykle są powiązane z wagą, jaką

braku świadectwa obowiązkowego szczepienia przeciwko COVID-19 (bez prawa do wynagrodzenia za czas niewykonywania pracy oraz urlopu).

W Polsce Naczelny Sąd Administracyjny (NSA) w wyroku z 1 sierpnia 2013 r. (II OSK 745/12) orzekł, że „wynikający z przepisów obowiązek poddania dziecka szczepieniu ochronnemu jest bezpośrednio wykonalny. Jego niedochowanie aktualizuje obowiązek wszczęcia postępowania egzekucyjnego, którego rezultatem będzie poddanie dziecka szczepieniu ochronnemu”.

Oprócz „przymusu administracyjnego” (czyli możliwości „wymuszenia” szczepienia) w Polsce unikanie obowiązkowego szczepienia podlega również sankcji karnej. W świetle art. 115 Kodeksu wykroczeń stanowi wykroczenie zagrożone karą grzywny do 1,5 tys. zł lub karą nagany.

Poszkodowany może  
domagać się naprawienia szkody  
pozostającej w związku przyczynowym  
ze szczepieniem. Kluczowa jest wina

przywijażuje się do realizacji obowiązku. Od odmowy przyjęcia do przedszkola dziecka niezaszczepionego (np. w niektórych stanach USA), poprzez wykluczenie przyznania rozmaitych dodatków socjalnych na dzieci (jak w Australii), aż do kar finansowych i wreszcie do przymusowego wykonania, nawet z zastosowaniem tzw. przymusu bezpośredniego (czyli siły fizycznej) dla wymuszenia realizacji obowiązku. Jakiś czas temu (w czerwcu br.) niemiecki Federalny Sąd Najwyższy (BGH) potwierdził zgodność z prawem niedopuszczenia do pracy personelu opiekuńczego z powodu

## NAPRAWI SZKODĘ, GDY ZAWINIŁ

Oczywiście, zdarza się, że pacjent poddawany szczepieniu dozna z tego powodu szkody. Jak każda interwencja medyczna, tak i szczepienia wiążą się przecież, nawet jeśli stosunkowo rzadko, z pewnym ryzykiem. „Szkoda szczepienna” może wynikać z rozmaitych okoliczności i obciążać odpowiedzialnością różne podmioty (producenta, zakład leczniczy, lekarza).

Zasada odpowiedzialności jest tu prosta. Jeśli ktoś zawinił, poszkodowany może domagać się naprawienia całej szkody pozostającej w związku

przyczynowym ze szczepieniem. Kluczowa jest oczywiście wina. Zasadą w prawie polskim jest bowiem odpowiedzialność sprawcy szkody wtedy, gdy można mu przypisać (i wykazać) postępowanie zawinione (art. 415 Kodeksu cywilnego).

W przypadku szczepień najczęściej przyczyną odpowiedzialności lekarza/zakładu leczniczego (czyli zawnieniem) będzie niewłaściwe, nienależyte zbadanie pacjenta zmierzające do ustalenia przeciwwskazań do szczepienia lub nieprawidłowe wykonanie samego zabiegu szczepienia. Jednak nie tylko. Przyczyną może też być niewłaściwa jakość samej szczepionki – albo źle przechowywanej, albo też nieprawidłowo skonstruowanej lub wyprodukowanej. W tym drugim przypadku odpowiada producent, a jego odpowiedzialność jest zastrzeżona i opiera się na zasadzie ryzyka. Oznacza to, że nie ma konieczności wykazywania winy. Producent (i to nie tylko leków czy szczepionek, ale także innych dóbr) odpowiada za wprowadzenie do obrotu produktu o właściwościach niebezpiecznych. Oczywiście, wina najczęściej będzie występowała, jednak poszkodowany zwolniony jest z jej wykazywania. Stanowi to znaczące uproszczenie i ułatwienie procesu odszkodowawczego, a często w ogóle umożliwia dochodzenie odszkodowania. Przecież pacjent nie tylko nie ma dostępu do wielu potrzebnych informacji dotyczących produkcji szczepionki (objętych tajemnicą producenta), ale też nie ma żadnej wiedzy co do tego, kto konkretnie zawniwił. W praktyce zamiast najczęściej zagranicznego producenta, odpowiada importer szczepionki, co jest dodatkowym ułatwieniem, pozwala przecież uniknąć „zagranicznego procesu”.

### JEDNAK ZOBOWIĄDUJE

Dla nikogo nie jest tajemnicą, że w przypadku szczepień do szkody może dojść również bez czyjegokolwiek zawnienia. Czasem zachodzi nietypowa reakcja organizmu, której mimo najbardziej starannych badań kwalifikacyjnych nie da się przewidzieć. W takich sytuacjach wykluczone jest poszukiwanie odpowiedzialności na zwykłych zasadach, tj. w oparciu o kryterium winy sprawcy szkody. W konsekwencji niemożliwe jest uzyskanie odszkodowania.

Mając to na uwadze, w wielu krajach ustawodawcy stworzyli specjalne podstawy prawne (tzw. systemy *no fault*) dla wynagrodzenia poszkodowanych, którzy w rezultacie szczepienia ponieśli szkodę przez nikogo niezawnioną (w tym w wyniku wakcynacji obowiązkowej). Tak jest

przykładowo we Francji (1964 r.), Niemczech (1971 r.), Wielkiej Brytanii (1979 r.) czy Włoszech (1992 r.).

W Polsce takiej specjalnej regulacji prawnej brakuje. Nie oznacza to wprawdzie, że naprawienia szkody niezawnionej zupełnie nie można dochodzić. Można, jednak inaczej niż w krajach, które sprawę wprost uregulowały, zamiast uproszczonej procedury (opartej jedynie na wykazaniu szkody szczepiennej i związku przyczynowego, a czasem nawet tylko uprawdopodobnieniu tego związku) prowadzi do tego długotrwała droga procesu cywilnego. Przy tym droga tzw. „procesu słuźnościowego”.

### NA ZASADZIE SŁUźNOŚCI

Jeżeli zatem nie ma podstaw do przyznania odszkodowania, gdyż nikt nie zawniwił, ale szkoda jest, pozostaje prerogatywa sądu polskiego do orzekania „na zasadach słuźności”. Czyli trochę jak w krajach anglosaskich (i w amerykańskich filmach prawniczych) nie na podstawie wyraźnych norm prawa stanowionego (ustaw), ale w oparciu o poczucie słuźności. W polskim systemie prawnym pozwala na to art. 419 k.c. *Judykatura* już dawno przesądziła, że należy go stosować również w przypadku „niezawnionej szkody szczepionkowej”, a szczególnie wówczas, gdy taka szkoda powstała w przypadku szczepień obowiązkowych.

Warto w tym kontekście przywołać wyrok Sądu Apelacyjnego w Poznaniu z 22 stycznia 2013 r. (I ACa 1160/12). Wprawdzie sąd nie przyznał tu odszkodowania na rzecz ciężko chorego powoda, ale sformułował ogólną tezę przyjętą dziś powszechnie w procesach o odszkodowanie w związku z „przymusowym szczepieniem”.

Powód urodzony 29 sierpnia 1995 r. został w 1996 r. (13 lutego i 27 marca) szczepiony szczepionką skojarzoną przeciwko krztuścowi, błonicy i tężcowi (DTP). Już po pierwszym jej podaniu długo krzyczał, zaś po kolejnym dostał drgawek, a po jakimś czasie pojawiły się oczopląs i bezdech. Przeprowadzone badania wykazały dziecięce porażenie mózgowe. Stan zdrowia powoda określono jako bardzo zły, zaś szanse na znaczącą poprawę jako nikłe. Sąd nie przyznał zadośćuczynienia (300 tys. zł), renty

miesięcznej (w kwocie 4797,80 zł) oraz odszkodowania na zakup niezbędnego sprzętu rehabilitacyjnego (15,5 tys. zł), gdyż biegli wykluczyli, aby choroba spowodowana była szczepieniem. Miała ona być związana z przedwczesnym porodem i ewentualnym krwawieniem śródczaszkowym. Zdaniem biegłych porażenie mózgowe rozwijało się niezależnie od podania szczepionki, ewentualnie mogło być tak, że szczepienie było swoistym „mechanizmem spustowym”, ujawniającym objawy, które i tak powstałyby z czasem.

Powód zatem nic nie uzyskał, ale za jego sprawą przesądzona została ważna dla innych skarżących reguła. Mianowicie: „szczepienia ochronne zarządzane są w interesie całego społeczeństwa i każdego obywatela, a normalnie też nie powodują u osób szczepionych żadnego poważniejszego rozstroju zdrowia, jeżeli jednak wyjątkowo – z niewyjaśnionych dotychczas przez naukę i przez nikogo niezawnionych przyczyn – rozstrój taki nastąpił, powodując trwałe kalectwo, zasady współżycia społecznego przemawiają za przyznaniem odszkodowania”.

### POTRZEBNY „FUNDUSZ”

Obecnie droga do odszkodowania w związku ze „szkodami szczepionkowymi” jest w prawie polskim otwarta. Za sprawą *Judykatury* jest tak także wtedy, gdy brakuje elementarnej w zwykłych procesach odszkodowawczych przesłanki w postaci zawnienia.

Niestety trudno byłoby jednocześnie zaprzeczyć, że jest to ścieżka bardzo mozolna; ścieżka długotrwałego (ciągnącego się nieraz latami) procesu sądowego o niepewnym – szczególnie „w procesie słuźnościowym” – finalnym rezultacie. Dlatego pilnie potrzebne jest nowe, alternatywne do procesu cywilnego rozwiązanie o nieskomplikowanej procedurze umożliwiającej szybkie przyznanie odszkodowania. Na przykład jakiś specjalny „fundusz *no fault*”. Jego stworzenie nie wymagałoby wymyślenia czegoś zupełnie od podstaw. Systemy tego typu od dawna z powodzeniem funkcjonują za granicą.

Niestety, na mniej lub bardziej podobne polskie rozwiązanie przyjdzie zapewne poczekać. ●

Więcej na str. 42-44

## PRAWO I MEDYCyna

# Empatię się ma lub nie. Liczy się wykształcenie

Trudności w obsadzie dyżurowej w małych szpitalach, szczególnie na oddziałach deficytowych, takich jak interna, powodują podniesienie stawek dyżurowych, co jest pokusą dla młodych lekarzy. Przyjmowany jest każdy, kto się zgłosi, bez sprawdzenia kwalifikacji, byle tylko zapłacić grafik.

**O**pólnocy zespół ratownictwa medycznego przywiózł do szpitala powiatowego młodą kobietę. W domu po nagłym bólu podbrzusza zwymiotowała i straciła przytomność. Lekarz kierujący w domu stwierdził RR 90/50, tachykardię, podłączył płyny dożylnie, podejrzewając wstrząs hipowolemiczny. W izbie przyjęć stwierdzono RR 80/40 oraz to, że chora jest przytomna, w pełnym kontakcie, że skarżyła się na bóle podbrzusza, przeczyła ciąży, miała od dwóch dni krwawienie miesięczne, w wywiadzie WZW B leczone biologicznie. Nie stwierdzono objawów otrzewnowych.

Lekarz dyżurny oddziału wewnętrznego wezwał anestezjologa, który zalecił płynoterapię, wykonanie badań i konsultację ginekologiczną oraz chirurgiczną.

## PEKNIĘTA CIAŻA

Chora została przyjęta na oddział wewnętrzny, położona na zwykłej sali, gdzie nadal otrzymywała kroplówki. W wykonanych badaniach hemoglobina wynosiła 10,0g%, cukier 250mg, w EKG tachykardia. Nie poproszono o konsultację ginekologa ani chirurga, mimo takiej sugestii także pielęgniarki dyżurnej.

W godzinach rannych stan pacjentki się pogorszył, była senna, osłabiona, została przeniesiona na salę R, gdzie doszło do pełnoobjawowego wstrząsu i zatrzymania krążenia. Wezwany anestezjolog kazał pobrać badania, podejrzewając pękniętą ciążę pozamaciczną na podstawie wywiadu i obrazu chorobowego. Reanimacja była nieskuteczna. W badaniach pobranych przy reanimacji hemoglobina 1g%, poziom beta- HCG odpowiadający 6-tygodniowej ciąży. W wykonanej sekcji zwłok stwierdzono pękniętą ciążę jajowodową z masywnym krwotokiem do jamy brzusznej.

JACEK MIARKA  
PRZEWODNICZĄCY  
NACZELNEGO SĄDU LEKARSKIEGO



Okręgowy sąd lekarski (OSL) orzekł karę zawieszenia prawa wykonywania zawodu na pięć lat, Naczelny Sąd Lekarski, do którego odwołał się obwiniony, utrzymał karę w mocy.

## PRZEMĘCZENIE NIE USPRAWIEDLIWIA

W tej sprawie, tragicznej w skutkach, zakończonej śmiercią, do której dojść nie powinno, wina lekarza nie ulegała żadnej wątpliwości. Przed sądem tłumaczył się przemęczeniem. Przed objęciem dwudniowego dyżuru już dobę dyżurował w innym szpitalu, były więc to trzy doby ciągłego dyżuru świątecznego. Dyżurował na umowie kontraktowej w różnych szpitalach. Nikt nie sprawdzał, co robił przed kolejnym dyżurem.

Trudności w obsadzie dyżurowej w małych szpitalach, szczególnie na oddziałach deficytowych, takich jak interna, powodują podniesienie stawek dyżurowych. A to stanowi pokusę finansową dla młodych lekarzy, zaprzegających się w kierat dyżurowy. Liczy się także to, że przyjmowany jest każdy lekarz, który się zgłosi, bez sprawdzenia jego kwalifikacji, byle tylko zapłacić grafik dyżurowy. W tym wypadku kwalifikacje zawodowe lekarza należy ocenić jako niskie. Mimo upływu 10 lat od ukończenia studiów nie miał specjalizacji,

a otwarta rezydentura z mikrobiologii lekarskiej nie powinna dawać podstaw do samodzielnego dyżurowania w oddziale wewnętrznym, gdzie przekrój chorých jest bardzo szeroki i trudny.

Lekarz nie potrafił wytłumaczyć przed sądem, dlaczego mimo sugestii anestezjologa i nawet pielęgniarki nie wezwał ginekologa, chirurga, dlaczego nie zlecił kontrolnej morfologii, żeby ocenić dynamikę ubytku krwi. Dlaczego nie wykonano USG – każda z tych czynności mogłaby uratować życie chorej.

Nie potrafił powiązać wywiadu z objawami, nie zastanowił się, jaka była przyczyna wstrząsu hipowolemicznego, interesowała go tylko tachykardia, która była przecież wtórna. Stawia to pod dużym znakiem zapytania jakość wykształcenia, szczególnie w kontekście na siłę tworzonych nowych uczelni medycznych, gdzie jakość będzie jeszcze niższa. Bo empatię albo się ma, albo nie. ●

## ARTYKUŁ 8 KODEKSU ETYKI LEKARSKIEJ

Lekarz powinien przeprowadzać wszelkie postępowanie diagnostyczne, lecznicze i zapobiegawcze z należytą starannością, poświęcając im niezbędną czas.

## PODATKI I FINANSE

# Nie dla każdego wakacje składkowe

ANNA WOJDA

Z przerwy w opłacaniu składek od 1 listopada 2024 r. nie skorzysta każdy lekarz, a tylko ten, który prowadzi jednoosobową działalność gospodarczą albo zatrudnia do dziewięciu osób.

**Z**US wyjaśnił, kto będzie mógł złożyć wniosek o zwolnienie ze składek na ubezpieczenie społeczne za wybrany miesiąc. Możliwość taka będzie raz w roku. Z ulgi będzie można skorzystać niezależnie od formy rozliczania podatku dochodowego (bez znaczenia jest zatem, czy lekarz jest opodatkowany według skali podatkowej, czy płaci 19-proc. stawkę liniową lub też ryczałt).

Lekarz może uzyskać zwolnienie z opłacenia składek na własne obowiązkowe ubezpieczenia społeczne (emerytalne, rentowe i wypadkowe), własne dobrowolne ubezpieczenie chorobowe oraz Fundusz Pracy i Fundusz Solidarnościowy. W czasie wakacji składkowych będzie natomiast musiał opłacić składkę zdrowotną.

Zwolnienie obejmie składki od najniższej podstawy wymiaru. Za miesiąc, na który lekarz uzyska zwolnienie, zostaną opłacone z budżetu państwa. Nic na tym nie straci. Będzie mógł prowadzić

firmę (np. prywatny gabinet czy też pracować w szpitalu na podstawie umowy B2B i uzyskiwać przychody, wystawiać faktury itp.). Sfinansowane w ten sposób składki wliczają się

W 2024 r. można skorzystać z wakacji składkowych tylko za grudzień, a wniosek o ulgę trzeba złożyć w listopadzie

do przyszłej emerytury czy renty. Lekarz musi pamiętać, że wakacje składkowe dotyczą tylko jego składek na ubezpieczenia społeczne. Nie może uzyskać zwolnienia ze składek, które opłaca za pracowników, współpracowników i zleceniobiorców. Co więcej, ulga stanowi pomoc de minimis, a to oznacza, że we wniosku będzie podawał informacje o innych

formach pomocy publicznej, z których korzystał.

Lekarz lub jego pełnomocnik będzie mógł złożyć wniosek elektronicznie na Platformie Usług Elektronicznych (PUE)/eZUS – wyłącznie z konta płatnika. W tym celu od 1 listopada zostanie udostępniony wniosek RWS.

Wniosek trzeba złożyć miesiąc przed wybranym miesiącem zwolnienia ze składek. ZUS będzie rozpatrywał je automatycznie, a wszelkie informacje będzie udostępniał na koncie płatnika na PUE/eZUS. Informację o tym, że na PUE/eZUS jest nowa wiadomość, Zakład wyśle dodatkowo na e-mail lub numer telefonu, który lekarz podał przy zakładaniu konta. Od decyzji ZUS można się odwołać w ciągu miesiąca od dnia, w którym zostanie doręczona. Potem staje się prawomocna. •

## Lekarzowi trudno będzie odpisać cały VAT od motocykla

**F**iskus twierdzi, że motocykl należy rozliczać tak, jak samochód osobowy, czyli z ograniczeniami.

Lekarz może wykorzystywać motocykl w prowadzonej działalności gospodarczej, choćby do dojazdów do gabinetu. Od czasu do czasu mogą się też zdarzyć przejazdy prywatne. Co wtedy?

Zdaniem Krajowej Informacji Skarbowej odliczenie VAT od wszystkich zakupów związanych z motocyklem jest ograniczone do 50 proc. Pełne jest możliwe tylko wtedy, gdy lekarz spełni określone warunki. Musi wprowadzić w firmie zasady używania motocykla wykluczające jego użycie poza działalnością i prowadzić ewidencję

przebiegu pojazdu. Konieczne jest też złożenie w urzędzie skarbowym informacji VAT-26.

Nic dziwnego, że większość podatników, w tym również lekarze, rezygnują ze wspomnianych wymogów biurokratycznych. Ma to jednak swoje konsekwencje. Lekarz może wówczas odpisać tylko połowę podatku z wydatków na zakup, raty leasingowe, paliwo czy naprawy motocykla. Odliczenie całości podatku wiąże się z ryzykiem i niemal pewnym sporem z urzędem skarbowym. A tego nikt nie chce ryzykować. Problemy z rozliczeniem mogą być również w przy-

padku zakupu kasku, rękawiczek czy kurtki motocyklowej. Wielu podatników podkreśla, że są to elementy ochronne i nieodłącznie związane z motocyklem. Urzędników trudno jednak przekonać. Nie zgadzają się nawet na połowę odliczenia. Twierdzą, że nie można uznać, że wymienione rzeczy są związane z eksploatacją konkretnego motocykla (mogą być wykorzystywane również przy innych). Niestety, podobne zdanie ma Naczelny Sąd Administracyjny (sygn. akt I FSK 1771/18). A to zmniejsza szanse na wygraną z fiskusem. •

awa

PODATKI I FINANSE

# Wystarczy 100 złotych

MARIUSZ TOMCZAK  
DZIENNIKARZ

Obligacje skarbowe to jeden z podstawowych instrumentów finansowych. Wystarczy jeden banknot z wizerunkiem króla Władysława Jagiełły, aby rozpocząć inwestowanie w bardzo bezpieczny sposób.

**O**bligacje skarbowe są emitowane w celu sfinansowania wydatków rządowych. Ich zakup polega na pożyczaniu określonej sumy pieniędzy i zobowiązaniu się do jej zwrotu w określonym terminie oraz zapłaty wynagrodzenia w formie odsetek.

W Polsce emitentem obligacji jest Skarb Państwa reprezentowany przez ministra finansów. Wartość nominalna jednej detalicznej obligacji wynosi 100 zł. To dobra informacja zarówno dla osób, które dysponują relatywnie niewielkimi środkami, jak i obawiających się lokowania oszczędności w bardziej ryzykowne instrumenty finansowe, np. akcje.

## OFERTA DLA KAŻDEGO

W chwili, gdy piszę te słowa, oferta obligacji skarbowych adresowana do klientów indywidualnych wygląda następująco:

- **3-miesięczne o stałym oprocentowaniu** (3 proc. w skali roku),
- **roczne o oprocentowaniu zmiennym**. W pierwszym miesięcznym okresie odsetkowym wynosi ono 5,95 proc. w skali roku, a w kolejnych jest równe stopie referencyjnej Narodowego Banku Polskiego (NBP),
- **2-letnie o zmiennym oprocentowaniu**. W pierwszym miesięcznym okresie odsetkowym wynosi ono 6,15 proc. w skali roku, a w kolejnych jest równe stopie referencyjnej NBP i stałej marży wynoszącej 0,35 proc.,
- **3-letnie o stałym oprocentowaniu** (6,2 proc. w skali roku),
- **4-letnie** – w pierwszym rocznym okresie odsetkowym oprocentowanie wynosi 6,55 proc. w skali roku, a w kolejnych będzie powiększone

o wskaźnik inflacji konsumpcyjnej podanej przez prezesa Głównego Urzędu Statystycznego (GUS) i stałą marżę w wysokości 1,5 proc.,

- **10-letnie** – analogicznie jak w przypadku „czterolatek”, z tym że wyższe jest oprocentowanie (6,8 proc.) i marża (2 proc.).

## RODZICE ZYSKAJĄ WIĘCEJ

Osoby otrzymujące świadczenie w ramach programu Rodzina 800+ mogą zakupić także następujące obligacje:

- **6-letnie** – w pierwszym rocznym okresie odsetkowym oprocentowanie jest równe 6,75 proc. w skali roku, a w kolejnych zostanie powiększone o wskaźnik inflacji i stałą marżę (2 proc.),
- **12-letnie** – analogicznie jak w przypadku „sześciolatek”, z tym że oprocentowanie wynosi 7,05 proc., a marża 2,5 proc.

## OCHRONA PRZED INFLACJĄ

Zyski z obligacji są pomniejszane o 19-proc. podatek. Mimo obietnic składanych w czasie kampanii wyborczej koalicja rządząca na razie nie zdecydowała się na jego zniesienie lub ograniczenie, choć minister finansów zapewnia, że nad tym pracuje.

Posiadanie obligacji skarbowych jest znacznie lepszym sposobem zachowania siły nabywczej oszczędności od przechowywania środków na zwykłym, nieoprocentowanym lub nisko oprocentowanym rachunku bankowym.

Doskonale wiedzą o tym ci, którzy nabyli obligacje indeksowane inflacją parę lat temu i jeszcze kilka miesięcy temu otrzymywali odsetki rzędu górnych kilkunastu procent w skali roku (np. „dziesięciolatki” serii EDO0429 były do niedawna oprocentowane aż 19,9 proc., co pozwalało osłodzić wcześniejszy okres podwyższonej inflacji).

## NIE TRZEBA ZAMRAŻAĆ KAPITAŁU NA LATA

Obligacje najlepiej trzymać do terminu zapadalności. Ale jeśli zmienią się nasze plany, istnieje możliwość wycofania części lub całości wpłaconych pieniędzy. Przedterminowy wykup wiąże się z koniecznością poniesienia opłaty, która nie uszczupli zainwestowanych środków, ale skonsumuje część narosłych odsetek (50 gr za każdą obligację roczną, 70 gr przy obligacjach od 2-letniej do 6-letniej, 2 zł w przypadku 10- i 12-letnich). Opłata nie jest naliczana w razie przedterminowego wykupu obligacji 3-miesięcznych, ale w tym przypadku trzeba definitywnie się pożegnać z odsetkami.

Obligacje skarbowe można nabyć na kilka sposobów: przez internet, przez telefon oraz w wybranych placówkach PKO BP S.A. i Pekao S.A., czyli dwóch najbardziej znanych banków w naszym kraju. Dodatkowe informacje są dostępne m.in. na stronie internetowej obligacjeskarbowe.pl, gdzie w zakładce Oferta można wybrać najlepszy wariant dla siebie. ●

## PRAKTYKA LEKARSKA

# Stomatologia publiczna znika po kawałku

LUCYNA KRYSIAK  
DZIENNIKARKA

Usługi dentystyczne refundowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia stają się coraz bardziej niedostępne. Na ich finansowanie przeznaczona jest niewielka część ponad 2 proc. ogólnego budżetu, co przekłada się na niezadowalająco niskie stawki kontraktów i kurczącą się liczbę gabinetów stomatologicznych chętnych do ich zawierania z publicznym płatnikiem.

**S**ą obawy, że wszystko to zmierza w kierunku likwidacji usług dentystycznych świadczonych w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Czy obawy te są uzasadnione?

## ZAPASĆ DOTYKA WSZYSTKICH

Dla tych Polaków, których nie stać na prywatną opiekę stomatologiczną, to prawdziwy dramat. Już teraz są trudności z leczeniem uzębienia na ubezpieczalnie. Tworzą się długie kolejki do uzyskania protez ruchomych, coraz bardziej jest zaniedbana opieka stomatologiczna dzieci i młodzieży, rośnie liczba pacjentów z nieleczonymi chorobami przyzębia i związane z tym zagrożenie bezzębnością. Nasilają się również choroby współistniejące (układu sercowo-naczyniowego czy cukrzyca typu 2). Środowisko stomatologiczne, jak również samorząd lekarski od dłuższego czasu toczą batalię o podniesienie wycen kontraktów z NFZ, ale wyniki są niezadowalające.

– Cały czas obserwujemy tendencję spadkową, jeśli chodzi o finansowanie stomatologii przez publicznego płatnika. Odbyliśmy w tej sprawie szereg rozmów z decydentami, temat ten był wielokrotnie podnoszony na posiedzeniach samorządu lekarskiego, wydawało się też, że sytuację zmieni na lepsze powołanie Rady ds. Stomatologii przy Ministrze Zdrowia, której członkowie dyskutują o wielu trudnych problemach. Niestety, od marca ze względu na zmianę przewodniczącego nie odbyło

się żadne posiedzenie. Liczę, że po wakacjach, kiedy znów obejmę kierownictwo Rady, wrócimy do tematu – mówi Paweł Barucha, wiceprezes Naczelnej Izby Lekarskiej i przewodniczący Komisji Stomatologicznej NRL.

Tendencję spadkową, jeśli chodzi o liczbę zawieranych kontraktów, potwierdzają najświeższe dane uzyskane od Narodowego Funduszu Zdrowia. W 2023 r. liczba

Coraz liczniejsza grupa  
lekarzy dentystów, którzy dotychczas  
współpracowali z NFZ, zapowiada  
odejście od publicznego płatnika

zawartych kontraktów wyniosła 5459, czyli o 7 proc. mniej niż w 2022 r. i o 22,2 proc. mniej niż w 2019 r., a obecnie już tylko co trzeci lekarz zawieranych współpracuje z publicznym płatnikiem. Rok 2024 w tych statystykach wypada jeszcze gorzej. W I kwartale liczba świadczeniodawców z umową na leczenie w ramach ubezpieczenia zdrowotnego była o 2,5 proc. niższa niż w I kwartale 2023 r. W ciągu 12 miesięcy tendencję spadkową wykazano we wszystkich Oddziałach Wojewódzkich NFZ.

Analizując dane, można obliczyć, że w tym czasie liczba gabinetów, które podpisały kontrakty z NFZ, skurczyła się o 130, co – jakby się wydawało – w skali kraju nie powinno być odczuwalne, jednak są już sygnały, że coraz bardziej wydłuża się czas oczekiwania na wizyty u dentystów. Niewystarczający jest także zakres refundowanego leczenia, a obowiązujący regulamin nie pozwala lekarzom stosować lepszych rozwiązań, np. materiałów za dopłatą. Przepisy NFZ jasno określają, że pacjenci korzystający z refundowanych świadczeń nie mogą dopłacać do wyższego standardu usług oferowanych przez NFZ. Jeśli standard NFZ nie spełnia ich oczekiwań, muszą zdecydować się na prywatne leczenie i za nie zapłacić.

## BIUROKRACJA WYPIERA ROZSADEK

Płatnik zapewnia, że z roku na rok przeznaczona więcej pieniędzy na stomatologię. Zaznacza też, że podniosła się wartość punktów, co przełożyło się na wzrost wartości kontraktów. Prof. Tomasz Konopka, krajowy konsultant ds. periodontologii, potwierdza, że obecnie pakiety punktowe w periodontologii są wyższe niż w ubiegłym roku, ich realizacja jest na granicy opłacalności i wydaje się, że w tej specjalności oraz w chirurgii stomatologicznej

coś drgnęło, ale to nie zmienia niekorzystnych zasad kontraktowania i związanych z tym ograniczeń. Przy wycenach punktów NFZ nie uwzględnia w kontraktach wzrostu cen materiałów, rosnących kosztów ludzkiej pracy, mediów, kredytów, leasingów. Przekazywane środki w ramach kontraktów nie wystarczają więc większości świadczeniodawców nawet na zwykłe przetrwanie.

– Wszystko wskazuje na to, że będzie jeszcze gorzej, ponieważ coraz liczniejsza grupa lekarzy dentystów, którzy dotychczas współpracowali z NFZ, zapowiada odejście od publicznego płatnika, a młodzi lekarze, którzy dotąd nie mieli takich doświadczeń, nie chcą się angażować w działania, które nie są opłacalne. Umowy z NFZ podpisują najczęściej lekarze dentyści tuż przed emeryturą, bo choć mało zarabiają, mają stały i pewny dochód, ale stanowią oni już nieliczną grupę – podkreśla wiceprezes NIL Paweł Barucha. Dodaje, że chodzi nie tylko o finansowy aspekt problemu, ale atmosferę niechęci i braku zaufania, jaka się wytworzyła wokół zawierania umów. Chodzi głównie o sprawozdawczość, która urosła do niebotycznych rozmiarów i wymaga zatrudniania informatyków. Problemem jest również nękanie nieuzasadnionymi kontrolami świadczeniodawców. Niepokoją też białe plamy na mapie usług stomatologicznych. Okazuje się, że w Polsce jest jeszcze wiele miejsc, gdzie nie ma gabinetów dentystrycznych i ich mieszkańcy muszą szukać pomocy w innych, często odległych miejscowościach. Paweł Barucha jako przykład podaje województwo świętokrzyskie, gdzie obecnie jest kilkanaście gmin, w których nie ma lekarza dentystry.

Po wyborach obiecano pacjentom bony na leczenie stomatologiczne, ale na obietnicach się skończyło. Stomatolodzy uważają, że jeśli rząd chce poprawić opiekę dentystryczną nad pacjentami, których nie stać na prywatne leczenie, wystarczy urealnić wyceny kontraktów. Zwłaszcza że dystrybucja tych bonów miała się odbywać za pośrednictwem NFZ.

## DZIECI I MŁODZIEŻ

Środowisko lekarzy dentystry zauważa też brak realizacji programów profilaktycznych, ponieważ nie ma kto ich realizować. W szczególnie trudnej sytuacji znalazła się stomatologia dziecięca. Prof. Dorota Olczak-Kowalczyk, krajowy konsultant ds. stomatologii dziecięcej, niejednokrotnie wypowiadając się na ten



foi.: Shutterstock.com

▲ Po wyborach obiecano pacjentom bony na leczenie stomatologiczne, ale na obietnicach się skończyło

temat, sygnalizowała, że przygotowane i szczegółowo dopracowane programy profilaktyczne mimo włożonego wysiłku i poniesionych kosztów przez uczelnie musiały zostać zawieszono. Tymczasem w Polsce notuje się jeden z najwyższych w Europie współczynników próchnicy u dzieci i brak profilaktyki w tej chorobie odbija się na zdrowiu przyszłych pokoleń. Bez publicznego sektora świadczącego usługi stomatologiczne nie istnieje też zachowawcza stomatologia dziecięca. Dentobusy, które przyjeżdżają do szkół, nie rozwiążą problemu. Służą one do prowadzenia badań wśród dzieci i kierowania ich do dalszego leczenia. Tylko do kogo je pokierować, do jakich placówek, skoro tych, które podpisały umowy z NFZ, jest już tak niewiele? – pytają stomatolodzy.

– Medycyna szkolna rządzi się innymi prawami niż medycyna dorosłych, dlatego celowe byłoby powołanie w szkołach gabinetów stomatologicznych. Były takie zapowiedzi, ale na tym się skończyło – mówi Dariusz Samborski, stomatolog i członek prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej. Zastanawia się, czy nie należałoby przeorganizować opieki stomatologicznej świadczonej w ramach

kontraktów z NFZ w taki sposób, aby była bardziej efektywna, skuteczna i satysfakcjonująca. Uważa, że może warto byłoby objąć nią dzieci i młodzież uczącą się do np. 25. roku życia i oferować im znacznie szerszy zakres usług, a także włączyć do tego systemu seniorów po 65. roku życia, a resztę społeczeństwa pokierować do leczenia nier refundowanego.

– Taki ruch pozwoliłby przesunąć środki do tych dwóch grup. Byłoby więcej pieniędzy w systemie i pojawiłaby się możliwość realizowania kontraktu na warunkach bardziej korzystnych dla dentystry – przekonuje Dariusz Samborski. Zwraca też uwagę, że lekarz podejmujący współpracę z NFZ musi się mierzyć z ogromem niepotrzebnej biurokracji, potwierdzania, że jest uczciwy, że rzetelnie wykonuje swój zawód. – Zamiast poświęcić czas na pacjenta, traci go na np. korygowanie często przyjętych już dawno sprawozdań tylko po to, by uzyskać wstrzymaną czasowo, a należną mu zapłatę za wykonaną pracę – konkluduje.

## ZAGROŻONE OŚRODKI KSZTAŁCENIA

Problem jest złożony. Nie tylko chodzi o pogarszającą się dostępność Polaków do usług stomatologicznych na tzw. ubezpieczalnie, ale też o kształcenie lekarzy odbywających staże podyplomowe czy młodych lekarzy dentystry w trakcie specjalizacji, którzy część zadań specjalizacyjnych realizują w ramach kontraktów finansowanych przez NFZ.

– Podczas realizowania specjalizacji z periodontologii stanowią one około 40 proc. wymaganych procedur praktycznych. Składają się na nie m.in. badania histopatologiczne zmian patologicznych błony śluzowej, kliniczne leczenie chorób błony śluzowej czy niechirurgiczne leczenie zapalenia przyzębia. Limity w finansowaniu procedur stomatologicznych wymaganych w edukacji przed- i podyplomowej uderzą zatem w akademickie i zawodowe stomatologiczne. Sytuacja jest tym bardziej poważna, że jak zapowiedział NFZ, nie będzie w tym roku płatności żadnych nadwykonań. W wakacje musieliśmy



# To lekarz jest liderem zespołu

Lekarze dentyści mogą zabezpieczyć wszystkie aspekty opieki nad pacjentem. Problemem jest liczba specjalistów i zbyt niski poziom finansowania stomatologii publicznej.

więc ograniczyć przyjmowanie pacjentów, aby „zaoszczędzić” kontrakt na ostatni kwartał roku, kiedy rozpoczyna się nowy rok akademicki, by stażyści i rezydenci mogli się uczyć praktycznej strony zawodu pod okiem bardziej doświadczonych kolegów – tłumaczy prof. Tomasz Konopka. Przypomina, że akademickie przychodnie stomatologiczne, stanowiące zaplecze dla praktycznego kształcenia lekarzy dentyistów, są finansowane także przez NFZ. Jeśli nie wzrosną stawki kontraktowania z płatnikiem, trudno będzie je utrzymać. – Nie można nauczać stomatologii zdalnie, a żaden „cudowny” fantom nie zastąpi żywego człowieka. Dlatego w stomatologii ten bezpośredni kontakt z pacjentem ma szczególne znaczenie – zastrzega Paweł Barucha.

Ośrodki działające przy uczelniach medycznych przyciągają pacjentów leczących uzębienie na NFZ nowoczesnym sprzętem, również diagnostycznym, dobrej jakości materiałami i dobrym wykonaniem. Bez odpowiedniego finansowania przez NFZ zakres i jakość tych usług będzie się obniżać, a w ślad za tym obniży się zakres i poziom szkoleń.

## WIELOLETNIE ZANIEDBANIA

Czy jest jakiś plan rządowy dotyczący stomatologii, trudno powiedzieć. Stomatolodzy twierdzą, że będą musiały być podjęte jakieś kroki ratujące publiczny sektor usług dentystycznych, ponieważ Polacy mają je zagwarantowane konstytucyjnie. NFZ podaje, że liczba udzielonych świadczeń nie zmalała, ale do systemu trafia wciąż zbyt mało pieniędzy, aby mówić o wywiązaniu się z zapisów w konstytucji. Także lista tych świadczeń jest uboga i na dodatek oferuje często już przestarzałe technologie, które nie uwzględniają np. nowoczesnych wypełnień oraz usług z zakresu protez stałych czy implantologii. Nie ma ich w koszyku świadczeń gwarantowanych ze względu na wysokie koszty realizacji.

– Wymyśla się nowe wytyczne, standardy, nakłada biurokratyczne ograniczenia na świadczeniodawców, a tu chodzi tylko i wyłącznie o pieniądze, bez których nie da się ruszyć wadliwie działającego systemu kontraktowania świadczeń sektora publicznego w stomatologii przez NFZ. A trzeba go ruszyć, ponieważ zanim się obejrzymy, gabinety, które podpisały kontrakt z NFZ, będzie można policzyć na palcach – podsumowuje wiceprezes NIL Paweł Barucha. ●

PAWEŁ BARUCHA  
WICEPREZES NACZELNEJ  
RADY LEKARSKIEJ



**T**rwa dyskusja dotycząca zakresu obowiązków asystentek stomatologicznych. Ostatnio odbyło się nawet posiedzenie podkomisji w Sejmie, która zajęła się wyłącznie tym tematem. Co ciekawe, nowych zawodów medycznych mamy bardzo dużo, a pochylaliśmy się tylko nad tym jednym. Mogłem uczestniczyć w spotkaniu dzięki istnieniu Rady ds. Rozwoju Stomatologii, również z ramienia Rady obecny był prof. Tomasz Konopka, a prof. Mariusz Klencki reprezentował Ministerstwo Zdrowia. Asystentki stomatologiczne reprezentowane były przez grupę pracodawców zainteresowanych osobami wykonującymi ten zawód.

Wiele zostało powiedziane o umiejętnościach i wykształceniu. Stanowisko samorządu i Rady ds. Rozwoju Stomatologii w sprawie zakresu pracy asystentek stomatologicznych jest jednak niezmiennie. To lekarz wskazuje i nadzoruje pracę zawodów pomocniczych. Stanowimy zespół terapeutyczny, którego

liderem jest lekarz. Każda czynność lecznicza, wybielanie, oczyszczanie zębów musi być poprzedzona badaniem, które prawidłowo wykonać może tylko lekarz. To nie jest kosmetyka uśmiechu, ale rodzaj leczenia.

Brak określonej wiedzy może być bardzo niebezpieczny dla pacjentów. Naszą pracę regulują nie tylko przepisy zewnętrzne, ale i Kodeks Etyki Lekarskiej, który na ostatnim Nadzwyczajnym Krajowym Zjeździe Lekarzy został znowelizowany i dostosowany do wyzwań nowych czasów. To ogromny sukces całego samorządu lekarskiego – nie wszystkie zawody mogą się tym pochwalić.

Dodatkowo trzeba zaznaczyć, iż lekarze dentyści mogą zabezpieczyć wszystkie aspekty opieki nad pacjentem. Naszym problemem jest liczba lekarzy dentyistów specjalistów i zbyt niski poziom finansowania stomatologii publicznej. ●

## PRAKTYKA LEKARSKA

# Każdy ma obowiązki wobec swojego kraju

MARIUSZ TOMCZAK  
DZIENNIKARZ

O pomyśle reaktywowania Wojskowej Akademii Medycznej, roli lekarzy – zarówno w strukturach sił zbrojnych, jak i w cywilu, relacjach Wojskowej Izby Lekarskiej z decydentami i wojnie w Ukrainie mówią ppłk lek. [ARTUR PŁACHTA](#) i płk dr n. med. [STEFAN ANTOSIEWICZ](#).

**P**od koniec maja 2024 r. minister obrony narodowej Władysław Kosiniak-Kamysz zapowiedział odtworzenie Wojskowej Akademii Medycznej (WAM), która została zlikwidowana ponad 20 lat temu. Jak przez ten czas wyglądało kształcenie przeddyplomowe lekarzy wojskowych?

Artur Płachta: Od 2003 r. w Polsce nie ma uczelni wojskowej o charakterze medycznym. Po likwidacji WAM najpierw całkowicie zaprzestano kształcenia lekarzy wojskowych, a następnie przez kilka lat studia odbywały się w „systemie mieszanym”: w cywilu – przeszkolenie zapewniało Centrum Szkolenia Wojskowych Służb Medycznych (obecne WCKMed), a studenci podpisywali lojalkę, że po uzyskaniu dyplomów wrócą do armii, a także w ograniczonym zakresie na Wydziale Wojskowo-Lekarskim Uniwersytetu Medycznego (UM) w Łodzi. Potrzeby jednak rosły, dlatego Wydział Wojskowo-Lekarski zaczął odgrywać wiodącą rolę. Funkcjonował on w murach tamtejszego uniwersytetu medycznego do wejścia w życie zmian wprowadzonych tzw. ustawą Gowina.

**To było w 2018 r. Co było potem?**

Artur Płachta: Od tego momentu podchorążowie korpusu medycznego, będący kandydatami na żołnierzy zawodowych, kształcą się w Łodzi na kierunku lekarskim w Kolegium Wojskowo-Lekarskim

w ramach limitu miejsc ministra obrony narodowej (MON).

**Ilu lekarzy wojskowych ukończyło WAM?**

Artur Płachta: Przez 40 lat mury uczelni opuściło ponad 6 tys. osób. Z tej liczby do teraz pozostała mniej niż połowa i warto wykorzystać ich potencjał. Już

Uczelnia powinna kształcić wyszkolony personel medyczny do przejęcia głównej roli w razie wystąpienia zdarzeń masowych

w tej chwili większość członków Wojskowej Izby Lekarskiej i większość umundurowanych lekarzy stanowią absolwenci innych uczelni.

Stefan Antosiewicz: WAM de facto została zlikwidowana, ale założenia – przynajmniej oficjalne – były zupełnie inne. Miała połączyć się z uczelnią cywilną, tak by powstał pierwszy w Polsce uniwersytet medyczny, tymczasem akademie wojskowa została wchłonięta i przestała istnieć. Początkowo tłumaczono, że w wojsku jest zbyt wielu lekarzy. W tamtych czasach – mówię o okresie, gdy Polska już wstąpiła do NATO – na różne sposoby redukowano siły zbrojne.

Wojskową służbę zdrowia też. Zresztą w całym NATO doszło do znaczącego ograniczenia liczby żołnierzy, co miało być powiązane ze zmianą jakościową.

**Dlaczego uważacie, że obecny model kształcenia jest niewłaściwy?**

Stefan Antosiewicz: Obecnie kształcenie podchorążych wygląda tak, że jako studenci kierunku lekarskiego są przypisani do UM w Łodzi, jako przyszli wojskowi podlegają pod Akademię Wojsk Lądowych we Wrocławiu, a „zajęcia wojskowe” odbywają w Wojskowym Centrum Kształcenia Medycznego, które jest w jakimś sensie pozostałością po WAM, zmodernizowaną dzięki wielkiemu zaangażowaniu jego kadry. To miało być rozwiązanie tymczasowe, a wiadomo, że prowizorki są najbardziej trwałe. Odtworzenie WAM wyeliminuje niepotrzebne pośrednictwo w zakresie kształcenia przyszłych lekarzy w mundurach. Stanie się ono bardziej efektywne.

**To, jak rozumiem, pierwszy powód reaktywacji WAM. Jakie są kolejne?**

Stefan Antosiewicz: Dzięki WAM będzie można zebrać doświadczenia weteranów misji w Iraku czy Afganistanie, którzy znają się na funkcjonowaniu medycyny polowej w czasie

prowadzenia działań zbrojnych, a także osób znających z własnego doświadczenia struktury NATO. W ostatnich latach ich wiedza i umiejętności zostały roztrwonione. Kolejny powód dostarczyła wojna w Ukrainie. Po rozpoczęciu rosyjskiej inwazji medycyna wojskowa nabrała większego znaczenia w wielu krajach.

### **Co przemawia za tym, by część przyszłych lekarzy kończyła uczelnię wojskową?**

**Stefan Antosiewicz:** Lekarz wojskowy ma nie tylko dbać o zdrowie i życie swoich podopiecznych, ale także umieć dowodzić i kreować pewne rozwiązania. Świetnie to scharakteryzował gen. Stefan Hubicki, lekarz, który w okresie międzywojennym był komendantem Szkoły Podchorążych Sanitarnych: lekarz wojskowy niesie pomoc oraz potrafi stosować się do rozkazów i je wydawać, czyli jest w stanie zapanować nad ludźmi i okolicznościami w warunkach bardzo trudnych, także wojennych. Tej sztuki nasi młodszy koledzy powinni być uczeni lepiej, niż ma to miejsce obecnie, gdy de facto studiują w uczelni cywilnej.

### **Z jakiego powodu to nie wystarcza?**

**Stefan Antosiewicz:** Ważną cechą w medycynie, a zwłaszcza w medycynie wojskowej, jest umiejętność działania w zespole, ponieważ w czasie konfliktu zbrojnego „organizacja” zaczyna panować nad „kliniką”. Mamy triaż, łańcuch ewakuacyjno-lecznicy itd.

**Artur Płachta:** Nazywając rzeczy po imieniu, jest mnóstwo ludzi do zaopatrzenia medycznego. Tej sytuacji nie da się porównać z pracą w szpitalu w czasach pokoju.

### **Kto miałby kształcić się w reaktywowanej akademii?**

**Stefan Antosiewicz:** Przede wszystkim lekarze. Chcę jednak podkreślić, że dla wojska niezbędne jest posiadanie szeroko rozumianego korpusu medycznego składającego się także z lekarzy dentyistów, weterynarzy, ratowników medycznych, farmaceutów i pielęgniarek, a także planistów medycznych. Obecnie w strukturach naszych sił zbrojnych jest zaledwie 20-30 stomatologów w mundurach.

**Artur Płachta:** Nie chodzi o przygotowanie lekarzy tylko na wypadek



foto: archiwum prywatne

▲ Płk rez. dr. n. med. **Stefan Antosiewicz**, sekretarz Okręgowej Rady Lekarskiej Wojskowej Izby Lekarskiej, członek Komisji Kształcenia Medycznego Naczelnej Rady Lekarskiej, absolwent Akademii Medycznej w Warszawie



foto: Dział Mediów i Komunikacji NIL

▲ Ppłk rez. lek. **Artur Płachta**, prezes Okręgowej Rady Lekarskiej Wojskowej Izby Lekarskiej, przewodniczący Konwentu Prezesów Okręgowych Rad Lekarskich, absolwent Wojskowej Akademii Medycznej

wybuchu konfliktu zbrojnego. Niektórzy absolwenci WAM mogliby zasilić służby mundurowe inne niż wojsko, np. Straż Graniczną. Poza tym uczelnia powinna kształcić odpowiednio wyszkolony personel medyczny do przejęcia głównej roli w razie wystąpienia zdarzeń masowych. Proszę sobie wyobrazić liczbę osób wymagających pomocy medycznej, jeśli w centrum miasta, które liczy milion mieszkańców, rozszczelni się cysterna z amoniakiem. Do tego dochodzą huragany czy powodzie oraz działania o charakterze terrorystycznym.

### **Obecnie w Wojsku Polskim jest więcej ratowników medycznych niż lekarzy, prawda?**

**Stefan Antosiewicz:** Tak. I bardzo dobrze, bo odgrywają kluczową rolę w każdych współczesnych siłach zbrojnych, ale nie wolno zapominać o innych zawodach medycznych.

### **Po co w wojsku weterynarze?**

**Stefan Antosiewicz:** Są potrzebni nie dlatego, że mamy wielkie zagony kawalerii, ale w celu sprawowania nadzoru w kontekście chorób odzwierzęcych

i możliwych epidemii. Farmaceutów jest nieliczna grupka, a to przecież oni zarządzają logistyką medyczną. Bardzo ważną rolę odgrywają oczywiście pielęgniarki. W reaktywowanej WAM niektóre zajęcia powinny odbywać się wspólnie ze studentami różnych kierunków medycznych, tak by już w okresie przeddyplomowym budować umiejętność pracy w grupie.

### **Szef MON chce odtworzyć WAM, a Wojskowa Izba Lekarska to popiera. Tymczasem Naczelna Rada Lekarska zwraca uwagę, że na studiach jest już za dużo osób.**

**Artur Płachta:** WAM początkowo powinna być uczelnią stricte aplikacyjną na wzór istniejących uczelni wojskowo-medycznych w takich krajach jak Niemcy, Francja czy Hiszpania. Studenci podchorążowie nadal uczyliby się przedmiotów „cywilnych” – w ramach nauk podstawowych i medycyny klinicznej – w UM w Łodzi, ale zajęcia z przedmiotów wojskowo-medycznych i wojskowych prowadzone byłyby w Akademii. Liczba studentów w Polsce nie uległaby zmianie, bo w WAM kształciłoby się ci,



◀ Minister obrony narodowej Władysław Kosiniak-Kamysz w Wojskowym Centrum Kształcenia Medycznego w Łodzi

foto: Wojciech Koń/CO MON

którzy obecnie studiują w ramach puli miejsc finansowanych przez MON. Najwyższy czas, by skończyć z trwającą od ponad 20 lat prowizorką polegającą na przypisaniu studentów, przyszłych lekarzy, do Akademii Wojsk Lądowych we Wrocławiu, która jest uczelnią niemedyczną, kształcąca dowódców pola walki, np. czołgistów, artylerzystów.

**Stefan Antosiewicz:** Innymi słowy, restytucja WAM w postulowanej formie, w odróżnieniu od szeregu alternatywnych propozycji, nie koliduje ze stanowiskiem NRL. Chcę to szczególnie podkreślić, bo Rada Lekarska Wojskowej Izby Lekarskiej w pełni popiera to stanowisko, a wielu z nas jest zaangażowanych w działania na rzecz powstrzymania degradacji systemu kształcenia lekarzy przez niekontrolowane mnożenie kierunków lekarskich w uczelniach do tego nieprzygotowanych.

*Świat zwiększa wydatki na zbrojenia, nasza armia także rośnie. Czy lekarzy wojskowych nie powinno być więcej?*

**Stefan Antosiewicz:** To bardzo dobre pytanie. Liczba lekarzy powinna zależeć od struktury i liczebności sił zbrojnych. Zabezpieczenie medyczne nie może być tworzone w oderwaniu od armii i powinno powstawać wraz z jej rozwojem. Na przykład, jeśli mamy 13 brygad Wojsk Lądowych, to struktura medyczna powinna je w pełni zabezpieczać, a do tego oczywiście trzeba uwzględnić Siły Powietrzne, Marynarkę Wojenną, Wojska Specjalne, jednostki Inspektoratu Wsparcia oraz Wojska Obrony Terytorialnej. Dalszy wzrost liczebności wojska przełoży się na konieczność zwiększenia liczby etatów medycznych.

**Wzrost efektywności kształcenia przyszłych lekarzy wojskowych i wzmocnienie wojskowego korpusu medycznego to główne cele odtworzenia WAM, które nabierają istotnego znaczenia w obliczu rosyjskiej agresji na Ukrainę. A wzmocnienie morale? Patriotyzm? Dlaczego o tym panowie nie mówicie?**

**Artur Płachta:** Bo dla nas to oczywiste. WAM z pewnością przyczyniłoby się do kreacji postaw obywatelskich. Każdy lekarz ma obowiązki wobec swojego kraju. Częściowo dlatego, że państwo go wykształciło, ale przede wszystkim dlatego, że to wyjątkowo ważny i potrzebny zawód. Nie po to kształcimy się tyle lat, by nie czuć związku z własnym krajem. Lekarze są niezwykle wartościową częścią społeczeństwa w czasie pokoju, a tym bardziej w czasie wojny.

**Stefan Antosiewicz:** Jako lekarze kształcimy się i pracujemy dla naszego kraju i naszego społeczeństwa oraz przyczyniamy się do rozwoju polskiej medycyny. Zresztą m.in. po to mamy samorząd lekarski, by działał dla dobra medycyny w Polsce. To jest patriotyzm, ale także pragmatyzm. Gdyby doszło do wybuchu konfliktu zbrojnego, nie każdy wyjedzie z kraju, a umiejętności lekarzy będą całemu społeczeństwu niezbędne. Będąc lekarzem, lepiej więc zostać przeszkolonym

pod względem wojskowym i mieć stopień oficerski.

### *Niektórzy medycy opuścili Ukrainę.*

**Artur Płachta:** To, co wydarzyło się w Ukrainie, jest najlepszym dowodem, że muszą istnieć regulacje dotyczące personelu medycznego. Jeżeli lekarz ucieka z kraju, w którym wybuchła wojna, jest dezertorem. Jeśli dochodzi do wojny, to co do zasady żaden lekarz nie powinien opuszczać swojego kraju – obrona ojczyzny to obowiązek obywatelski, a nie żadna łaska. Mówiłem o tym m.in. na wyjazdowym posiedzeniu NRL w Toruniu na początku marca 2022 r., tuż po rozpoczęciu inwazji Rosji na Ukrainę. Tam atakuje się głównie ludność cywilną, niszczona jest także infrastruktura służąca opiece medycznej, więc lekarze są bardzo potrzebni na miejscu. W czasie każdej wojny braki kadrowe w ochronie zdrowia dają się we znaki jak w żadnej innej branży, a wiedza i umiejętności każdego lekarza powinny być w pierwszej kolejności wykorzystane dla dobra ojczyzny.

**Stefan Antosiewicz:** Ułatwiając lekarzom w sile wieku wyjazd z Ukrainy, nie pomagamy państwu ukraińskiemu, lecz drenujemy je z kadr. Wielkie wojny przeważnie wygrywają przecież rezerwiści, a siły zbrojne stanowią „szkielet” wypełniany przez rezerwistów.

### *Wiosną szef Wojskowego Centrum Rekrutacji wysłał do lekarzy wezwania w sprawie obowiązku obrony i informacje o nadaniu pracowniczego przydziału mobilizacyjnego.*

**Artur Płachta:** Obecnie lekarze nie zdają sobie sprawy ze swojej roli w systemie, a większość osób przeniesionych do rezerwy nie ma przydziału mobilizacyjnego – widnieją jako rezerwa ogólna. Od udziału w wojnie są lekarze wojskowi i to nas, lekarzy w mundurach, najbardziej odróżnia od lekarzy cywilnych. Ci ostatni stanowią rezerwę. Jeśli wojsko „wychodzi” poza granice kraju, a w czasie prowadzenia działań zbrojnych czasami do tego dochodzi, to razem z nimi „idzie” wojskowa służba zdrowia. W kraju zostają jednak obywatele, a lekarze niewojskowi pomagają ludności cywilnej, która tak jak w czasie pokoju wymaga

opieki medycznej, a w razie konfliktu może być dodatkowo atakowana przez wroga. Kto będzie ich leczył? Właśnie lekarze niewojskowi. Lekarze rezerwiści potrzebni są siłom zbrojnym dopiero wtedy, gdy my, wojskowa służba zdrowia, nie damy rady.

### *Kiedy powstanie uczelnia, o której rozmawiamy?*

**Artur Płachta:** 27 maja jako prezes izby zostałem zaproszony na uroczystość podpisania listu intencyjnego w sprawie odtworzenia WAM. Swoje podpisy złożyli pod nim szef MON Władysław Kosiniak-Kamysz, wojewoda łódzki Dorota Ryl, prezydent Łodzi Hanna Zdanowska i rektor UM w Łodzi prof. Radzisław Kordek. Dokument przygotował Departament Wojskowej Służby Zdrowia MON, a jego treść została wcześniej uzgodniona m.in.

Czas skończyć z prowizorką i przypisaniem studentów, przyszłych lekarzy, do Akademii Wojsk Lądowych we Wrocławiu

z ministrem zdrowia, ministrem spraw wewnętrznych i administracji oraz ministrem nauki i szkolnictwa wyższego. Innymi słowy, czworo szefów ważnych resortów dogadało się co do utworzenia uczelni, która ma kształcić studentów medycyny głównie na potrzeby sił zbrojnych. Minister Kosiniak-Kamysz obiecał, że do końca tego roku do Sejmu trafi ustawa powołująca WAM.

### *Czy Wojskowej Izbie Lekarskiej zaproponowano uczestnictwo w przygotowaniu projektu ustawy?*

**Artur Płachta:** Jeszcze nie, ale zabiegamy o to. Niedawno MON wydał decyzję w sprawie powołania zespołu, który ma opracować koncepcję nowej WAM. Naszej izby nie uwzględniono, ale nie wyobrażam sobie, by nas tam nie było. Chcemy aktywnie

uczestniczyć w dyskusji, dlatego na początku lipca przekazaliśmy MON opinię naszego Zespołu Doradczego ds. Reorganizacji Wojskowej Służby Zdrowia. Jest w niej nasza wizja.

### *Co społeczeństwo będzie miało z reaktywacji WAM?*

**Artur Płachta:** Spokój. Wie pan, dlaczego Amerykanie nie mają wielkich problemów z morale żołnierzy?

### *Dlaczego?*

**Artur Płachta:** Bo amerykański żołnierz zdaje sobie sprawę, że na zapleczu wiele osób dla niego pracuje, odpowiadając za wszystko, czego potrzebuje: od zakwaterowania i profilaktyki zdrowotnej po umundurowanie i uzbrojenie. Jak studiowałem w WAM, to na mniej więcej 30 żołnierzy przypadał szef kompanii, którego zadaniem było zabezpieczenie ich wszystkich potrzeb. Pamiętam, jak w 1997 r., jeszcze przed wstąpieniem Polski do NATO, pojechałem na szkolenie do Stanów Zjednoczonych, i w jego trakcie zobaczyłem, że na jednego żołnierza „z przodu” pracowało pięciu żołnierzy „z tyłu”.

**Stefan Antosiewicz:** Jeżeli projekt zostanie dobrze zrealizowany, to dzięki WAM jakość wojskowej służby zdrowia się poprawi. Uczelnia przyczyni się do wykształcenia i wychowania nowego pokolenia liderów wojskowej medycyny zdrowia, kształconych także dla innych służb mundurowych. Odtworzenie i rozwój organizacji ochrony zdrowia wojsk i medycyny pola walki, także pod kątem naukowym, jest konieczne, ponieważ w ostatnich latach dużo się zmieniło. Nie tylko z powodu wojny w Ukrainie.

### *Dużo o niej mówiliśmy.*

**Artur Płachta:** „Jeśli chcesz pokoiu, szykuj się do wojny”. Jak zmotywować żołnierza, by poszedł na wojnę, na której może zginąć, skoro nie będzie miał świadomości, że ktoś mu pomoże w razie odniesienia ran? Rola lekarzy jest kluczowa. ●

# 36 lat pracy w aptekach wiele mnie nauczyło

Nieprzewidywalność zachowań pacjentów jest jedną z trudniejszych rzeczy, z którymi codziennie się stykam.

**L**ekarze mogą powiedzieć: „Przecież my też się stykamy z tymi samymi nieprzewidywalnymi pacjentami” – i będą mieć rację. To działa w obie strony.

Chyba każdy z medycznej branży zna powiedzenie dotyczące zaleceń dawkowania przekazanych pacjentom. „To, że lekarz powiedział, nie oznacza, że pacjent usłyszał. To, że usłyszał, nie oznacza, że zrozumiał. To, że zrozumiał, nie oznacza, że zastosuje. To, że zastosuje, nie oznacza, że zawsze będzie stosował”.

Co zaskakujące, czasem trudności komunikacyjne dotyczą prozaicznych czynności. Pacjent telefonuje do apteki z pytaniem o deficytowy lek. Otrzymuje informację o braku dostępności. Kierownik apteki, a zarazem jej właściciel tłumaczy, że leku nie ma w hurtowniach, więc nie ma i w aptece. W odpowiedzi słyszy: „Gdyby pan BARDZIEJ chciał się postarać, lek by był”. Ewentualnie: „Nie chcecie zarobić pieniędzy, pracować wam się nie chce”? Albo: „Koleżanka mi sprawdziła przez internet i powiedziała, że pan ma”. Czyli koleżanka wie lepiej, co jest w danej aptece. Aha.

Oczywiście, można próbować uprzejmie zapytać, kiedy koleżanka sprawdzała dostępność leku? Mogłoby się okazać, że przynajmniej kilka godzin wcześniej. Cóż, inni też sprawdzali i wykupili ostatnie opakowanie. Można próbować tłumaczyć, że wystarczyło np. zatelefonować, by zarezerwować lekarstwo. Piszę o telefonowaniu, by unaooczyć, że tak stara i popularna metoda byłaby prostsza i lepsza od nowszej, czyli rezerwacji przez internet.

Z niedowierzaniem obserwuję, jak wiele osób jest zdziwionych, gdy podpowiadam ułatwienie sobie życia. Poirytowanym poszukiwaniami leków proponuję, by po otrzymaniu kodu e-recepty zatelefonowali do apteki i go podali wraz z PESEL-em. Nie trzeba przyjeżdżać osobiście, by pracownik apteki zobaczył treść recepty. Jeśli

**MARIUSZ POLITOWICZ**  
CZŁONEK NACZELNEJ  
RADY APTEKARSKIEJ



czegoś brakuje, farmaceuta zamówi, a pacjent po wszystko przyjedzie do apteki w umówionym terminie. Tylko jeden jedyny raz.

Także jeden jedyny raz zdarzyło mi się, że oburzona pacjentka odmówiła podania danych przez telefon. Pouczyła mnie, że „Nie mam prawa

Poirytowanym poszukiwaniami leków proponuję, by po otrzymaniu kodu e-recepty zatelefonowali do apteki i go podali wraz z PESEL-em

żądać takich danych”. Przyznam, że zaniemówiła, gdy poinformowałem ją, że od podania dokładnie tych danych rozpoczyna się realizacja każdej recepty. Zarazem kompletnie mnie nie zdziwiło, że po takiej formie rozpoczęcia znajomości jednak się nie pojawiła, by zrealizować receptę na deficytowy lek stosowany w leczeniu cukrzycy oraz otyłości.

Z kolei młodzi, a wręcz niepełnoletni pacjenci, potrafią zaskakiwać kreatywnością. Jak wiemy, istnieje grupa leków OTC, których bez recepty nie można wydać osobom poniżej 18. roku życia. Niemniej niektórzy próbują, zwłaszcza gdy mają przynajmniej 180 cm wzrostu i adekwatną budowę ciała. Tak się składa, że wielu pamiętam od czasów

ich dzieciństwa. Dlatego zgodnie z przepisami poprosiłem młodego chłopaka o dowód osobisty, gdy chciał kupić dekstromorfan. W odpowiedzi usłyszałem, że przy sobie nie ma, ale może pokazać SMS-a od mamy, która rzekomo wysłała go właśnie po te tabletki przeciwbólowe. Cóż, do transakcji nie doszło...

Inny młody człowiek, którego w identycznej sytuacji poprosiłem o dowód, odpowiedział, że dokumentu tożsamości, co prawda, nie ma, ale może pokazać... tatuáže. W domyśle: osobom niepełnoletnim nie można zrobić tatuażu.

Zycie zaskakuje nas na każdym kroku. Wrozumiałość dla pacjentów ma granice. Każdy ma inne. Wie to ten, kto pracuje w szeroko rozumianej ochronie zdrowia. Przyczyny są różne i jest ich wiele. I o ile na różne sposoby możemy się starać o zmiany systemowe w organizacji pracy i zasadach jej finansowania, nie sposób – z naszego poziomu – zmienić pacjentów, ludzi.

Można filozoficznie powiedzieć, że za wychowanie odpowiedzialni są rodzice, szkoła, a także kościół (dowolnego wyznania), bo to są trzy instytucje, z którymi ma do czynienia większość ludzi dowolnej nacji. Wiem przynajmniej jedno, że im lepiej wykształcimy (wychowamy?) społeczeństwo, tym lepiej dla nas wszystkich. Czego sobie i Państwu życzę. ●

## PRAKTYKA LEKARSKA

# Czas na zmiany w diagnostyce genomowej

LUCYNA KRYSIAK  
DZIENNIKARKA

Konieczne jest jak najszybsze wprowadzenie do koszyka świadczeń refundowanych zaawansowanego profilowania genetycznego w raku płuca i jajnika – mówi dr n. med. **ANDRZEJ TYSAROWSKI**, prezes Polskiej Koalicji Medycyny Personalizowanej.

**P**odczas Forum zorganizowanego w czerwcu br. przez Polską Koalicję Medycyny Personalizowanej sygnalizowano trudności w dostępie do zaawansowanej diagnostyki genetycznej, głównie w przypadku raka płuca i jajnika. **Rzeczywiście tak jest?**

W leczeniu raka jajnika, a w szczególności w raku płuca, mamy obecnie do dyspozycji wiele nowoczesnych terapii. Nie można ich jednak zastosować bez bardzo zaawansowanych i nowoczesnych badań genetycznych ze względu na brak kompleksowej refundacji. Diagnostyka obejmująca badania genetyczne w tych konkretnych chorobach nie nadąża więc za możliwościami leczenia celowanego z zastosowaniem nowatorskich leków. Mówimy o puli leków refundowanych w ramach programów lekowych czy stosowanych w badaniach klinicznych. Leki te wymagają bardzo zaawansowanego podejścia diagnostycznego. Stosowane obecnie w raku jajnika badanie genów BRCA1 i BRCA2 są minimalnym, ale niewystarczającym standardem. Niezbędne jest więc rozszerzenie diagnostyki o kolejne geny i o tzw. sygnatury genomowe. Dlatego w raku płuca i raku jajnika istnieje potrzeba sięgnięcia do zaawansowanego pułapu diagnostycznego w postaci kompleksowego profilowania genetycznego (comprehensive genomic profiling, CGP). W porównaniu do refundowanych przez NFZ testów jednogenomowych oraz tzw. małych paneli NGS daje ono możliwość przeanalizowania w jednym



fot.: archiwum prywatne

▲ Wokół kompleksowego badania genomowego narosło wiele mitów – mówi Andrzej Tysarowski

badaniu, z jednej porcji materiału, kilkuset markerów genetycznych z bardzo dużą dokładnością oraz tzw. sygnatur genomowych, takich jak HRD – deficyt rekombinacji homologicznej, MSI – niestabilność mikrosatelitarna i TMB – ładunek mutacyjny guza. Informacja taka daje m.in. kompletną wiedzę o profilu genetycznym nowotworu pod względem jego właściwego rozpoznania, szerokiego zastosowania nowoczesnych leków celowanych oraz odpowiedzi na takie leczenie, możliwości zastosowania

immunoterapii, metabolizmu leków, a także – w przypadku nowotworów uwarunkowanych genetycznie – wdrożenia profilaktyki w rodzinie pacjenta.

## Co to oznacza dla chorych?

Rak płuca zwykle jest wykrywany w zaawansowanym stadium, dlatego tak ważne jest, aby wykonać u chorego jeden test, który zidentyfikuje wszelkie zmiany genetyczne mogące predysponować do leczenia, dzięki czemu można je podjąć jak najszybciej. Istotne jest także, że w raku płuca w niektórych przypadkach trudno pobrać odpowiednią ilość materiału tkankowego do badania. Wykonując klasyczne testy polegające na oznaczaniu pojedynczych markerów, materiał tkankowy często kończy w trakcie diagnostyki i trzeba go pozyskiwać ponownie. To wszystko trwa zbyt długo, a w tej chorobie o wynikach leczenia decyduje także czas. Kompleksowe profilowanie genetyczne pozwala podjąć właściwą decyzję jednocześnie, przy wykorzystaniu jednej próbki materiału. Nowoczesne testy genetyczne są także używane do badań przy zastosowaniu technologii tzw. płynnej biopsji, czyli analizy materiału genetycznego pochodzącej ze zmiany nowotworowej na podstawie tzw. pozakomórkowych kwasów nukleinowych wydzielanych przez komórki nowotworu do krwiobiegu.

U pacjentów z rakiem płuca oznacza to, że w sytuacji, kiedy nie można pobrać fragmentu tkanki do badania, jest możliwe przeprowadzenie wielkoskalowego badania genetycznego na podstawie płynnej biopsji.

### **Czy tego rodzaju postępowanie diagnostyczne dotyczy także pacjentek z rakiem jajnika?**

U pacjentek z rakiem jajnika, poza badaniem genów BRCA1/2, powinno się oznaczać również tzw. sygnaturę genomową HRD. To jest złożone badanie genetyczne, które nie dość, że analizuje zmiany z reguły w dużej puli genów odpowiedzialnych za systemy naprawy DNA, to analizuje też efekt defektów tych genów. Jednym słowem w całym genomie sprawdzane są regiony, w których następują różnego rodzaju zaburzenia genetyczne odpowiedzialne za utratę materiału genetycznego prowadzące do nowotworzenia. To są złożone badania deficytu rekombinacji homologicznej HRD i niestety obecnie nie są finansowane przez NFZ pomimo dostępnego programu lekowego.

### **A w przypadku innych nowotworów?**

W innych nowotworach w tym momencie wystarczą klasyczne testy genetyczne jedno- lub kilkogenowe oraz testy genetyczne oparte na sekwencjonowaniu następnej generacji (małe panele NGS). Tego typu badania są refundowane przez płatnika. Jak będzie w przyszłości, kiedy zaczną wchodzić do leczenia nowej generacji zaawansowane terapie celowane, tego nie wiemy. W raku płuca i jajnika konieczne jest natomiast jak najszybsze wprowadzenie do koszyka świadczeń refundowanych zaawansowanego profilowania genetycznego.

### **Jaka jest szansa na wprowadzenie i refundację kompleksowego profilowania genomowego u tych chorych?**

Polskie Towarzystwo Onkologiczne i Polska Koalicja Medycyny Personalizowanej oraz organizacje pacjencje już od dłuższego czasu zabiegają o finansowanie wielkoskalowych badań przez NFZ. Z naszej inicjatywy Ministerstwo Zdrowia zleciło AOTMiT analizę świadczenia kompleksowego profilowania genomowego (CGP), wykonywanego metodą wysokopręciowego sekwencjonowania następnej generacji (NGS) w diagnostyce molekularnej, i we wrześniu 2023 r. uzyskało

pozytywną rekomendację. Jednak to dopiero pierwszy krok do osiągnięcia naszego celu, choć nie ukrywam, że bardzo ważny, ponieważ stanowi przepustkę do podejmowania dalszych działań. Następnym etapem jest kalkulacja kosztów przez decydentów i płatnika. Trzeba też określić kryteria kliniczne, w jakich sytuacjach takie badanie należy wykonać, ustalić wymogi dotyczące laboratoriów, gdzie może być ono przeprowadzone. Ministerstwo Zdrowia otrzymało od nas opracowanie dotyczące tych tematów, ale decyzje jak dotąd nie zapadły. Chęć zastrzec, że nie chodzi nam

Kompleksowe profilowanie genomowe jest jednym z wielu celów, do których dąży środowisko onkologiczne

o to, aby kompleksowe badanie profilowania genomowego było dostępne dla wszystkich rodzajów nowotworów, ponieważ nie ma takich wskazań. Przykładowo w czerniaku czy raku jelita grubego bada się mniej zmian genetycznych, nie ma więc potrzeby stosowania kompleksowego profilowania genomowego. Natomiast poszukujemy sposobu bezproblemowego dostępu do tego rodzaju diagnostyki w tych nowotworach, które bezwzględnie tego wymagają, a więc w raku płuca i raku jajnika. To decyduje o wynikach leczenia, wydłużeniu życia chorych i jego jakości.

### **Czy to są drogie badania?**

Wokół kompleksowego badania genomowego narosło wiele mitów. Mówi się o kosztach rzędu nawet kilkudziesięciu tysięcy złotych. Koszt przeprowadzenia kompleksowego profilowania genetycznego wynosi około 8 tys. zł, a obecna refundacja zaawansowanych badań genetycznych pozwala na sfinansowanie badania w cenie rzędu 4 tys. zł, a więc dwukrotnie mniejszym. Nie wydaje mi się, aby to było poza zasięgiem możliwości finansowych płatnika. Jeśli obliczyć koszty związane

z powtarzaniem badań genetycznych pojedynczych markerów i ryzyko zużycia cennego materiału tkankowego pacjenta w trakcie takiej wieloetapowej diagnostyki lub konsekwencje nietrafionej terapii, koszty te są naprawdę niewielkie. Z ekonomicznego punktu widzenia diagnozowanie przy zastosowaniu kompleksowego profilowania genetycznego i leczenie celowane, szczególnie w nowotworach w zaawansowanych stadiach, jest na pewno opłacalne. Skracają się czas hospitalizacji i ogranicza liczbę powikłań. Jeszcze do niedawna do oddziałów onkologicznych trafiali pacjenci z przerzutami w fatalnym stanie, z małymi szansami na poprawę ich stanu mimo podawanej klasycznej chemioterapii. Obecnie dzięki terapii celowanej efekty terapeutyczne są znacznie lepsze i w wielu przypadkach pozwalają na znaczną poprawę. W niektórych sytuacjach dochodzi nawet do kilkuletnich remisji nowotworu. Na takie właśnie efekty liczymy u chorych z rakiem płuca i rakiem jajnika z chwilą refundacji kompleksowego badania genomowego.

### **Co sprawia, że to takie trudne do przeprowadzenia?**

Cały system finansowania badań genetycznych w onkologii powstał w 2016 r. i był dostosowany do ówczesnych realiów, a przez ostatnich osiem lat bardzo wiele się zmieniło – zarówno w diagnostyce, jak i w leczeniu nowotworów. Nastąpił gwałtowny skok w technologiach badań genetycznych, rozwoju nowych leków i rozwoju medycyny personalizowanej, czyli ukierunkowanych terapii molekularnych. Terapie celowane ewoluowały, a diagnostyka w obecnym systemie finansowania za nimi nie nadążyła.

Chodzi o koszyk świadczeń refundowanych, który uwzględniałby kompleksowe profilowanie genetyczne, ale też o przyjrzenie się całemu systemowi finansowania diagnostyki nowotworów, który się mocno zdezaktualizował. Jest w nim wiele niuansów dotyczących także innych nowotworów, konieczne jest więc



przeanalizowanie go i urealnienie. Chodzi m.in. o rozpoznania, w których należałoby wykonać badania genetyczne, ale nie można tego zrobić, bo nie ma ich na liście refundacyjnej. Należałoby też odblokować inne przeszkody systemowe. Przykładowo nie można korzystnie rozliczyć badania genetycznego u pacjenta, któremu zlecono badanie genetyczne z krwi obwodowej ambulatoryjnie. Dotyczy to przede wszystkim nowotworów BRCA-zależnych, jak rak piersi czy trzustki, gdzie badanie genetyczne zleca się z materiału świeżego, czyli właśnie krwi obwodowej. Kompleksowe profilowanie genomowe jest więc jednym z wielu celów, do których dąży środowisko onkologiczne. Z tym wiąże się czytelna informacja, kto może takie badanie zlecić, gdzie można je wykonać i w jakim laboratorium. Oprócz decyzji o refundacji trzeba więc rozwiązać wiele kwestii administracyjnych.

***Kraje wysoko rozwinięte szybko dostrzegły wymierne korzyści z leczenia celowanego popartego kompleksową diagnostyką genomową i pokonały te przeszkody.***

Jesteśmy na dobrej drodze i szanse na wprowadzenie zmian systemowych w diagnostyce genetycznej i terapiach celowanych rosną. Taka jest obecnie medycyna i nie ma odwrotu od postępu. Badania wielkoskalowe są już wprowadzone i finansowane w Niemczech, Wielkiej Brytanii, Francji, Hiszpanii, we Włoszech, a nawet w Czechach i na Słowacji, gdzie wykonuje się je standardowo. Nie mówimy więc o innowacjach, ale o wyrównaniu możliwości. Nasze programy lekowe wskazują na pilną potrzebę wykonywania takich badań. Dysponując nimi, onkolog za jednym zamachem będzie miał do wglądu pełny profil genetyczny pacjenta. Będzie mógł wybrać lek i ocenić jego działanie. W badaniach o szerokim profilu genetycznym występuje szereg markerów, które nie tylko naprowadzają lekarza, jaki lek ma zastosować, ale również jak ten lek będzie metabolizowany, a także np. jak organizm pacjenta zareaguje na immunoterapię. Lekarz uzyskuje też informacje o możliwości cytotoksyczności. Takie kompleksowe badanie genomowe to kompendium wiedzy dla lekarza, który nie musi już tracić czasu, zlecać dodatkowych badań, jak to często się zdarzało i zdarza w raku płuca czy jajnika. Wszystko to

oznacza precyzję w doborze terapii i lepszą skuteczność.

***Jakie miejsce w ochronie zdrowia zajmuje obecnie medycyna personalizowana? Czy chodzi tylko o onkologię, czy także o inne specjalności?***

Leczenie celowane zaczęło się od nowotworów, ale obecnie pojęcie to obejmuje już wiele kategorii chorób. Zaliczają się do nich również choroby rzadkie, np. mukowiscydoza czy SMA, ale też choroby metaboliczne, w których podstawą diagnostyki jest znalezienie zmian genetycznych,

Szukamy bezproblemowego dostępu do diagnostyki w tych nowotworach, które tego wymagają; to decyduje o wydłużeniu życia chorych i jakości leczenia

warunkujących dalsze postępowanie. Także w profilaktyce coraz szerzej wykorzystuje się diagnostykę genomową i medycynę personalizowaną.

***W jakim kierunku zmierza medycyna personalizowana? Czy będzie wymagała przeorganizowania lecznictwa, czy może kształcenia nowych specjalistów w tej dziedzinie?***

Zacznijmy od tego, że na obecnym etapie system leczenia, szczególnie w przypadku onkologów – będzie wymagał poszerzenia wiedzy na ten temat. Terapie celowane stają się w onkologii standardem i niewątpliwie wymagają od lekarza podnoszenia kwalifikacji. Czy będzie to kształcenie przeddyplomowe, podyplomowe, czy specjalizacyjne, zależy od tego, jaki pomysł ma na to resort zdrowia, uczelnie medyczne, ale też lekarskie towarzystwa naukowe, które angażują się w organizowanie szkoleń, kongresów i sympozjów o tej tematyce. U onkologów takie działania stały się powszechne, w innych specjalnościach medycyna personalizowana dopiero wchodzi do programów wykładów czy warsztatów.

Jeśli chodzi o diagnostykę, bardzo ważne jest kształcenie genetyków, szczególnie klinicznych, których mamy za mało. To samo dotyczy liczby laboratoriów, w których można wykonywać badania genetyczne. Potrzebne są także zmiany w programach studiów, na których kształcą się diagnostów laboratoryjnych. Wiedza jest podawana w pigułce, na podstawowym poziomie, nie jest wystarczająca, aby ją wykozystać w praktyce. Diagnostów laboratoryjni muszą więc być lepiej przygotowani do nowych wyzwań. Chodzi też o infrastrukturę. Obecnie jest zaledwie kilka laboratoriów w kraju zdolnych do prowadzenia tak zaawansowanej diagnostyki genomowej, a powinna być równa dostępność w podmiotach klinicznych do leczenia i diagnostyki. Niestety, małe ośrodki pozostają pod tym względem w tyle i z braku możliwości stosują tradycyjną diagnostykę i chemioterapię, mimo że jest mniej efektywna.

***Czy diagnozowanie za pomocą genetyki i leczenie celowane zmieniło sposób myślenia o medycynie?***

Zdecydowanie tak. Obecnie diagnostyka genetyczna jest jedną z najszybciej rozwijających się dziedzin diagnostyki laboratoryjnej. Jest kluczowa dla procesu diagnostyczno-terapeutycznego. Dzięki niej w wielu przypadkach możliwe jest postawienie właściwego rozpoznania nowotworu i wdrożenie leczenia na wczesnym etapie. Możliwy jest dobór właściwej terapii celowanej, monitorowanie procesu leczenia. Nie można również zapomnieć o roli, jaką diagnostyka genetyczna odgrywa w profilaktyce nowotworów uwarunkowanych genetycznie. Dlatego lekarze, myśląc o nowoczesnym leczeniu, muszą brać pod uwagę genetykę. Wiele jednak zależy od tego, w jakich warunkach pracują. Jeśli nie ma zaplecza diagnostycznego i dostępu do programów lekowych, a więc możliwości diagnozowania i leczenia nowymi metodami, są zmuszeni sięgać po tradycyjne terapie. Nie ukrywam, że to dla nas bolesne. ●

## PRAKTYKA LEKARSKA

# Szczepienia na równi pochyłej

ZBIGNIEW WOJTASIŃSKI

W profilaktyce chorób zakaźnych osiągnęliśmy najwyższy poziom, a teraz będzie tylko gorzej? Wiele na to wskazuje, to zresztą problem ogólnoświatowy. Musimy zmienić strategię działania, a najwięcej w tej dziedzinie zależy od lekarzy.

**D**o niedawna byliśmy dumni, że choć w innych krajach jest coraz gorzej, u nas wciąż jest całkiem dobrze i nie ma powodów do obaw. Teraz jednak wiemy, że jeżeli chodzi o wyszczepialność, jesteśmy na równi pochyłej. Mamy coraz więcej przypadków unikania obowiązkowych szczepień dzieci.

Warto przypomnieć dane: w ostatnich pięciu latach liczba odmów się zwiększyła aż dwukrotnie. O ile w 2019 r. zarejestrowano 48,6 tys. uchyień, to w 2023 r. było ich już 87,3 tys. W 2022 r. w pełni zaszczepiono u nas 83,9 proc. dzieci w trzecim roku życia, 14,6 proc. zostało częściowo zaszczepionych, a 1,6 proc. – w ogóle nie było szczepionych.

Jaki będzie bilans za rok 2024? Raczej gorszy. Każdego roku mamy ok. 10 tys. odmów więcej. Paradoksem jest, że liczba odmów szczepień rośnie mimo pandemii i kampanii promujących szczepienia przeciwko COVID-19. A wydawało się, że nic bardziej do tego nie zachęca niż bezpośrednio zagrożenie nowym patogenem.

## CZY WRÓCI ODRA?

Należy zatem liczyć się z trwałą tendencją uchylania się od szczepień i z pogarszającą się odpornością populacyjną. A w efekcie ze wzrostem częstości występowania niektórych zakażeń. Przykładem jest odra.

Poziom zaszczepienia przeciwko tej chorobie spadł u nas poniżej 95 proc., a zatem poniżej progu zapewniającego odporność populacyjną. W przeszłości, kiedy się chwaliłiśmy wyszczepialnością, wynosił on 99 proc. I lepiej już nie będzie. Do połowy lipca 2024 r. zanotowano 232 zachorowania, czyli prawie dziesięciokrotnie więcej niż w tym samym

okresie 2023 r., a także więcej niż w ostatnich kilku latach – wynika z danych Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego PZH. Od 2020 r. do 2023 r. co roku rejestrowano u nas od 13 do 36 zachorowań

W ostatnich pięciu latach ogniska odry pojawiły się w 103 krajach, głównie tych, w których poziom wszczepiania nie przekroczył 80 proc.

(tyle było w 2023 r.). Rekordowy jak na razie był 2019 r., gdy odnotowano 1502 przypadki odry.

W Polsce nie mamy jeszcze zgónów z powodu odry, co w tym roku zdarzyło się już w innych krajach Unii Europejskiej – na przykład w Rumunii oraz Irlandii. Jeśli jednak nic się nie zmieni, wszystko jest przed nami. „Pozytywny” tego efekt może być taki, że część rodziców się wystraszy i zaszczepi swoje dzieci.

Tak było choćby w Stanach Zjednoczonych. Przy czym nie działa to w dłuższym okresie, bo mimo ostrzeżeń Centrum Prewencji i Kontroli Chorób (CDC) co jakiś czas w USA pojawiają się kolejne ogniska odry. Jedynie w trzech pierwszych miesiącach 2024 r. odrę wykryto w 17 stanach.

## PRZED PANDEMIAŁ BYŁO LEPIJ

Według dyrektora UNICEF Catherine Russell, aby poprawić wyszczepialność dzieci i młodzieży, konieczne są globalne działania z udziałem rządów,

organizacji i lokalnych władz. Inaczej sytuacja ta będzie się tylko pogarszać.

Wskazują na to opublikowane niedawno najnowsze dane Światowej Organizacji Zdrowia, z których wynika, że wyszczepialność dzieci i młodzieży na świecie nie może odzyskać poziomu sprzed pandemii. W 2023 r. w pełni zaszczepionych zostało o 2,7 mln dzieci mniej niż w 2019 r. Pod uwagę wzięto 14 scho-rzeń, przeciw którym stosowane są szczepienia.

W 2023 r. trójskładnikowym preparatem przeciwko błonicy, tężcowi i krztuścowi zaszczepiono 84 proc. dzieci i młodzieży (108 mln). Jednak liczba dzieci, która nie otrzymała nawet jednej dawki tej szczepionki, zwiększyła się z 13,9 mln w 2022 r. do 14,5 mln w roku minionym.

Przeciwko odrze nie zaszczepiono lub zaszczepiono w niedostatecznym stopniu 35 mln dzieci i młodzieży na świecie. Efekt jest taki, że w ostatnich pięciu latach ogniska odry pojawiły się w 103 krajach, głównie tych, w których poziom wyszczepiania nie przekroczył 80 proc.

## ANTYNAUKA W NATARCIU

Wielu specjalistów uważa, że wszystkim winni są antyszczepionkowcy, którzy manipulują danymi lub nawet je zmyślają i wiele osób zniechęcają do szczepień. Ich działania szczególnie się nasiliły w okresie pandemii. A skutki tego mogą być już nie do odrobienia.

W wydanej niedawno książce „The Deadly Rise of Anti-Science: A Scientist’s Warning” ostrzega przed

tym amerykański pediatra prof. Peter J. Hotez. „Antyszczepionkowiec pod szyldem wolności zdrowotnej i medycznej doprowadzają do wielu tragedii, a nawet zgonów” – twierdzi.

Jego zdaniem kluczowe będzie to, czy ruchy antyszczepionkowe znajdą wielu zwolenników w krajach o średnich i najniższych dochodach, w których od wielu lat rozwijane są programy szczepień przeciwko groźnym chorobom zakaźnym, takim jak polio, odra czy krztusiec. Gdyby do tego doszło, mogłoby dojść do zahamowania szczepień na świecie, co miałyby ogromne skutki zdrowotne i ekonomiczne.

Co można zrobić, żeby do tego nie dopuścić? Ekspert skupienie wokół COVID Transition Initiative na przykładzie choroby COVID-19 na pierwszym miejscu wymieniają „organizowanie regularnych kampanii promujących szczepienia” oraz „skuteczną i konsekwentną edukację na temat znaczenia szczepień”, a także „udrożnienie ścieżki w dostępie do szczepień oraz wzmocnienie pozycji pracowników ochrony zdrowia i zachęcanie ich do szczepień przeciwko COVID-19”.

#### MANDAT ZA UCHYLANIE SIĘ

Niedawno z nową inicjatywą dotyczącą szczepień obowiązkowych wystąpił główny inspektor sanitarny dr Paweł Grzesiowski. Zaproponował, żeby kary grzywny za nieszczepienie dzieci zastąpić prostszą procedurą, jaką jest wystawianie mandatów bezpośrednio przez sanepid. Kwoty za niezaszczepienie dziecka byłyby mniejsze (jedynie kilkaset złotych, a nie kilkadziesiąt tysięcy złotych), ale można byłoby je zastosować szybciej.

Natychmiast przyklasnęli temu na platformie X (dawniej Twitter) niektórzy specjaliści popierający szczepienia, jak prof. Agnieszka Szuster-Ciesielska z Uniwersytetu Marii Skłodowskiej-Curie w Lublinie oraz prof. Krzysztof Pyrc z Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie. Pytanie, czy w przypadku szczepień obowiązkowych jakiegokolwiek karanie jest skuteczne i ma w ogóle sens?

Nie do końca też wiadomo, jakie są intencje GIS. Jak sugeruje w niektórych wypowiedziach dr Paweł Grzesiowski, nie samo karanie ani szybkie nakładanie mandatów jest ważne – chodzi też o zwrócenie uwagi rodzicom, że nie dopełnili obowiązku szczepień. W tym celu do takich rodziców wysłała się lista z informacją o zagrożeniach związanych z chorobami zakaźnymi. I wielu z nich odpowiada pozytywnie.

Informowanie rodziców i ewentualnie zagrożenie karami, mandatami stało

▲ *Szczepień najczęściej odmawiają osoby zagubione w systemie, a jeszcze bardziej – w walce ideologicznej*



for: freepik.com

się możliwe, gdyż zmodyfikowano system gromadzenia danych o nieszczepionych dzieciach. Zamiast kart szczepień i informacji o odmowach wykorzystywane są numery PESEL i adresy, co pozwala szybciej dotrzeć do tych, którzy nie szczepią swych dzieci.

#### ZAUFANIE WAŻNIEJSZE NIŻ PRZYMUS

W Polsce jednak wszelki przymus niezbyt się sprawdza, szczególnie w odniesieniu do szczepień. Kierownik Kliniki Chorób Zakaźnych i Hepatologii Akademii Medycznej w Lublinie prof. Krzysztof Tomaszewicz powiedział na spotkaniu z dziennikarzami (jeszcze przed nową inicjatywą GIS), że nie jest to dobre rozwiązanie, przynajmniej nie w naszym kraju. Jego zdaniem trzeba przede wszystkim przekonywać do szczepień, zarówno tych obowiązkowych, jak i rekomendowanych.

Podobnie uważa dr hab. Filip Raciborski z Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, kierownik projektu „Budowania zaufania do szczepień ochronnych”. – Najgorsza jest „twarda reakcja”, przyjmowanie postawy konfrontacyjnej, bo ona jedynie zaostrza spór. Bardziej wskazane jest tzw. miękkie podejście, czyli otwarcie się na dyskusję, jest wtedy większa szansa na dotarcie do osób, które w kwestii szczepień mają wciąż jakieś wątpliwości – przekonywał.

Wskazuje na to sondaż przeprowadzony przez specjalistów Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego w ostatnim kwartale 2021 r., czyli w środku pandemii, gdy jeszcze wiele

osób się obawiało COVID-19. Opublikowano go w maju 2022 r. na łamach „Vaccines”, a jego autorami są: Aneta Reczulska, Aneta Tomaszewska i Filip Raciborski. Sondażem objęto 1560 Polaków w wieku od 15. do 39. roku życia.

Z badania wynika, że zaledwie 51,5 proc. ankietowanych opowiedziało się za tym, żeby szczepienia dzieci były obowiązkowe. W ich ocenie rodzice powinni mieć prawo do decydowania jedynie o szczepieniach dodatkowych, czyli rekomendowanych.

Badano także postawy naszych rodaków wobec karania za nieszczepienie. I tak jedynie co czwarty badany (25,3 proc.) opowiedział się za sankcjami, w tym za karami finansowymi, wobec rodziców uchylających się od szczepienia dzieci. Najwięcej osób (59,4 proc.) było gotowych zaakceptować prawo do odmawiania niezaszczepionym dzieciom przyjęcia do żłobka lub przedszkola.

#### PRAWO DO ZDROWIA

Według Europejskiego Trybunału Praw Człowieka wymuszanie obowiązku szczepienia dzieci nie łamie praw człowieka. Tak przynajmniej wynika z pierwszego wyroku Trybunału w tej sprawie wydanego w 2021 r. Dotyczył on skargi jednego z rodziców w Czechach, ukaranego w 2003 r. grzywną za odmowę zaszczepienia dwójki swoich dzieci w wieku 13. i 14. lat przeciwko polio, wirusowemu zapaleniu wątroby typu B oraz tężcowi. Te szczepienia są w Czechach obowiązkowe.

## SZCZEPIENIA PRZECIW HPV 2.0

Ze szczepień przeciw HPV od września będą mogły skorzystać już dziecięciolatki. Rozszerzenie populacji, objętej programem, o dwa roczniki zwiększy, jak się spodziewa Ministerstwo Zdrowia, zapotrzebowanie na szczepionki – przybędzie ok. 800 tys. dzieci. AOTMiT szacuje, że maksymalnie zaszczepi się ok. 40 proc. tej. To zaś oznacza, że osiągnięcie w 2028 r. 60 proc. wyszczepialności, założonej w Narodowej Strategii Onkologicznej, jest praktycznie niemożliwe. Z trwającego od połowy 2023 r. programu skorzystało do tej pory nie więcej niż 20 proc. uprawnionych nastolatków. Czy zmiany, jakie przygotował resort zdrowia, ożywią program szczepień przeciw HPV? Największe nadzieje związane są z uproszczeniem procedur dotyczących szczepień w poradniach POZ. Lekarze nie będą się musieli borykać z rozbudowaną biurokracją, jaka była wpisana w program i która, jak przyznają eksperci, przyczyniła się do jego fiaska. Sprawozdanie i rozliczanie szczepień ma zostać uproszczone. Szczepienia mają być dostępne we wszystkich poradniach POZ, które będą mogły również prowadzić je w szkołach. Dzieciom przy szczepieniu będą musieli nadal towarzyszyć rodzice lub opiekunowie prawni.

MS

Podobne zażalenie złożyło kilku innych rodziców z różnych powodów przeciwnych szczepieniu swych dzieci. W jednym przypadku chodziło o dwuletnie dziecko, które nie zostało ponownie przyjęte do przedszkola, gdyż nie zostało zaszczepione przeciwko odrze, różyczce i śwince. Wszystkie te procesy zakończyły się tak samo – odrzuceniem złożonych skarg.

Europejski Trybunał Praw Człowieka przyznał, że obowiązkowe szczepienia są ingerencją w prawo do poszanowania życia prywatnego (zapisane w art. 8 Europejskiej Konwencji Praw Człowieka), jednak w tym przypadku nie doszło do jego naruszenia. Uzasadniono to tym, że przepisy dotyczące obowiązkowych szczepień mają na względzie ochronę przed zakażeniami, a te są poważnym zagrożeniem dla zdrowia. Zdrowie uznano zatem za wartość nadrzędną.

Podobna była argumentacja w odniesieniu do odmowy przyjęcia dziecka do przedszkola. Wiązało się to, jak przyznał ETPCz, z utratą możliwości rozwoju osobowościowego i społecznego, ale było skutkiem odmowy szczepień obowiązkowych i ochrony zdrowia. A do szkoły dzieci te zostały później przyjęte, ograniczenia w ich rozwoju były zatem jedynie czasowe.

Karanie jest jednak ostatecznością i dotyczy raczej skrajnych przypadków, głównie wyjątkowo uporczywego odmawiania szczepień.

Antyszczepionkowcy nie są jednak jedyną ani główną grupą odmawiającą szczepień obowiązkowych. Najczęściej są to osoby zagubione w systemie szczepień, a jeszcze bardziej – w walce ideologicznej i informacyjnej, jaka odbywa się w mediach społecznościowych. Wielu jest zalekzionych, obawia się szczepień z powodu dezinformacji, ale także dlatego że ich dzieci mają różne schorzenia, niedobory odpornościowe i alergię. Nie każdy lekarz potrafi im wytłumaczyć, że nie ma powodów do obaw. Bywa i tak, że pacjenci nie mają do lekarzy zaufania.

## EDUKACJA KONTRA DEZINFORMACJA

Niezbędne są również wszelkie ułatwienia w stosowaniu licznych szczepień, jakim są poddawane maluchy w ramach obowiązkowego kalendarza szczepień. To dla wielu rodziców poważny problem, czemu trudno się dziwić. Zwraca na to uwagę prof. Agnieszka Szuster-Ciesielska. Chodzi na przykład o możliwość zaszczepienia się nowoczesnymi szczepionkami skojarzonymi. Taką możliwość daje szczepionka chroniąca przed błonicą, teżcem, krztuścem, polio i Hib (Haemophilus influenzae typu b, bakterią wywołującą zakażenia układu oddechowego i zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych). Pozwala ona ograniczyć u dziecka liczbę wkłuć z 19 do 12, z tego powodu wielu rodziców wybiera preparaty, za które musi zapłacić. Jednak nie wszystkich na to stać.

Wszyscy eksperci podkreślają, że niezbędna jest wszechstronna edukacja zdrowotna, pokazująca, jak ważną rolę odgrywają szczepienia. Zaznaczają, że zaufania do szczepień trzeba uczyć już dzieci, od najmłodszych lat. Może w tym pomóc wprowadzenie w szkole

podstawowej nowego przedmiotu o zdrowiu, ale to nastąpi nie wcześniej niż we wrześniu 2026 r. I już nasuwa się pytanie, w jakim stopniu nauczyciele będą w stanie sprostać wyzwaniu przekazania wiedzy o zdrowiu.

„Szkoły byłyby bardzo przydatne w edukacji zdrowotnej, ale nie jest to łatwe, a wielu nauczycieli nie jest do tego przygotowanych” – uważa dr hab. Filip Raciborski. Jednym z problemów jest duża skala dezinformacji na temat szczepień, z którą trudno walczyć. Część osób nadal wierzy w to, że szczepienia mogą powodować autyzm, mimo że było to wielokrotnie dementowane.

## LEKARZ WZOREM DO NAŚLADOWANIA

Wciąż pojawiają się kolejne zarzuty, jak choćby takie, że szczepienia osłabiają odporność. Niedawno wysunięto hipotezę, że niektóre szczepionki, na przykład w technologii mRNA, zwiększają podatność na choroby inne niż te, przed którymi chronią. Ponieważ metaanaliza badań na temat została opublikowana przez międzynarodową grupę badaczy w czasopiśmie „Vaccines”, natychmiast podchwycili to antyszczepionkowcy.

To jedynie spekulacje, nie przedstawiono żadnych dowodów, jednak spór z antyszczepionkowcami nie słabnie i jak na razie nie widać, żeby cokolwiek miało się zmienić. To z kolei nakłada na naukowców i lekarzy ogromną odpowiedzialność za to, co mówią i jak postępują. Czy na przykład sami się szczepią?

Jak wykazał raport grupy ekspertów Covid Transition Initiative, w sezonie 2023/2024 najwyższy wskaźnik odnotowano w Belgii, gdzie przeciwko COVID-19 zaszczepiło się 21 proc. pracowników opieki medycznej. W innych krajach nie przekroczył on 20 proc.

Każdy argument przeciwko szczepieniom zostanie wykorzystany w kampanii. A przecież przed nami kolejne ważne wyzwanie – szczepienia dorosłych, w tym seniorów. W grupie osób najstarszych jest to również ważne jak szczepienia dzieci, ale wciąż zbyt mało się o tym mówi. Może się okazać, że przegramy nie tylko szczepienia obowiązkowe, ale także i te rekomendowane. W tym zakresie wciąż odbiegamy od wielu krajów Unii Europejskiej. ●

## PRAKTYKA LEKARSKA

# Chorzy na otyłość dla systemu są przezroczyści

LUCYNA KRYSIAK  
DZIENNIKARKA

Dla służby zdrowia otyłość to choroba zaczarowana. Niby wszyscy ją widzą, ale nie chcą podjąć stosownych działań – mówi prof. **LUCYNA OSTROWSKA**, prezes Polskiego Towarzystwa Leczenia Otyłości.

**O**dbijające się w maju sejmowe posiedzenie Parlamentarnego Zespołu ds. Przeciwdziałania Otyłości i Zdrowego Odżywiania wywołało wiele emocji. Czego one dotyczyły?

Głównie chodziło o zwrócenie uwagi na problem, ponieważ lekarze wciąż nie traktują otyłości jak choroby, zbyt rzadko ją diagnozują i leczą, a w Polsce już co czwarta osoba dorosła choruje na otyłość i trzech z pięciu dorosłych Polaków ma nadmierną masę ciała. Także po pandemii COVID-19 odnotowano u nas najwyższe w Europie tempo wzrostu nadwagi i otyłości wśród dzieci i młodzieży. Czas głośno powiedzieć, że profilaktyka i leczenie tej choroby są dla nas priorytetem.

Jeśli chodzi o rozwiązania systemowe, na razie w naszym kraju ich brakuje, a konieczne jest zapewnienie chorym z otyłością dostępu do kompleksowej opieki specjalistycznej. W 2021 r. powstał projekt KOS-BAR, który zakładał objęcie opieką chorych na otyłość olbrzymią. Obejmował 20 ośrodków, które by włączyć się do pilotażowego programu, musiały kupić specjalne łóżka, oprzyrządowanie, tomografy przeznaczone dla takich pacjentów. Po dwóch latach działalności program został zawieszony i od pół roku nie można z niego korzystać. Pacjenci czekają z nadzieją, że ruszy ponownie, a w ich przypadku czekanie zawsze oznacza rozwój choroby. Na spotkaniu Parlamentarnego Zespołu

► Otyłość to złożona, wieloprzyczynowa choroba – podkreśla prof. **Lucyna Ostrowska**



fot.: archiwum prywatne

ds. Przeciwdziałania Otyłości i Zdrowego Odżywiania, które odbyło się 11 czerwca, podjęto decyzję, że program KOS-BAR zostanie przedłużony na kolejny rok. Co do rozwiązań systemowych, na razie nie zapadły żadne decyzje, ale widać dobrą wolę. Na spotkania zespołu zaprasza się ekspertów, przedstawicieli Polskiego Towarzystwa Leczenia Otyłości i wielu ministerstw, co daje podstawy, by sądzić, że będzie się poszukiwać rozwiązań wieloresortowych.

**Czyli zaczyna się dziać coś pozytywnego.**

Na otyłość choruje obecnie około 9 mln dorosłych Polaków (to dane podawane przez NIK) i żaden rząd nie udźwignie finansowo leczenia tylu pacjentów. W niektórych krajach powołuje się centra certyfikujące lekarzy i ośrodki zajmujące się leczeniem otyłości i tego rodzaju kierunek preferuje również nasze Towarzystwo, które podjęło szeroko rozumianą edukację całych zespołów terapeutycznych uczestniczących w leczeniu choroby otyłościowej. PTLO utworzyło też platformy edukacyjne dla lekarzy, dietetyków, psychoterapeutów, fizjoterapeutów oraz dla pacjentów, do których próbuje dotrzeć, współpracując w kampanii społecznościowej „Porozmawiajmy szczerze o otyłości”. Niestety, otyłość jest nadal chorobą nie-uświadomioną, niedostatecznie diagnozowaną, źle lezoną i niewidoczną. Dzieje się tak, bo polski system ochrony zdrowia nie wypracował wystarczająco efektywnego standardu postępowania w tej chorobie.

Należy też zaprzestać stygmatyzacji i obwiniania chorych na otyłość o ich chorobę. Tacy chorzy powinni trafić pod opiekę interdyscyplinarnego zespołu, który w dłuższej perspektywie będzie dobierał indywidualny plan

leczenia uwzględniający leczenie nefarmakologiczne i farmakologiczne i / lub chirurgię bariatryczną. Ma im w tym pomóc program pilotażowy KOS-BMI 30 plus, który przeszedł konsultacje społeczne, i liczymy, że niedługo zostanie wdrożony. Jednym z jego założeń jest, aby lekarze w poradniach metabolicznych dysponowali takim wachlarzem narzędzi diagnostyczno-terapeutycznych, by móc prowadzić pacjenta przynajmniej w 24-miesięcznym planie leczenia. Trwają też prace nad programem pilotażowym KOS-BMI Dzieci oraz rozmowy w komisjach senackich i sejmowych nad powołaniem Narodowego Programu Profilaktyki i Leczenia Otyłości w Polsce.

### **Jakie znaczenie ma farmakologia w leczeniu otyłości?**

Leczenie otyłości opiera się na czterech równoważnych filarach i powinniśmy chorem zapewnić takie właśnie leczenie (medyczna terapia żywieniowa, zwiększona indywidualnie aktywność ruchowa, terapia behawioralna nad zmianą stylu życia oraz farmakoterapia i chirurgia bariatryczna). Nowoczesna terapia farmakologiczna jest tylko jednym z tych filarów, ale znacznie zwiększa skuteczność terapeutyczną oraz zmniejsza nasilenie następstw lub prowadzi do ich remisji. Na razie nie ma jednak takiego leku, który samoistnie wyleczyłby każdego z choroby otyłościowej. Farmakologia powinna więc być zawsze wspierana przez edukację żywieniową, usprawnianie fizyczne i wsparcie emocjonalne ze strony psychoterapeuty. Wybór preparatu powinien być spersonalizowany, zależny od stopnia zaawansowania choroby, jej przyczyny oraz rodzaju i ciężkości występujących powikłań. Pod uwagę należy również wziąć jego skuteczność, wskazania i przeciwwskazania oraz potencjalne działania niepożądane.

### **Na rynku pojawia się coraz więcej nowych preparatów wspomagających leczenie otyłości. Jak działają?**

W leczeniu nadwagi i otyłości stosuje się obecnie w Polsce pięć produktów leczniczych: orlistat, preparat złożony chlorowodorku naltreksonu z chlorowodorkiem bupropionu, liraglutyd i tirzepatyd oraz semaglutyd (na razie niedostępny w aptekach). Różnią się one mechanizmem działania i oddziaływaniem na ustrój pacjenta.

Orlistat, który jest najdłużej na rynku, hamuje hydrolizę triglicerydów do wolnych kwasów tłuszczowych i monoglicerydów, co zmniejsza wchłanianie tłuszczów z przewodu pokarmowego, a tym samym ogranicza dowóz energii z pokarmów do ustroju. Nie wpływa jednak na procesy regulacji głodu i uczucia sytości poposiłkowej. Naltrekson z bupropionem wykazuje natomiast synergistyczny efekt anoreksygeny, oddziałując na ośrodek sytości w podwzgórze oraz na mezolimbiczny układ nagrody. Z uwagi na ośrodkowy mechanizm działania, jest polecany pacjentom z silną, nieodpartą potrzebą podjadania, depresją i /

Trwają rozmowy w komisjach senackich i sejmowych nad powołaniem Narodowego Programu Profilaktyki i Leczenia Otyłości w Polsce

lub przy równoczesnym rzucaniu palenia tytoniu. Absolutny przełom stanowią leki, które wpływają na oś inkrętynową. Są to analogi GLP-1, ludzkiego hormonu wydzielanego przez komórki dystalnej części okrężnicy, w odpowiedzi na przyjęcie pokarmu. Zarówno natywny, fizjologiczny peptyd GLP-1, jak i jego analogi działają wielonarządowo, m.in. stymulują wydzielanie insuliny i hamują wytwarzanie glukagonu, spowalniają opróżnianie żołądka oraz wzmacniają uczucie poposiłkowej sytości. Wszystko to razem ogranicza potrzebę jedzenia, pacjent zmniejsza porcje posiłku, wydłuża się sytość poposiłkowa i międzyposiłkowa. Zastosowanie analogów GLP-1 w leczeniu może poza samą redukcją masy ciała działać hipoglikemicznie oraz kardio-, nefro-, wazo- czy hepatoprotekcyjnie. Dlatego analogi GLP-1 preferowane są u pacjentów z chorobą otyłościową i współistniejącymi powikłaniami, np. nadciśnieniem tętniczym.

Niedawno zarejestrowano w Polsce tirzepatyd, który jest

podwójnym agonistą receptora glukozozależnego peptydu insulino-tropowego GIP oraz receptora glukagonopodobnego peptydu-1 (GLP-1). Obydwa rodzaje receptorów wykazują ekspresję w tych obszarach mózgu, które są istotne dla regulowania łaknienia, wpływając na zmniejszenie łaknienia, zwiększenie uczucia sytości i zmniejszenie uczucia głodu. Natomiast aktywacja receptorów GIP obecnych w tkance tłuszczowej sprzyja redukcji pola tłuszczu trzewnego przy niewielkiej utracie tkanki beztłuszczowej. Tirzapatyd poprawia także zaburzenia metaboliczne, gospodarkę węglowodanową i lipidową, wrażliwość na insulinę oraz reguluje ciśnienie tętnicze. Farmakoterapia przeciwootyłościowa jest jednak wyłączona z finansowania ze środków publicznych, a pacjenta często nie stać na długoterminowe leczenie danym lekiem przez co staje się niedostępna.

### **A ile zależy od silnej woli pacjenta?**

Wiele osób uważa, że pacjent, jeśli się postara jest w stanie sam się wyleczyć z otyłości, ale to złożona, wieloprzyczynowa choroba, gdzie na predyspozycje genetyczne mogą się nakładać przyczyny środowiskowe, metaboliczne, endokryнологiczne czy natury psychicznej. W większości przypadków pacjent nie jest w stanie sam zapanować nad głodem i mniej jeść, bo ma zaburzenia sygnalizacji w centralnym układzie nerwowym i/lub zaburzenia metaboliczne. Każda nieodpowiednia dieta, a zwłaszcza „dieta cud” spowoduje wystąpienie mechanizmów adaptacyjnych i utratę kontroli nad sytością poposiłkową oraz międzyposiłkową. Zmniejszy się także spoczynkowa przemiana materii, co może przyczyniać się do zwiększania masy tkanki tłuszczowej. Nie należy też chorego zmuszać do ruchu, gdyż to może nasilić zmiany zwyrodnieniowe kolan, bioder czy kręgosłupa L-S, które i tak są już przeciążone. Tylko fizjoterapeuta może określić jaki rodzaj ruchu i w jakim nasileniu jest wskazany dla tego konkretnego chorego. Dlatego w leczeniu otyłości sprawdza się interdyscyplinarny zespół terapeutyczny.

### **Jaki udział w diagnozowaniu i leczeniu otyłości mają POZ?**

Ogromny, ponieważ to do POZ najpierw trafiają pacjenci z chorobą otyłościową, a potem wracają z kolejnymi rozpoznaniem i zaleceniami leczenia jej powikłań. Od stycznia 2020 r. POZ mają obowiązek raportować do NFZ, przy pierwszej wizycie pacjenta, jego wagę i wzrost, co pozwala wyliczyć wskaźnik masy ciała BMI. Jednak według najnowszego raportu NIK blisko połowa lekarzy rodzinnych tego nie robiła, nie ma więc wiarygodnych danych, aby stwierdzić jaki jest odsetek chorych na otyłość. Wprawdzie tego rodzaju badanie bardziej ma charakter skringingowy, jednak pozwala wyłonić osoby z tą chorobą i podjąć z nimi rozmowę. W moim odczuciu otyłość dla służby zdrowia to choroba przezroczysta, zaczarowana, niby wszyscy ją widzą, ale nie chcą jej zauważyć i podjąć stosownych działań. W latach 2020-2022 z powodu choroby otyłościowej, w POZ i AOS liczba pacjentów i udzielonych im świadczeń zdrowotnych wzrosła o połowę. W ciągu tych trzech lat wśród 750 tys. pacjentów udzielono ponad 2 mln porad lekarskich, a ponad pół miliona świadczeń dotyczyło otyłości jako głównego rozpoznania.

### **Jak uświadomić lekarzom, że otyłość to poważna choroba a nie defekt kosmetyczny?**

Z chorobą otyłościową pracuję już ponad 20 lat i zauważam, że trzeba zacząć od zmiany słownictwa i myślenia. Według powszechnej terminologii otyłość jest określana jako nadmierne gromadzenie tkanki tłuszczowej zagrażające życiu. Jest to jednak objaw tej choroby, a przyczynę upatruje się w zaburzeniach homeostazy energetycznej organizmu prowadzących do nadmiernego i niekontrolowanego nagromadzenia tkanki tłuszczowej. Zaburzona homeostaza wymaga więc rozpoznania i właściwego leczenia. Coraz lepiej poznajemy liczne mechanizmy zarówno predysponujące, jak i uczestniczące w rozwoju choroby. Wiemy, że może dochodzić do zaburzenia w sygnalizacji uczucia głodu i sytości w podwzgórzcu, i/lub w ośrodku nagrody w układzie mezolimbicznym. U większości chorych występuje zaburzenie wydzielania greliny w żołądku oraz obniżenia wydzielania inkretyn jelitowych, co

jest jednoznaczne z zaburzeniem sygnalizacji sytości poposiłkowej i zaburzeniami metabolicznymi. To jest samonapędzające się koło którego nie można zatrzymać za pomocą siły woli. Badania pokazują, że u pacjentów, u których zaburza się metabolizm, zaburza się praktycznie wszystko. Chorzy na otyłość dopiero w trakcie farmakoterapii mówią, "teraz to mogę normalnie żyć i pracować, bo już

W ciągu trzech lat wśród 750 tys. pacjentów udzielono ponad 2 mln porad lekarskich, a ponad pół miliona dotyczyło otyłości

nie myślę ciągle o jedzeniu, nie czuję się cały czas głodny". Jednak to nie jest zasługa leków czy diety, do którego tak często lekarze ich odsyłają. To wynik postępowania całego zespołu terapeutycznego, którego działania są skrupulatnie zaplanowane i się uzupełniają.

### **Czy z otyłości można się wyleczyć?**

Otyłość jest chorobą przewlekłą, z którą pacjent zmagają się do końca życia, ma ogromną nawrotowość i jeśli zaprzestanie się leczenia, może wrócić ze zdwojoną siłą. Nie zdajemy sobie sprawy z tego, jak ogromnym narzędziem endokrynnym jest tkanka tłuszczowa. Wszyscy postrzegają ją tylko jako nieestetyczny balast, a tkanka tłuszczowa wydziela tyle adipokyn i cytokin (głównie prozapalnych), których żaden inny narząd nie byłby w stanie wyprodukować. Generuje to szereg zaburzeń metabolicznych oraz zmian narządowych. Leczenie otyłości jest więc długoterminowe i przy braku kompleksowego podejścia, prawie zawsze skutkowało ponownym przyrostem masy ciała. Era inkretyn uzmysłowiła nam jak ważne jest wydzielanie hormonów jelitowych dla mechanizmu sygnalizacji ośrodka sytości, głodu i nagrody w przywróceniu homeostazy energetycznej oraz leczeniu powikłań metabolicznych i narządowych. To, co się dzieje w chorobie otyłościowej,

zależy więc od złożonych procesów biochemicznych, które trzeba nadal poznawać.

### **W takim razie kto i jak ma leczyć chorobę otyłościową?**

Leczenie chorych na otyłość powinno mieć charakter kompleksowy, a obecnie w naszym systemie publicznej opieki zdrowotnej, a także w sektorze niepublicznym, brak jest takich rozwiązań. Lekarze rodzinni powinni mieć możliwość skierowania chorego do odpowiedniego ośrodka zajmującego się zachowawczym bądź chirurgicznym leczeniem otyłości, w zależności od stopnia zaawansowania choroby, ale wyspecjalizowanych ośrodków, opartych o zespoły terapeutyczne leczących kompleksowo brakuje. Od trzech lat Polskie Towarzystwo Leczenia Otyłości zabiega o powołanie specjalizacji z obesiologii, a ostatnio o umiejętność w zawodzie. Otyłość jest chorobą społeczną i by ją kompleksowo leczyć, trzeba odpowiednio wykształconych specjalistów. Wzrost liczby otyłych przyczynia się do eskalacji chorób przewlekłych będących jej powikłaniem, np. cukrzyca typu 2, nadciśnienie tętnicze i wiele innych, obciążając system opieki zdrowotnej. Polskie Towarzystwo Leczenia Otyłości wraz z Instytutem Zarządzania w Ochronie Zdrowia Uczelni Łazarskiego zainicjowało powołanie Partnerstwa na rzecz Profilaktyki i Leczenia Otyłości. Formule tej przyświeca idea włączenia szerokiego grona interesariuszy systemowych, naukowych, społecznych i biznesowych do podjęcia dialogu i wspólnego działania na rzecz powstrzymania epidemii otyłości w Polsce. Powstał wspólny raport pt. „Otyłość. Skala zjawiska i konsekwencje. Założenia do stworzenia planu strategicznego redukcji otyłości w Polsce”. Poza nakreśleniem sytuacji dotyczącej otyłości w Polsce przedstawiono w nim założenia krajowego planu strategicznego. W maju i czerwcu 2024 r. dokument ten przedstawiono komisjom sejmowym i senackim. Wierzmy, że uda się zmobilizować resorty do działań służących wdrożeniu projektu. ●

FELIETON

# O koteriach

Silniejsi zwykle skupiają się wokół szefa. Twoim zadaniem będzie wkupić się w ich łaski, a kiedy nadejdzie odpowiedni czas – założysz własną koterię i staniesz się jej przywódcą!

**U**dało się. Egzaminy na studiach zdane, staż podyplomowy odbyty, rekrutacja na wymarzoną specjalizację zakończona sukcesem. Masz pięknie wyprasowane scrubsy, stetoskop złożony w kosteczkę, a w dziale kadr po podpisaniu umowy o pracę wręczyli ci identyfikator z napisem „młodszy asystent”. Gratulacje! Całe zawodowe życie przed tobą.

Ambicje być może masz wcale niemałe, entuzjazmu całą masę. Specjalizacja, pewnie doktorat, może coś potem. Jakieś zagraniczne staże, prestiżowe publikacje, nauczanie studentów. Tytuły, zjazdy, funkcje, drinki z palemką, dolce vita. No i w końcu pieniądze – zrozumiałeś już pewnie, że z powiedzeniem, iż nie dają szczęścia, można polemizować.

Liczysz pewnie na to, że twoja kariera zawodowa będzie rozwijała się harmonijnie, jeśli będziesz pracowity, kompetentny, uczciwy i koleżeński. Ze trafiłeś do miejsca, w którym wszyscy traktowani są sprawiedliwie. Że to trochę jak w sporcie – liczy się nieco talentu (ten, jak jesteś przekonany, już masz) i przede wszystkim ciężka praca. Takie połączenie gwarantuje worek z medalami, prawda?

Cóż, drogi kolego. Jeśli trafiłeś do oddziału, w którym kryteria awansu są oparte właśnie na takich zasadach – gratuluję, masz szczęście. Nie wątpię, że takie miejsca istnieją, sam takie znam. Może być jednak nieco inaczej i przed tym lojalnie chciałbym cię tu przestrzec.

Kluczowe dla twojej przyszłości zawodowej może być jedno bardzo ważne pytanie. I to wcale nie będzie, jak chciał klasyk, pytanie o to, co chcesz w życiu robić. Zapytać (przede wszystkim sam

JAKUB SIECZKO  
ANESTEZJOLOG



siebie) musisz, czy należę do odpowiedniej koterii? Bez tego bowiem w wielu miejscach ani rusz.

O nic się jednak, drogi kolego, nie martw. Jako kilkanaście lat starszy mam dla ciebie dziesięć prostych porad: taki przepis na

Jeśli, drogi kolego,  
trafiłeś do miejsca, w którym liczy się  
trochę talentu i ciężka praca, gratuluję,  
masz szczęście

karierę w miejscu, gdzie ścierają się koterie. Czy będzie ci się po zrealizowaniu moich rad dobrze patrzyło w lustro? Tego nie wiem. Zgadzać się będą jednak tytuły na pieczętce i saldo na koncie.

Po pierwsze i prawdopodobnie najważniejsze, pracę w nowym miejscu musisz zacząć od ustalenia „Kto kogo?”. Jakie koterie rywalizują? Kto pod kim kopie dołki? Kto rozpusza o kim plotki? Kto milknie, kiedy do pokoju lekarskiego wchodzi szef? Kto zaś zaczyna

wtedy kwitnąć? Siedz cicho, bądź grzeczny, pracuj rzetelnie i obserwuj. Jeśli jesteś bystry, już po kilku tygodniach zorientujesz się, jaka jest równowaga sił, kto stoi na czele której z frakcji. Kto tak naprawdę rządzi oddziałem (nie zawsze jest to ordynator czy kierownik kliniki)? Kto wydaje się iść w górę? Kto leci w dół? Taka obserwacja bywa dość wyczerpująca i nużąca. Bez ustalenia równowagi sił jednak ani rusz. Zanim podejmiesz działania, musisz zrozumieć środowisko, w którym się poruszasz.

Po drugie, przyłącz się do silniejszych. Silniejsi zwykle skupiają się wokół szefa. To grono jego ulubieńców. Twoim zadaniem będzie wkupić się w ich łaski. To kluczowy etap: dołączyć do odpowiedniej koterii! Musisz być skoncentrowany, sprytny i zdeterminowany.

Po trzecie, nigdy dość wazeliny. Każdy szef twierdzi, że oczekuje od swoich podwładnych prawdy, nawet trudnej. Jednocześnie, co ważne, niejedyną takiej prawdy nie akceptuje, a wskazywanie szefowi na jego niedociągnięcia czy błędy może tylko zaszkodzić twojej przyszłości. Komplementy, niechby i w nadmiarze! Nie trać



nigdy okazji. Masz przecież niebywałe szczęście pracować z najlepszym w danej dziedzinie specjalistą w województwie (to na pewno), kraju (prawdopodobnie), Europie (nie można tego wykluczyć), a może i na świecie! Po śmierci Stalina w polskiej prasie ukazało się podobno ponad dwadzieścia określeń podkreślających jego wielkość. Sięgnij do archiwaliów – „Trybuna Ludu” z marca 1953 r. dostarczy ci cennych inspiracji. Pamiętaj też, że decyzja o zatrudnieniu syna, synowej i brata szwagierki przez szefa jest wyrazem jego bezstronności i niechęci do nepotyzmu. Nie rozumiesz? Tym gorzej dla ciebie.

Po czwarte, tytułatura jest kluczowa, a każdy zjazd czy konferencja to mały Wersal. Nieważne, że jest to doroczne spotkanie Warmińsko-Mazurskiego Towarzystwa Badań nad Lewą Polową Śledziona – obowiązuje etykieta niemalże dworska. Nie wąż się nazwać docenta doktorem (mój kolega na studiach kiedyś tak zrobił – świeżo upieczony docent kazał mu wtedy wyjść za drzwi i przeczytać tabliczkę na drzwiach), a profesora docentem. To sprawy drobne, ale mały błąd w tej materii może narazić cię na ogromne kłopoty. Bądź czujny! Jednocześnie na zjazdach przysłuchuj się temu, co mówi się na bankietach przed północą, po sześciu głębszych. Etykieta staje się wówczas nieco mniej dworska, za to jest to bezcenne źródło plotek (patrz punkt kolejny) i wiedzy o aktualnym układzie sił.

Po piąte więc: plotki! Sprawdzone, niesprawdzone – nieważne. Jeśli masz dostęp do ucha szefa, dziel się najnowszymi, możliwie nieprzyjawnymi informacjami na temat przedstawicieli przeciwnej koterii. Zyskasz tym samym opinię osoby rzetelnej, racjonalnie i uczciwie oceniającej rzeczywistość, znającej się na ludziach.

Po szóste, rób za darmo. Prowadzenie zajęć bez wynagrodzenia, ślęczenie nad papierami przez kilka godzin po dyżurze, przychodzenie do pracy w weekendy, pokorne pozwalanie na dopisywanie się innych do prac naukowych, których jesteś autorem – taka twoja dola. Prawo pracy prawem pracy, praktyka praktyką. Nie narzekać. Nie dyskutować.

Po siódme, nic nie widziałeś, nic nie słyszałeś. Kryteria kwalifikacji do obleganych procedur zabiegowych wydają ci się cokolwiek niejasne i związane ze skierowaniami chorych z prywatnego gabinetu szefa? W biurku natknąłeś się przypadkiem na spuchniętą od

► Dla przyszłości zawodowej lekarza kluczowe jest pytanie: czy należą do odpowiedniej koterii!



foto: Shutterstock.com

dwustuzłotowych banknotów kopertę? W rozliczeniu dla NFZ wykazywane są procedury, których na oczy nie widziałeś? Pewien doświadczony i wysoko postawiony lekarz ma w zwyczaju dotykać tu i ówdzie pielęgniarki i rezydentki w przebieralni?

Kłamstwa, kłamstwa, kłamstwa. To kalumnie rzucane przez ludzi mściwych, leniwych, niegodnych. Jeśli zapyta cię o to jakikolwiek urząd, komisja czy sąd – zaprzeczaj, czyli po prostu powiedz prawdę. Prawdą jest bowiem to, że co zostaniesz nagrodzony, a nie to, co widziałeś na własne oczy. Oczy bowiem mogą, jak pisała poetka, kłamać, czyż nie?

Po ósme, jeśli zaczną cię dopuszczać do pańskiego stołu, czyli pojawiają się pieniądze ze źródeł nie do końca wyjaśnionych – nie pytaj, bierz. Brali, biorą, będą brać. Nic szczególnego. Powtarzaj to sobie przed zaśnięciem. A poza tym, nawet gdybyś chciał odmówić, wiedz, że w koterii naprawdę nie będzie to dobrze widziane. Staniesz się podejrzany.

Po dziewiąte, coś tam jednak trzeba umieć. Jasne jest, że kompetencje nie są podstawowym kryterium awansu, nie jesteś szefem, nie jesteś szefem, nie jesteś szefem. Ale takim kompletnym cymbałem być nie możesz. Ogarniaj przynajmniej podstawy, żeby nie stać się pośmiewiskiem.

Po dziesiąte, kiedy już nadejdzie odpowiedni czas – załóż własną koterię i stań się jej przywódcą! Wyczuj słabość starzejących się, powoli gasnących gwiazd. Zgromadź wokół siebie odpowiednio silną grupę i w odpowiednim momencie zaatakuj! Jeśli atak się powiedzie i twoja koteria znajdzie się na szczycie, brawo, wygrałeś tę grę. Sytuacja jest co prawda taka, jak w zakończeniu „Folwarku zwierzęcego” (może pamiętasz ze szkoły), ale chyba było warto, prawda? To znaczy, przepraszam, warto zdecydowanie nie, ale może przynajmniej się opłacało. Powodzenia, kolego, zostawiam cię z motywującym cytatem!

„Każda klika jest schronieniem dla niekompetencji. Sprzyja korupcji i nielojalności, rodzi tchórzostwo, a w konsekwencji jest obciążeniem i przeszkodą dla postępu kraju. Jej instynkty i działania są instynktami i działaniami stada”.

Soong May-ling

Napisz do autora:  
sieczko.gazetalekarska@gmail.com

PRAKTYKA LEKARSKA

# Piersi bez blizn

ADAM CZERWIŃSKI  
DZIENNIKARZ

Guz piersi można usunąć przez czterocentymetrowe nacięcie pod pachą. Dzięki temu blizna po operacji jest praktycznie niewidoczna. Ale prawdziwa rewolucja jest przed nami. Trwają prace nad specjalną kamerą, dzięki której pacjentki po mastektomii mogłyby zachować czucie skóry – mówi chirurg onkolog prof. PIOTR PLUTA z Kliniki Chirurgii Onkologicznej i Chorób Piersi ICZMP.

## **N**owoczesna chirurgia piersi to...

...element procesu leczenia chorych na raka piersi. Wymaga ścisłej współpracy z chemioterapeutami i radioterapeutami. W jej planowaniu niezbędna jest współpraca z radiologami, patologami i genetykami. Wymaga współdziałania z wyspecjalizowanymi pielęgniarkami i onkopscychologami. I dlatego nowoczesna chirurgia piersi jest skuteczna i przyjazna pacjentom.

Taki model współpracy obowiązuje w breast cancer unitach, które powstają w całej Polsce i realizują model kompleksowego podejścia do leczenia. A my, chirurdzy, mając to wielodyscyplinarne wsparcie, możemy doskonalić swoje umiejętności i proponować nowe techniki w zabiegach operacyjnych.

### **Na przykład:**

Mastektomia techniką endoskopową. To jest technika, którą zaproponowaliśmy niecały rok temu i zdobywamy cały czas w niej doświadczenie. Operowaliśmy już ponad 30 kobiet. U większości przeprowadziliśmy zabiegi obustronne, więc mamy ponad 50 piersi zoperowanych endoskopowo. Tak zwaną krzywą uczenia mamy za sobą, choć cały czas staramy się optymalizować technikę. Możemy już stwierdzić, że te zabiegi się sprawdzają. Oczywiście nie są pozbawione powikłań, bo mamy pacjentki, u których wystąpiły zaburzenia gojenia się ran. Ale po pierwsze, nie było ich dużo, a po

drugie w większości przypadków udało nam się wyprowadzić pacjentki z powikłań, zachowując naprawdę fantastyczne efekty kosmetyczne. A to dla komfortu pacjentki ma niebagatelne znaczenie.

### **Jak taki zabieg wygląda?**

To trzeba zobaczyć, bo sam nie wierzyłem, że można usunąć pierś z czterocentymetrowego nacięcia, wykorzystując typowy sprzęt laparoskopowy i tak zwany single port stosowany w chirurgii brzucha i ginekologii.

### **Skoro nie możemy zobaczyć, musimy uwierzyć. Proszę opowiadać.**

W pierwszym etapie, po nacięciu skóry w dole pachowym, przygotowujemy gruczoł od mięśnia piersiowego, wykorzystując hak podświetlany. Następnie wytwarzamy tunele podskórne nożyczkami. Dalej zakładamy zastawkę i wprowadzamy gaz. To pozwala nam na uzyskanie całkiem przyzwoitej przestrzeni do preparowania narzędziami endoskopowymi pod kontrolą toru wizyjnego. Po wypreparowaniu płatów skórnych usuwamy preparat i zakładamy implant, wykorzystując po samo nacięcie w pasze. Po roku doświadczeń widzimy, że czas zabiegu nam się skraca, choć ciągle jest dłuższy o około 40 minut w porównaniu

z zabiegiem klasycznym. Nie jest to jednak operacja wyczerpująca nas fizycznie i lubimy ją wykonywać.

### **Podobno pacjentki z całego kraju zgłaszają się do was na te zabiegi.**

Bo uzyskujemy świetny efekt kosmetyczny – blizna jest minimalna.

### **Może być jeszcze mniejsza?**

Może nie do końca blizna, co zakres resekcji. Po endoskopowych mastektomiach postanowiliśmy zrobić krok dalej i zdecydowaliśmy się na endoskopowy zabieg oszczędzający pierś, czyli usunięcie samego guza. Takie zabiegi są mniej rozległe niż mastektomia. Wykonuje się je głównie w państwach azjatyckich, między innymi na Tajwanie. Rozmawiałem z tamtejszym chirurgiem, prof. Hung-Wen Lai, który przekonał mnie, aby spróbować, bo jest to bardzo skuteczna technika.

### **Zabieg był mniejszy, ale chyba nie łatwiejszy...**

Paradoksalnie był trudniejszy. Trzeba wziąć pod uwagę, że jest to operacja niezwykle precyzyjna. Musimy usunąć cały guz wraz z marginesem tkanek zdrowych, a dostęp do niego mamy przez niewielkie, czterocentymetrowe, nacięcie pod pachą. Przydało nam się doświadczenie

zdobyte w mastektomiach endoskopowych, bo tu pole operacyjne jest bardzo małe i preparowanie w nim wymaga wprawy w korzystaniu z narzędzi i toru wizyjnego.

### **Jakie są korzyści z takiego zabiegu?**

To jest zabieg, który musi być bardzo precyzyjny. Usuwamy to, co trzeba, ale nie więcej niż potrzeba. Podstawowa korzyść to brak blizny w widocznej części skóry piersi.

Teraz obowiązującym trendem w chirurgii piersi są zabiegi onkoplastyczne. Są fantastyczne, bo pozwalają na ładne przebudowanie piersi i usuwanie nawet rozległych zmian. Jest za to jeden minus – po takim zabiegu pozostają długie blizny. A my zaproponowaliśmy inną filozofię: ograniczenie długości cięcia dzięki operowaniu narzędziami endoskopowymi. Oczywiście, to nie wyprze ani klasycznych zabiegów, ani onkoplastycznych. Ale dla części pacjentek będzie optymalnym rozwiązaniem.

### **Skoro tak, to dlaczego u nas ich nie robiono?**

Może dlatego że taki zabieg trwa znacznie dłużej niż tradycyjne operacja. Każda nowa technika chirurgiczna jest czasochłonna, bo musimy się nauczyć korzystania z nowych narzędzi i poruszania w trudno dostępnym obszarze. Jednak kiedy nabywamy doświadczenia czas zabiegu powinien stawać się krótszy. Drugą sprawą są koszty związane z potrzebą stosowania single portu i jednorazowych koagulacji endoskopowych, umożliwiających bezkrwawe wykonanie zabiegu.

### **Ale same zabiegi oszczędzające są często proponowane pacjentkom chorym na raka piersi.**

Jak najbardziej. Tak zwane BCT-y (Breast Conserving Treatment) powinny być wykonywane u największej grupy pacjentek chorych na raka piersi. Są skuteczne i dają najlepsze wyniki leczenia. Mastektomię należy zarezerwować dla pacjentek, u których nie można wykonać zabiegu oszczędzającego piersi z różnych powodów, na przykład z powodu zaawansowania choroby, charakteru wielogniskowego



fot.: archiwum prywatne

▲ Dr hab. n. med. **Piotr Pluta** jest absolwentem Łódzkiej Akademii Medycznej, pionierem chirurgii endoskopowej piersi w Polsce. Pracuje jako zastępca kierownika Kliniki Chirurgii Onkologicznej i Chorób Piersi ICZMP. Jest również prezesem Fundacji Pełną Piersią na rzecz Rozwoju Rekonstrukcji Piersi”.

czy braku możliwości wdrożenia radioterapii uzupełniającej.

### **Czy wkrótce usłyszymy o kolejnych nowych metodach operowania raka piersi?**

Bardzo dużo się mówi o rekonstrukcjach piersi tkankami własnymi z wykorzystaniem technik mikrochirurgicznych. My w naszej klinice również je wykonujemy. Ich efekty kosmetyczne są chyba najlepsze ze wszystkich technik, jakimi dysponujemy: to nie tylko naturalny wygląd piersi, ale także podobna konsystencja i temperatura. Jednak poziom trudności technicznych i czasochłonność zabiegu są czynnikami ograniczającymi ich dostępność.

Cały problem polega na tym, żeby wypreparować płat tkankowy, z którego chcemy odtworzyć

piers, z szypułą naczyniową, którą zespała się naczyniami biorczymi w okolicy przymostkowej lub pachowej. Jest to na tyle trudne, że w Polsce niezwykle rzadko tego typu zabiegi są wykonywane jednocześnie z mastektomią. Ale szkolimy się i zobaczymy, czy uda nam się włączyć rekonstrukcję tkankami własnymi jako alternatywę dla implantów w zabiegach jednoczasowych.

### **Czyżby nie opłacało się robić tych zabiegów?**

One są lepiej refundowane, ale mimo wszystko, patrząc, z jakimi kosztami wiąże się wyłączenie sali operacyjnej na cały dzień, to wciąż bilans finansowy wychodzi ujemnie. Ponadto ich wykonywanie nie może zakłócać trybu leczenia pozostałych chorych na raka piersi, więc wiąże się z koniecznością rozbudowania zespołu operującego.

### **A gdybyśmy spojrzeli trochę dalej w przyszłość?**

Mam mówić o marzeniach?

### **Proszę.**

Mam dwa: jedno to rozwój operacji piersi techniką wspomaganą robotem, zwłaszcza w kontekście wsparcia sztuczną inteligencją. Czyli doskonała wizualizacja z precyzją ruchów narzędzi robotowych plus kontrola radykalności resekcji i ostrzeżenia przed niestandardowymi ruchami.

Drugie marzenie to umożliwienie pacjentkom zachowania nie tylko kształtu, ale również uczucia piersi. Bo dziś nawet jeżeli uzyskujemy bardzo dobre efekty estetyczne, to w dużej części zabieramy czucie skórne. Dzieje się to w zupełnie nieprzewidywalny sposób. Nie wiemy, u kogo pozostanie czucie, a u kogo go nie będzie, bo nie widzimy drobnych nerwów położonych w tkance podskórnej.

Ale są już opracowywane urządzenia, które pozwolą na wizualizację nerwów. Cały czas pytam osoby, które w Stanach Zjednoczonych są zaangażowane w ten projekt, kiedy dostępna będzie tego typu kamera operacyjna. Na razie musimy jeszcze poczekać. ●

# Menedżer to zawód

Szpitałem powinien zarządzać ten, kto ma w tym doświadczenie, poznał materię na innym stanowisku związanym z zarządzaniem w branży, a dodatkowo poznał placówkę, nie będąc jej dyrektorem. Ktoś, kto jest wielodyscyplinarny.

**W**PRL przez całe dekady szpitalem przewodził dyrektor, najczęściej z nadania partyjnego. Nie wymagano magisterki, a jeśli ktoś był lekarzem, było super, bo miał wyższe wykształcenie, i to adekwatne do branży. W epoce słusznie minionej wieloma przedsiębiorstwami kierowali traktorzyści lub kombajnści. Gospodarkę i tak planowano centralnie, więc nikt się tym nie przejmował. W późniejszym PRL zapanowała moda na profesjonalizację, więc na wice od technologii albo finansów zatrudniano kogoś, kto był po studiach i na tych obszarach się choć trochę znał. Niestety, wiedza bez doświadczenia też nie była receptą na sukces.

Tak weszliśmy do wolnej Polski: z zacyfowanym zacofaniem wobec Zachodu. Gospodarka się jednak przebudowała, a my nie baliśmy się sprawdzonych wzorców zarządzania i nadgoniliśmy. Na ten pociąg nie załapała się, niestety, ochrona zdrowia. W zasadzie jeszcze przez lata tu i ówdzie panowało nadanie i mit, że dyrektorem szpitala (tak samo jak ministrem) ma być lekarz. I tu pada proste pytanie: czy bez studiów lekarskich, zdanego LEK, stażu, odbytej i zaliczonej specjalizacji można być lekarzem specjalistą? Nie! Skąd więc założenie, że po dwóch latach MBA z zarządzania jest się już menedżerem? Jest się nim po odpowiedniej edukacji i wieloletniej praktyce. Są systemy, w których aby być dyrektorem szpitala, trzeba przejść wieloletnią ścieżkę kariery sektorowej, doprowadzającą do tego stanowiska. Wiedza zarządcza jest aktualnie ogromną dziedziną, nie mówiąc już o przywództwie.

W ochronie zdrowia znam, niestety, ludzi, którzy zarządzanie znają z seriali. I to oglądanych w dzieciństwie. Wydaje się im, że zarządzanie polega na podpisywaniu (bez czytania tego, co podpisują), dobrym służbowym samochodzie, posiadaniu asystentki i pokrzykiwaniu na

**ANNA GOŁĘBICKA**  
STRATEG KOMUNIKACJI,  
EKONOMISTKA



ludzi w stylu „bo prezes tak chciał”. Rządzą w tej ochronie zdrowia, zakładając, że nadanie funkcji jest jak oświecenie Duchem Świętym.

Są ludzie, którym się wydaje, że zarządzanie polega na podpisywaniu bez czytania, dobrym służbowym samochodzie, posiadaniu asystentki i pokrzykiwaniu na innych

Pyk i jest. Pomazaniec Boży. Jestem medykiem, nie miałem nawet godziny zajęć z biznesu, ale uczyniono mnie szefem, więc oznacza to, że umiałem zarządzać. Patrzyłem z boku i się nauczyłem. Kropka. Arogancja i ignorancja w jednym. Najgorsze, że jednostki te nie uczą się w trakcie. Potem wstyd się już przyznać, a modułu „wiem, że nic nie wiem” brakuje. Efekt Dunninga-Krugera: proczątek krzywej. Wikipedia mówi o tym „błąd poznawczy polegający na tym, że osoby niewykwalifikowane w jakiejś dziedzinie życia mają tendencję do przeceniania swoich umiejętności w tej dziedzinie”.

Menedżer to zawód, i to bardzo trudny. Trzeba znać się na finansach, controllingu, procesach, IT, optymalizacji, liczeniu efektywności, definiowaniu celów, komunikacji

zewnętrznej, negocjacjach, marketingu, trendach społecznych, delegowaniu zadań i kontroli ich wykonania, itd. Trzeba umieć rozmawiać z ludźmi, aby z jednej strony nie weszli na głowę, z drugiej zaś czuli się częścią organizacji. Trzeba w końcu znać i rozumieć branżę jaką się zarządza.

Kto zatem powinien zarządzać szpitalem? Ten, kto ma w tym doświadczenie, poznał materię na innym stanowisku związanym z zarządzaniem w tej branży, a dodatkowo poznał placówkę, nie będąc jej dyrektorem. Dobry zarząd szpitala jest wielodyscyplinarny. Lekarz odpowiada za tematy medyczne. Z całym szacunkiem – żaden ekonomista tego tak dobrze nie zrozumie. Finansista odpowiada za księgowość i finanse, specjalista od procesów odpowiada za procesy, specjalista od informatyki szeroko rozumianej odpowiada za soft i rozwiązania informatyczne. Specjalista od zarządzania zasobami ludzkimi za HR, a na czele stoi ktoś, kto ma wiedzę, kompetencje, wizję całości i potrafi tak tym pokierować, by ludzie czuli, że to ich miejsce. By cele traktowali jak wyzwania, a szefa jak lidera, a nie głównego zawiadowcę folwarku. Jeśli ktoś chce się dowartościować wizytówką na mieście, powinien poszukać innego miejsca. ●

WYWIAD LEKAR(S)KI

# Kiedy praca staje się przyjemnością

MARIA KŁOSIŃSKA

Dobry lekarz powinien mieć wiedzę i odwagę, ale przede wszystkim musi umieć rozmawiać z pacjentem – mówi prof. **EWA WENDER-OZEGOWSKA**, ginekolog-położnik, perinatolog, prorektor mijającej kadencji ds. Szkoły Doktorskiej i Kształcenia Podyplomowego Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu.

**P**rorektor uniwersytetu, pierwsza kobieta dziekan w stuletnich dziejach Wydziału Lekarskiego, kierownik Kliniki Rozrodczości w szpitalu. Jak łączy Pani te wszystkie role? Przecież doba ma tylko 24 godziny.

To kwestia umiejętności zorganizowania sobie czasu. Większość z nas zawsze łączyła pracę kliniczną z pracą na uczelni, którą można nazwać administracyjną. Myślę, że to, że udało mi się pogodzić te wszystkie funkcje, wynika z faktu, iż od dziecka byłam nauczona bardzo dużej systematyczności. Uprawiałam wyczynowo sport i musiałam bardzo regularnie godzić naukę z treningami i zawodami. Byłam przy tym osobą dosyć ambitną, w związku z tym chciałam wszystko robić dobrze. Udało mi się połączyć te wszystkie role. Oczywiście, czy robiłam to dobrze, czy nie, jest kwestią oceny moich współpracowników i moich zwierzchników. Mogę jednak powiedzieć, że praca w tych wszystkich rolach sprawia mi ogromną satysfakcję. Ale czasem rzeczywiście trochę tego czasu brakuje.

**Wychowała się Pani w rodzinie lekarskiej. Czy od początku było przesądzone, że będzie Pani kontynuować tradycję?**

Przez jakiś czas myślałam o studiach na politechnice. W liceum miałam doskonałego nauczyciela matematyki i tak mi się wydawało – trochę może przez przekorę siedzącą w głowie młodej osoby – że nie pójdę na medycynę. Ale pod koniec liceum byłam

► Prof. Ewa Wender-Ozegowska w przeszłości uprawiała wyczynowo pływanie. – To nauczyło mnie systematyczności – przyznaje w rozmowie z Marią Kłosińską, która również jest lekarzką



fot.: Adrian Bogucki

zdecydowana. Początkowo rozważałam bycie lekarzem sportowym, bo rzeczywiście bardzo lubię sport i do tej pory bardzo się nim interesuję, ale kiedy kończyłam studia w latach 80., medycyna sportowa szła w złym kierunku. Bardzo dużą rolę odgrywał styl sportu Niemieckiej Republiki Demokratycznej i stosowanie dopingu u młodych. Myślę, że gdyby to się wydarzyło wiele lat później i medycyna sportowa byłaby tak fantastycznie rozwinięta jak teraz, to może bym się na to zdecydowała.

**Pani córka również jest lekarzem...**

Mam dwie córki. Jedna się wyłamała z tradycji – Agata jest

inżynierem ochrony środowiska. Kasia zdecydowała się na medycynę. W rodzinie mojego męża to jest szóste pokolenie lekarzy, a w mojej, ze strony rodziców mojego taty, to jest czwarte pokolenie.

To, że Kasia zdecydowała się na medycynę, wynika też z tego, że z mężem zawsze uważaliśmy, że jest to piękny zawód. Mimo trudu, mimo dyżurów, mimo wielu godzin spędzanych w pracy staliśmy się pokazywać pozytywne strony tej pracy. Hipokrates powiedział, że jest to piękny zawód i jeśli będziesz mieć syna, zrób wszystko, aby był lekarzem. Pani doktor też ma dzieci, więc wiemy, że łączenie tych obowiązków nie jest łatwe. Ale jeśli się ma męża,

który wspiera nas w tych działaniach, gdy jest ktoś, z kim dzielimy te obowiązki, to można to wszystko pogodzić. W naszym domu, mimo że oboje dyżurowaliśmy, staraliśmy się zawsze uzupełniać. Pokazało to córce, że można tworzyć normalny dom i jednocześnie pracować. Moja córka powiedziała mi kiedyś, że koleżdy zapytali ją, jak to jest mieć mamę docenta, profesora. Powiedziała im, że w domu weekendy były zawsze dla dzieci. I rzeczywiście staraliśmy się, żeby w weekendy być zawsze razem.

### **Jaka jest Pani zdaniem najważniejsza cecha lekarza?**

Bardzo ważna jest dyscyplina. Trzeba też wiedzieć, że nie można poprzestać na nauce, w momencie kiedy się zdaje ostatni egzamin na studiach – musimy kształcić się przez całe życie. Ta motywacja do rozwoju musi być w nas obecna. A zatem umiejętność mobilizacji i systematyczność to rzeczy bardzo istotne. Zastanawiając się, co to znaczy być dobrym lekarzem, rozważałam pytania: czy dobry lekarz to ten najmądrzejszy, który ma olbrzymią wiedzę podręcznikową, czy lekarz, który jest dobrym praktykiem, czy może dobrym lekarzem jest ten, który jest odważny i umie podejmować trudne decyzje? A może taki, który jest bezgranicznie oddany pacjentom i zawsze jest do ich dyspozycji? Myślę, że dobry lekarz powinien mieć po trosze każdej z tych cech: zarówno systematycznie zdobywaną wiedzę, pracowitość, sumienność, ale i umiejętność podejmowania decyzji, a także otwartość na rozmowę z pacjentem. Bardzo ważne jest to, żeby w czasach, kiedy dominują procedury, punkty, kiedy rozlicza się nas z tego, czy odpowiednio dużo oddział zarobi – żebyśmy jednak zawsze na pierwszym miejscu widzieli pacjenta i znaleźli czas, żeby z nim rozmawiać.

**O studiach medycznych mówi się, że są bardzo wymagające. Niektórzy prowadzący są wręcz bezlitośni, jeżeli chodzi o nieobecność na zajęciach. Tutaj, w Poznaniu, jest Pani znana z tego, że przychyliła się Pani do uzasadnionych próśb uczniów. Na przykład student musiał poddać się operacji i jedyną możliwością, żeby skończył studia, była Pani zgoda,**

**żeby mógł zdać egzamin w kolejnym roku. Albo para studentów tuż po ślubie uzyskała Pani zgodę na odpracowanie zajęć w innym czasie, dzięki czemu mogli się udać w krótką podróż poślubną.**

Będąc przez dwie kadencje prodziekanem i jedną kadencję dziekanem wydziału lekarskiego, z takimi sytuacjami spotykałam się codziennie. Wiadomo, że grafik zajęć jest tak napięty, że student nie może chorować. Bardzo nie lubię, jeśli ktoś mnie próbuje oszukiwać. Natomiast jeśli student przyjdzie, otwarcie powie, jaki jest kłopot, to uważam, że powinniśmy znaleźć rozwiązanie. Myślę,

Dobry lekarz powinien zdobywać stale wiedzę, umieć podejmować decyzje i być otwarty na rozmowę z pacjentem

że studenci pamiętają też, że jestem wymagająca. Zresztą dużo wymagam również od siebie. Być może bywam surowa dla moich asystentów, ale jak mają kłopot, to staram się im zawsze pomóc.

W przypadku choroby studenta w ogóle nie ma dyskusji – trzeba znaleźć rozwiązanie i nie wyobrażam sobie, żeby ktoś nie skończył studiów przez to, że był chory. Rolą każdego dziekana jest znalezienie rozwiązania, bowiem poza tym, że jesteśmy administratorami, to jesteśmy przede wszystkim nauczycielami i lekarzami. Nie wyobrażam sobie, żeby poważnej chorobie nie wziąć pod uwagę.

A co do ślubu... Czy jest coś piękniejszego od tego, że dwoje młodych ludzi chce być razem? Może nie powinniśmy o tym mówić oficjalnie, bo nie wiem, czy niektórzy kierownicy klinik byliby zadowoleni, że takie usprawiedliwienie uznałam... Ale właśnie dlatego, że studenci przyszli o tym porozmawiać, to wyszłam z założenia, że rozwiązanie trzeba było znaleźć.

Jeżeli umiemy ze sobą rozmawiać i mówimy otwarcie o czymś, co nas boli, albo co jest nam potrzebne, to chyba każdy chciałby pomóc znaleźć dobre wyjście z danej sytuacji. Natomiast są

osoby, które kręcą, nie mówią prawdy. Dla takich osób nie byłabym tak otwarta i nie starałabym się pomóc.

### **A jak to jest być kierownikiem kliniki?**

Po pierwsze, partnerstwo i wzajemne zaufanie. Często mówię moim kolegom: pamiętajcie, że mnie można oszukać dwa razy: pierwszy i ostatni. I staram się tego rzeczywiście przestrzegać. Myślę, że koleżdy to wiedzą, że ja bardzo cenię otwartość, że cenię to, że umiemy ze sobą rozmawiać.

Uważam również, że lekarz może popełnić pomyłkę, ale musi się też do tego przed sobą i przed kolegami przyznać. Jeżeli coś nam się nie uda albo się pomylimy, to umiemy to powiedzieć i umiemy przyznać również młodszemu koleżdy, że miał rację. Jest bardzo istotne, żebyśmy wszyscy mieli do siebie zaufanie. Jeżeli czegoś nie zauważamy albo mamy jakieś wątpliwości, to głos czasem młodszego kolegi, który patrzy na to z innej perspektywy, może pomóc w rozwiązaniu danego problemu. Kiedy jest się szefem, to też jest bardzo ważne, żeby słuchać. Jako kierownicy możemy dzielić się obowiązkami, ale nie możemy się dzielić odpowiedzialnością. Dlatego rozmawiamy z kolegami, starajmy się wspólne decyzje podejmować.

### **Powiedziała Pani, że warto rozmawiać – a ja bardzo dziękuję za tę rozmowę.**

Bardzo dziękuję za to zaproszenie. Myślę, że kobietom jest zawsze trudniej. Bowiem jeżeli chcemy być matkami, chcemy mieć dom, to rzeczywiście tego czasu dla siebie zaczyna brakować. Ale jeżeli jest się zadowolonym, spełnionym, jeżeli praca sprawia satysfakcję, to na dobrą sprawę idzie się do pracy z radością. Jak to kiedyś ktoś powiedział, jeżeli lubimy swoją pracę, to nie jest to już nasz obowiązek, ale w jakimś sensie przyjemność. ●



◀ Cała rozmowa do obejrzenia

## NOWE TECHNOLOGIE

# Lekarz jak malowany

PIOTR KOŚCIELNIAK

Wygenerowani przez algorytmy medycy reklamują podejrzane specyfiki, a chatboty udzielają w internecie porad dotyczących zdrowia. To ciemniejsza strona postępu technologicznego i rozwoju sztucznej inteligencji.

**W** Polsce rośnie liczba deepfake'ów z wizerunkiem osób publicznych. Celem takich zmanipulowanych materiałów jest wprowadzenie w błąd odbiorców – najczęściej skłonienie do oszukańczych inwestycji lub zakupu podejrzanych towarów, w tym również leków. Filmy takie są wytworzone z udziałem sztucznej inteligencji i najczęściej „podrabiane” są w nich osoby cieszące się społecznym zaufaniem – ostrzega NASK (Naukowa i Akademicka Sieć Komputerowa – Państwowy Instytut Badawczy).

Według danych NASK w pierwszej połowie 2024 r. „podrobionych” w ten sposób zostało co najmniej 121 znanych osób. Najczęściej hakerzy biorą na celownik rozpoznawalne osoby cieszące się dużym zaufaniem społecznym. Za pomocą wyspecjalizowanych algorytmów manipulują obrazem i dźwiękiem w taki sposób, aby z ust takich osób padały zachęty do inwestowania i zakupów. Mogą nawet opowiadać o własnych doświadczeniach ze stosowania reklamowanych specyfików. Technologia powoduje, że zarówno głos, jak i mimika kopiowanej osoby sprawiają wrażenie całkowicie naturalnych.

„Nie należy wierzyć we wszystko, co możemy przeczytać w internecie, ale sztuczna inteligencja wprowadza to na jeszcze inny poziom” – podkreśla Ewelina Bartuzi-Trokielewicz z Pionu Sztucznej Inteligencji w NASK, kierująca zespołem projektowym, zajmującym się oszustwami deepfake. „Nie wierz bezkrytycznie w żaden film, który zobaczysz. Nie wierz nawet wtedy, gdy swoim własnym głosem, połączonym z właściwymi ruchami ust wypowiada się na nim osoba publiczna, która cieszy się autorytetem”.

**CELEBRYCI, POLITYCY I... MEDYCY**

Dane zebrane przez ekspertów NASK i KNF wskazują, że najczęściej

„podrabiani” są dziennikarze, stanowią 32 proc. wszystkich ofiar deepfake'ów. Wyjaśnienie tego faktu jest bardzo proste – dziennikarze telewizyjni dostarczają bardzo wielu materiałów wideo ze swoim wizerunkiem. Ponadto zmanipulowany materiał ze studia telewizyjnego – np. w formie wywiadu z politykiem czy biznesmenem – dodaje całemu przedsięwzięciu wiarygodności.

Tuż po dziennikarzach „najpopularniejsi” są politycy (21 proc.), przedsiębiorcy (11 proc.), a także sportowcy i influencerzy (po ok. 5 proc.). Tuż za nimi plasują się lekarze (4 proc. wszystkich ofiar deepfake'ów), których wizerunki najczęściej są wykorzystywane do promowania różnego rodzaju cudownych leków. Zmanipulowane materiały wideo z lekarzami w rolach głównych trafiają na Facebooka, TikToka, X (dawny Twitter) oraz na YouTube'a. Najgorsze zaś jest to, że administratorzy tych serwisów reagują na incydenty z wykorzystaniem deepfake'ów dość niespiesznie, co oznacza, że fałszywy przekaz mogą oglądać tysiące osób.

Na stworzonej przez specjalistów NASK liście osób, które od początku 2024 r. do końca czerwca zostały w ten sposób wykorzystane, znajduje się czterech lekarzy i jedna lekarka. To Krzysztof Bielecki, Anna Kowalska, Tomasz Matyszewski, Tomasz Mazur i Tomasz Wojciechowski.

**UKRADZONY AUTORYTET**

Niestety, nie są to pierwsi przedstawiciele zawodów medycznych, których wizerunkami posłużyli się przestępcy. Głośna sprawa

z ubiegłego roku dotyczyła dr. Michała Sutkowskiego, którego deepfake reklamował rzekomym preparat na problemy kardiologiczne oraz „lek przeciw pasożytniczy”. W tym przypadku nie tylko ukradziono twarz lekarza, ale posłużono się również kompilacją archiwalnych wypowiedzi dla różnych stacji telewizyjnych. Nie było to trudne, bo dr Sutkowski często i chętnie występuje w mediach. Sam lekarz wydał wówczas oświadczenie, w którym jasno określił działanie przestępców jako kradzież wizerunku.

Podobna sytuacja dotknęła również reumatologa Bartosza Fiałka, którego cyfrowa kopia – oczywiście – reklamowała preparat na bolące stawy. To lekarz aktywny w internecie – jego konta w mediach społecznościowych cieszą się dużą popularnością. Przestępcy zrobili z niego niemieckiego profesora z 27-letnim stażem i spreparowali z nim wywiad o „produkcje, który penetruje stawy i odbudowuje chrząstkę”.

Wcześniej z oszustami żerującymi na autorytecie lekarzy zmagali się m.in. prof. Adam Torbicki (dwukrotnie), prof. Andrzej Bochenek i prof. Michał Zembala. Ich ukradzione wizerunki zachęcały m.in. do zazywania suplementów diety i preparatów na nadciśnienie.

„Nie dajcie się nabrać, to są fake newsy. Profesor Adam Torbicki niczego nie reklamuje. Prawnicy zgłaszali to naruszenie wizerunku do prokuratury wielokrotnie, bezskutecznie, niestety” – pisała w mediach społecznościowych żona znanego kardiologa, dziennikarka Grażyna Torbicka.

W imieniu prof. Bochenka interweniowała sieć klinik, z którą kardiochirurg jest zawodowo związany: „Profesor Andrzej Bochenek nie poleca i nie promuje żadnych leków i suplementów swoim nazwiskiem – prawdziwe rekomendacje mogą pochodzić jedynie od Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego”.

Przyjmowanie preparatów reklamowanych przez zmanipulowane cyfrowo wizerunki znanych lekarzy mogło potencjalnie doprowadzić do pogorszenia stanu zdrowia. Jednak działania prokuratury w tych sprawach pozostawiły wiele do życzenia. Poszkodowani skorzystali z pomocy prawnej świadczonej przez wyspecjalizowane kancelarie.

### JAK POWSTAJE DEEPPAKE

Warto przypomnieć, co jest potrzebne do wygenerowania filmów wideo ze „skopiowanymi” ludźmi. Choć nowoczesne narzędzia sprowadzają cały wysiłek do kilku kliknięć myszką, stojąca za tym technologia jest dość złożona i wymaga dużych zasobów danych.

Najistotniejszym elementem służącym do tworzenia deepfake’ów jest model sieci neuronowej nazywany autoenkoderem. Jego celem jest – w uproszczeniu – przypisanie pewnych cech jednej twarzy (mimiki, ruchów ust) drugiej twarzy (tej „podrabianej”). Pozwala on tak przekształcić mimikę znanej nam osoby, aby wydawało się, że wypowiada określone słowa. Podobny efekt stosowany jest również do dźwięku – barwa głosu i intonacja nabierają charakterystycznych cech właściwych jedynie oryginałowi.

Jeżeli kopia ma być bardzo wysokiej jakości, przestępcy mogą zastosować również tzw. generatywne sieci współzawodniczące (GANs – Generative Adversarial Networks). Jedna sieć neuronowa ma wytworzyć zmanipulowany film, zdjęcie czy ścieżkę dźwiękową, druga ma wykryć fałszerstwo. Wraz z kolejnymi próbami obie

sieci stają się coraz doskonalsze w produkowaniu deepfake – i w ich wykrywaniu. Efektem jest jednak podróbka, którą bardzo trudno odróżnić od oryginału. Ta metoda wymaga jednak czasu, nakładów finansowych i dostępu do odpowiednio mocnego sprzętu – duża część materiałów kopiujących prawdziwych lekarzy to niskiej jakości fałszywki.

Generatywna sztuczna inteligencja wymaga ogromnych zasobów danych do działania – twarzy i mowy naśladujących rzeczywistą osobę nie da się wytworzyć z niczego. Potrzebne są filmy i zdjęcia pokazujące daną osobę z możliwie wielu ujęć i w różnym otoczeniu. To dlatego problem deepfake dotyczy przede wszystkim osób publicznych – celebrytów, polityków, sportowców, osób piastujących wysokie stanowiska i bardzo rozpoznawalnych w mediach społecznościowych.

## Kradzież tożsamości: co robić, gdy zostaniemy zaatakowani

MAŁGORZATA WĘGRZYNEK  
PRAWNIK W NACZELNEJ  
IZBIE LEKARSKIEJ



**J**ak się zachować, gdy zobaczymy materiał deepfake wykorzystujący nasz wizerunek? Gdzie szukać pomocy? Oto krótki poradnik.

- **Poinformuj Naczelną Izbę Lekarską**  
To może (ale nie musi) być pierwszy krok w walce z naruszeniami wizerunku lekarzy. Treści w mediach społecznościowych dyskredytujące zarówno konkretnego lekarza, jak i całe środowisko można zgłosić do działającego w NIL specjalnego Zespołu ds. Naruszeń w Ochronie Zdrowia. Wystarczy wysłać e-mail z opisem sytuacji na adres [naruszenia@nil.org.pl](mailto:naruszenia@nil.org.pl).

- **Złóż skargę do Urzędu Ochrony Danych Osobowych**

W przypadku naruszenia przepisów o ochronie danych osobowych osoba, której dane dotyczą, może złożyć skargę do prezesa Urzędu Ochrony Danych

Osobowych. Po przeprowadzeniu postępowania w sprawie prezesa Urzędu – jeżeli doszło do naruszenia – w drodze decyzji administracyjnej nakazuje przywrócenie stanu zgodnego z prawem.

Każda skarga złożona do prezesa Urzędu musi zawierać: imię i nazwisko oraz adres zamieszkania osoby, której naruszenie dotyczy; wskazanie podmiotu, na który składamy skargę (nazwę/imię i nazwisko oraz adres siedziby/zamieszkania); dokładny opis naruszenia; żądanie – jakich działań oczekujemy od prezesa UODO (np. usunięcia danych, wypełnienia obowiązku informacyjnego, sprostowania danych, ograniczenia przetwarzania danych itd.) i wreszcie własnoręczny podpis.

W tym przypadku głównym problemem może się okazać ustalenie podmiotu

rozpowszechniającego fałszywy przekaz. Co prawda, istnieją mechanizmy techniczne i prawne, które służą identyfikacji podmiotów, ale w wielu przypadkach okazują się one nieskuteczne.

Skargę można złożyć także drogą elektroniczną (<https://epuap.gov.pl/wps/portal/strefa-klienta/katalog-spraw/sprawy-ogolne/ogolne-sprawy-urzedowe-2/pismo-ogolne-do-podmiotu-publicznego-nowe>).

- **Zgłoś naruszenie administratorowi serwisu**

Ponieważ ustalenie podmiotu rozpowszechniającego fałszywy przekaz może być problematyczne, ustawodawca przewidział rozwiązania dotyczące możliwości obciążenia odpowiedzialnością cywilną w takich przypadkach podmiotów, które udostępniają konkretne treści w internecie. Odpowiedzialność osób, które, nie będąc



## DOKTOR STEFAN UDZIELA PORAD

Wykorzystanie algorytmów uczenia maszynowego i sztucznej inteligencji idzie niestety jeszcze dalej. Popularny ChatGPT jest wykorzystywany m.in. do udzielania porad lekarskich, a także psychologicznych i dietetycznych.

Co więcej, operatorzy serwisu z takimi poradami pobierali za swoje usługi opłaty (do 99,99 zł). W cenie była „konsultacja lekarska” i analiza plików PDF z wynikami badań dokonana przez najnowszą wersję systemu ChatGPT 4.0. Doktor Stefan, czyli chatbot udający lekarza, miał rozumieć potrzeby zdrowotne osób zadających mu pytania przez internet i „przygotować odpowiednie rekomendacje”.

Praktyki te wzbudziły zrozumiałe zainteresowanie Rzecznika Praw Pacjenta oraz Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów. Po nagłośnieniu sprawy dr Stefan zniknął. Ale w sieci nadal można znaleźć serwisy wykorzystujące chatboty bazujące na popularnych i ogólnodostępnych modelach sztucznej inteligencji,

które udzielają swego rodzaju porad. „Medyk” występuje w nim obok „psychoterapeuty”, „dietetyka”, „trenerki” i „psychologa”. W tym samym serwisie jest też astrolog i wróżka. Tym razem jednak serwis ustami medyka uprzedza: „Choć nie zastępuję lekarza, pomogę Ci przygotować się do wizyty lekarskiej. Moim celem jest wspieranie Ciebie w zgłębianiu wiedzy o Twoim zdrowiu i objawach, które masz”.

Co ciekawe, własnego chatbota pełniącego rolę wirtualnego konsultanta uruchomiła Światowa Organizacja Zdrowia (WHO). S.A.R.A.H. (Smart AI Resource Assistant for Health) może pomóc w dobraniu odpowiedniej diety i rzucaniu palenia. Sarah nie udziela porad medycznych – zastrzega WHO.

Czy można sobie wyobrazić, że wkrótce powstaną interaktywne deepfake’i znanych lekarzy udzielające na żywo wideoporad? O tym,

że pod względem technicznym jest już to możliwe, przekonuje sprawa pracownika działu księgowości oddziału firmy Arup w Hongkongu (przedsiębiorstwo globalnie zatrudnia 18 tys. ludzi, współtworzyło m.in. słynny budynek opery w Sydney). Księgowy został zaproszony na wideokonferencję z dyrektorem finansowym z biura w Londynie. W zebraniu brali również udział inni koledzy z biura – księgowy znał ich z widzenia. Dyrektor finansowy osobiście polecił wykonanie serii przelewów – łącznie kilkanaście transferów na ponad 25 mln dolarów. Księgowy posłusznie zlecenia te wykonał. Jednak zarówno „dyrektor finansowy”, jak i „koledzy” byli deepfake’ami skonstruowanymi przez przestępców na podstawie filmów z sieci społecznościowych i komunikatorów. Pieniądzy nie odzyskano, a regionalny szef firmy musiał ustąpić ze stanowiska. ●

autorami, spowodowały umieszczenie danego materiału w internecie, będzie tożsama z odpowiedzialnością autorów. Jeśli trafimy na reklamę, która jest nieodpowiednia albo narusza zasady, możemy ją zgłosić i żądać usunięcia lub zablokowania. W przypadku ataku polegającego na rozpowszechnianiu fałszywego materiału wideo oraz audio za pośrednictwem mediów społecznościowych zgłoszenie może zostać złożone bezpośrednio do administrowanych stron.

Zasłanianie się niewiedzą przez usługodawcę w wymienionych sytuacjach zostaje wyłączone w momencie otrzymania przez niego urzędowego zawiadomienia lub uzyskania wiarygodnej wiadomości o bezprawnym charakterze danych lub związanej z nimi działalności. Od momentu otrzymania urzędowego zawiadomienia lub uzyskania wiarygodnej wiadomości serwis ponosi odpowiedzialność za przechowywane dane, chyba że niezwłocznie uniemożliwi do nich dostęp (art. 14 ustawy z 18 lipca 2002 r. o świadczeniu usług drogą elektroniczną, Dz.U.2020.344).

### • Zgłoś incydent do CERT

CERT (Computer Emergency Response Team, czyli Zespół Reagowania na Incydenty Komputerowe) zajmuje się reagowaniem na zdarzenia naruszające bezpieczeństwo informacji. Materiały

zawierające zmanipulowane treści lub prowadzące działania niezgodne z prawem (np. podszywające się pod serwisy banków) można zgłaszać na prowadzonej przez CERT Polska stronie [incydent.cert.pl](http://incydent.cert.pl). Informacje o próbach wykorzystania deepfake’ów można natomiast wysłać na adres [deepfake@nask.pl](mailto:deepfake@nask.pl), gdzie zajmą się nimi eksperci z Pionu Sztucznej Inteligencji NASK we współpracy z CSIRT NASK, Pionem Ochrony Informacyjnej Cyberprzestrzeni w NASK oraz CSIRT KNF. Co ważne, CERT Polska nie posiada uprawnień organów ścigania.

### • Powiadom organy ścigania

W przypadku kradzieży tożsamości należy jak najszybciej poinformować odpowiednie służby i dostarczyć im niezbędne informacje oraz dowody (np. nagrania, zrzuty ekranu, tła). Centralne Biuro Zwalczania Cyberprzestępczości (CBZC) jest jednostką organizacyjną Policji odpowiedzialną m.in. za rozpoznawanie i zwalczanie przestępstw popełnionych przy użyciu systemu informatycznego, systemu teleinformatycznego lub sieci teleinformatycznej oraz zapobieganie tym przestępstwom.

Możemy zawiadomić o popełnieniu przestępstwa w oparciu o art. 190a § 2 Kodeksu karnego (k.k.). Mówi on o podszywaniu się pod inną osobę w internecie i kradzieży tożsamości. W przepisie

określono odrębny czyn zabroniony polegający na przywłaszczeniu tożsamości. Zachowanie sprawcy polega na podszyciu się pod inną osobę, co należy rozumieć dosłownie jako podanie się fałszywie za kogoś innego i bezprawne przywłaszczenie sobie czyichś danych.

Ściganie przestępstwa następuje na wniosek pokrzywdzonego. Oznacza to, iż pokrzywdzony winien osobiście dokonać zgłoszenia o popełnionym przestępstwie. Bez tego ani policja, ani prokuratura nie będzie w stanie podjąć działania.

Sprawca może być pociągnięty do odpowiedzialności za znieważenie, czyli za przestępstwo określone w art. 216 k.k. – w przypadku wykorzystania środków masowego komunikowania zagrożone karą pozbawienia wolności do roku, jak również za przestępstwo w art. 212 k.k. (zniesławienie). Ściganie obu przestępstw odbywa się z oskarżenia prywatnego. A to oznacza, że to sam pokrzywdzony jest zobowiązany do wnoszenia i popierania aktu oskarżenia przed sądem.

### • Poszukaj pomocy prawnej

W sytuacji, gdy kradzież wizerunku ma charakter poważny lub prowadzi do szkody materialnej, warto skonsultować się z prawnikiem lub specjalistą ds. ochrony danych osobowych w celu podjęcia dalszych kroków. ●

## NOWE TECHNOLOGIE

# Dane medyczne pod ostrzałem

KRZYSZTOF JAKUBIK  
DZIENNIKARZ

Opiekujący się pacjentami personel medyczny ma dostęp do bardzo wrażliwych i wartościowych danych. Ich wyciek lub utrata zwykle ma poważne konsekwencje prawne, etyczne i finansowe, a w skrajnych przypadkach może doprowadzić do uszczerbku na zdrowiu, a nawet utraty życia. Dlatego dbałość o nie powinna być absolutnym priorytetem.

**T**emat bezpieczeństwa cyfrowych danych od lat budzi emocje, a informacje o konsekwencjach ataków na systemy informatyczne często trafiają na pierwsze strony gazet. W tym kontekście ochrona zdrowia znajduje się w wyjątkowej pozycji. Personel ma dostęp do informacji medycznych określanych jako szczególnie wrażliwe. W przypadku wycieku mogą być one wykorzystywane np. do szantażowania, a gdy zostanie utracony dostęp do nich, niemożliwe staje się przeprowadzenie wielu procedur medycznych. Do tego dochodzą klasyczne dane osobowe, w tym numery PESEL, adresy zamieszkania i informacje dotyczące ubezpieczenia.

Niestety, zarówno w Polsce, jak i na całym świecie przypadki udanych ataków na podmioty medyczne to już codzienność. Według działającego w strukturach NASK zespołu reagowania na incydenty komputerowe (CERT Polska) w ciągu ostatnich pięciu lat liczba odnotowanych cyberataków skierowanych przeciwko podmiotom medycznym wzrosła niemal ośmiokrotnie – z 53 w 2019 r. do 405 w 2023 r.

Ataki te stanowiły niewielki odsetek wszystkich (0,5 proc.) w porównaniu z innymi branżami, np. firmami handlowymi (24 proc.) i finansowymi (23,6 proc.), ale z uwagi na wspomniany wrażliwy charakter danych zjawisko to jest bardzo niepokojące. Co więcej, wykradający dane cyberprzestępcy często starają się działać tak, aby

nie pozostawiać po sobie śladów. Niemal pewne jest więc, że liczba udanych ataków jest znacznie większa, ale administratorzy IT po prostu ich nie zauważyli.

**PRZESTĘPCY JUŻ TU SĄ**

W Polsce szerokim echem odbił się listopadowy atak na ALAB Laboratoria, w wyniku którego do internetu trafiły dane ok. 220 tys. osób (placówka odmówiła zapłaty okupu szantażującym ją cyberprzestępcom). Z kolei w marcu 2024 r. wyciekły dane ok. 180 tys. osób z ok. 40 placówek medycznych wskutek udanego ataku na wrocławskie DCG Centrum Medyczne. Przyczyną było zaniechanie

Przychody cyberprzestępców przekraczają zyski z handlu narkotykami; magnesem jest mniejsze ryzyko i dostęp do ofiar na całym świecie

ze strony zewnętrznego dostawcy oprogramowania, który po zakończeniu umowy nie usunął kopii informacji z testowego serwera. Natomiast w styczniu 2024 r. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny we Włocławku poinformował, że podczas naprawy komputera odkryto

brak dysku twardego, a placówka nie jest w stanie określić, jakie dokładnie dane osobowe mogły się na nim znajdować.

Innym przykładem jest przypadek Powiatowego Szpitala Specjalistycznego w Stalowej Woli, w której od 19 listopada do 21 grudnia 2023 r. dane osobowe pacjentów były przekazywane na adres e-mail nieustalonej osoby trzeciej.

Niepokojące informacje przedstawiła na początku sierpnia br. Najwyższa Izba Kontroli. Kontrola delegatury NIK w Olsztynie przeprowadzona w województwie warmińsko-mazurskim wykazała, że w kilku tamtejszych placówkach dostęp do danych medycznych pacjentów przechowywanych w systemach informatycznych miała część personelu niemedycznego, a także byli pracownicy placówek. Odnotowano aż 14 przypadków logowania się do systemów informatycznych z danymi pacjentów przez osoby po ustaniu stosunku pracy. Przeprowadzona kontrola objęła sześć szpitali i jeden ośrodek zdrowia. Wynika z niej, że wszystkie badane jednostki prowadziły działania mające na celu zapewnienie bezpieczeństwa informacji, w tym danych pacjentów, jednak w większości z nich (sześć podmiotów) odbywało się to w sposób nierzetelny lub nieadekwatny do rodzaju i skali przetwarzanych

danych. Głównym naruszeniem było nieprzestrzeganie w tym zakresie części wewnętrznych regulacji oraz obowiązujących przepisów prawa dotyczących bezpieczeństwa informacji, w tym ochrony danych pacjentów.

### JAK JESTEŚMY ATAKOWANI

Już od kilku lat globalne przychody uzyskiwane przez cyberprzestępców z ich działalności przekraczają zyski z handlu narkotykami. Magnesem jest mniejsze ryzyko oraz dostęp do ofiar na całym świecie.

Jak podaje Agencja Unii Europejskiej ds. Cyberbezpieczeństwa (ENISA), jednym z głównych cyfrowych zagrożeń dla placówek ochrony zdrowia są ataki ransomware – w 2023 r. stanowiły one 54 proc. incydentów. Polegają na tym, że zainstalowane na komputerze ofiary złośliwe oprogramowanie szyfruje wszystkie dane, a cyberprzestępcy udostępniają kod deszyfrujący dopiero po zapłaceniu okupu.

Panaceum na skutki takiego ataku jest regularne wykonywanie kopii zapasowych danych – w ten sposób zagwarantowana jest możliwość ich odzyskania w przypadku zaszyfrowania. Cyberprzestępcy są tego świadomi, więc oprócz szyfrowania wykonują również ich kopię na własne serwery, aby szantażować ofiary upublicznieniem wrażliwych danych w przypadku niezapłacenia haraczu. Ten rodzaj ataku jest najgroźniejszy dla podmiotów dysponujących danymi medycznymi – ich zablokowanie uniemożliwia realizowanie procedur medycznych, zaś ewentualny wyciek spowodza konsekwencje karne, jak też całkowitą utratę zaufania pacjentów.

Jeżeli cyberprzestępcom nie uda się uzyskać dostępu do urządzenia zawierającego medyczne dane w taki sposób, aby je zaszyfrować, zrobią wszystko, aby je wykraść i sprzedać na czarnym cyfrowym rynku. Swój cel próbują osiągnąć za pomocą sztuczek socjotechnicznych. Zazwyczaj tworzą fałszywe strony internetowe ludoząc podobne do oryginalnych i wysyłają wiadomości e-mail (określane jako phishing) o zwykle wzbudzającej niepokój lub ekscytację treści, aby skłonić odbiorcę do szybkiego kliknięcia w link prowadzący do „fałszywki” i wprowadzenia na takiej stronie swoich danych logowania. Informacje te są wykradane i używane przez cyberprzestępców już na prawdziwej stronie do uzyskania nieuprawnionego dostępu.

► W niemal połowie placówek nie jest prowadzona systematyczna działalność edukacyjna w zakresie bezpieczeństwa

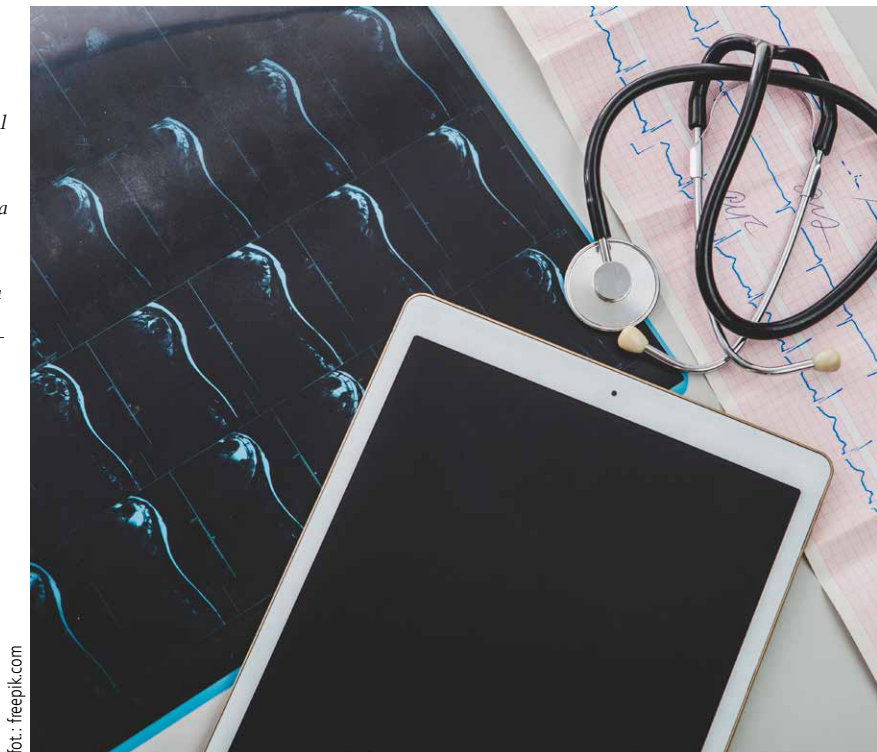


foto: freepik.com

Cyberprzestępcy zazwyczaj maksymalizują szanse powodzenia ataków poprzez ich automatyzację. Ale nie zawsze. Zdarza się, że na cel brana jest placówka, co

Jednym z głównych cyfrowych zagrożeń dla placówek ochrony zdrowia są ataki ransomware – w 2023 r. stanowiły 54 proc. incydentów

do której mają pewność, że dysponuje znacznymi zasobami finansowymi. Wówczas prowadzona jest akcja indywidualna – zdobywane są dane o infrastrukturze IT, pracownikach i ich zwyczajach. A ponieważ przy ochronie zasobów IT to człowiek jest słabszym ogniwem, działania te często kończą się sukcesem.

### NAJWAŻNIEJSZA JEST CYBERHIGIENA

Ochrona przed zagrożeniami może być realizowana na wiele sposobów. Ale wszystkie można

podzielić na dwie kategorie: rozwiązania techniczne (sprzęt i oprogramowanie) oraz tzw. cyfrowa higiena.

O techniczne aspekty zabezpieczeń powinien zadbać przede wszystkim dział IT w placówce medycznej. Dotyczą one ochrony wykorzystywanych przez personel urządzeń (komputerów i tabletów), sieci komputerowej oraz jej łączności z internetem. W przypadku małych przychodni, w których nie jest konieczne zatrudnianie informatyka na pełny etat, zdecydowanie wskazane jest podpisanie stałego kontraktu w firmę specjalizującą się w obsłudze rozwiązań IT i ich zabezpieczeniu.

Cyberhigiena to zestaw praktyk, które pomagają chronić systemy informatyczne, dane i użytkowników przed zagrożeniami. Do stosowania tych zasad zobowiązani są wszyscy – zarówno dział IT, jak i użytkownicy. Część zasad związanych jest z koniecznością posiadania minimalnej wiedzy technicznej, ale większość mieści się w kategorii „zdrowego rozsądku” podczas korzystania

z cyfrowych urządzeń i internetu. Jeżeli pracownik przynosi do szpitala lub przychodni prywatny sprzęt i podłącza go do sieci, bardzo ważne jest, aby reguły cyberhigieny restrykcyjnie stosował również w domu.

Jeżeli chodzi o aspekty techniczne, tu absolutnie najważniejszym jest systematyczne aktualizowanie systemów operacyjnych i aplikacji na posiadanych urządzeniach – w pakietach aktualizacyjnych często znajdują się poprawki naprawiające luki bezpieczeństwa w oprogramowaniu. Konieczne trzeba też posiadać aktualne oprogramowanie antywirusowe.

Zdrowy rozsądek powinien podpowiadać przede wszystkim cierpliwość. Coraz częściej logowanie do systemów informatycznych odbywa się z wykorzystaniem dwóch składników – tego, który użytkownik zna (hasła), i tego, który dostaje (aplikacja uwierzytelniająca, kod w SMS-ie lub wiadomości e-mail). Wydłuża to proces logowania, ale jest zabezpieczeniem uniemożliwiającym przeprowadzenie większości ataków. Zalecana jest też ostrożność wobec e-maili i SMS-ów otrzymanych od nieznanymi nadawców oraz nieklikanie w podejrzane linki lub nieotwieranie załączników, które mogą zawierać złośliwe oprogramowanie. Unikać też należy logowania się do ważnych kont przez publiczne sieci Wi-Fi. Smartfony i tablety powinny być zabezpieczone blokadą ekranu, a także mieć włączoną funkcję szyfrowania danych oraz zdalnego ich wymazywania w razie kradzieży lub zgubienia urządzenia.

Szczególnie istotna jest edukacja, która pozwoli wyrobić wrażliwość na ryzyko. W 2022 r. na zlecenie firmy Fortinet przeprowadzono badanie dotyczące m.in. tego tematu w 100 polskich publicznych i prywatnych placówkach medycznych. 38 proc. respondentów przyznało, że w ostatnim czasie szkolenia dla pracowników z zakresu cyberhigieny były prowadzone okazjonalnie, zaś regularnie tylko w 16 proc. Oznacza to, że w niemal połowie placówek nie jest prowadzona systematyczna działalność edukacyjna w zakresie bezpieczeństwa. ●

*Autor jest redaktorem magazynu „CRN Polska” specjalizującym się w tematyce cyfrowego bezpieczeństwa i zaawansowanych rozwiązań IT*

## **J**ak w polskiej branży medycznej wygląda sytuacja dotycząca cyberbezpieczeństwa?

Na poziomie instytucjonalnym jest obiecująco, a z każdym rokiem widać zdecydowane postępy. Swoistą rolę pełni tutaj Centrum e-Zdrowia i działający przy nim jeden z trzech w Polsce Zespół Reagowania na Incydenty Bezpieczeństwa Komputerowego (CSIRT CeZ). Mamy też kilka regulacji prawnych, dotyczących tego zagadnienia, których muszą przestrzegać instytucje medyczne. Te ostatnie szykują się również do wdrażania rozwiązań zapewniających spełnienie wymogów z wchodzącej właśnie w życie dyrektywy NIS2. Natomiast w kontekście cyberbezpieczeństwa największa praca jest do wykonania na niższym pozio-

Istnieją pewne reguły, których trzeba przestrzegać, tak samo jak tego, że nie należy dwa razy używać tej samej igły

mie, w mniejszych placówkach i wśród personelu medycznego. Należy tu dwukierunkowo prowadzić szkolenia – zarówno w kwestiach merytorycznych, a więc co do świadomości rodzajów zagrożeń, jak i w zakresie reguł przestrzegania cyberhigieny. W przypadku personelu medycznego będzie prościej – istnieją pewne reguły, których trzeba przestrzegać, tak samo jak tego, że nie należy dwa razy używać tej samej igły.

## **J**ak powinien być wyznaczony zakres odpowiedzialności za bezpieczeństwo pomiędzy placówką medyczną z personelem?

Zazwyczaj regulacje takie dotyczą kierownika danej jednostki. To one określają jego odpowiedzialność za wystąpienie incydentów cyberbezpieczeństwa, najczęściej związanych

z wyciekiem danych czy użyciem nieautoryzowanego dostępu. I raczej to się nie zmieni ze względu na olbrzymi deficyt profesjonalnego personelu medycznego. Dyrektorzy placówek nie ryzykują przenoszenia pełnej odpowiedzialności na pracowników w kontraktach czy umowach o pracę, bo wiedzą, że nie spotyka się to z dobrym odbiorem. Natomiast obie strony mają pewne obowiązki – zarząd placówki musi dbać o to, aby dział IT wdrożył jak najlepsze systemy ochronne i procedury bezpieczeństwa, zaś personel powinien uczestniczyć w szkoleniach, aby wyrobić sobie dobre nawyki w ramach codziennej cyberhigieny.

## **J**aka jest dostępność tego typu szkoleń i jak wygląda kwestia obowiązku uczestniczenia w nich?

Takich szkoleń organizowanych jest coraz więcej, także w formie webinarów w ofercie Centralnego Ośrodka Badań, Innowacji i Kształcenia Naczelnej Izby Lekarskiej (COBIK NIL), czy w ramach cyklu Wtorki z Innowacjami NIL IN. Ich tematyka dotyczy m.in. ochrony danych osobowych, cyberbezpieczeństwa czy sztucznej inteligencji. Natomiast uczestniczenie w nich nie jest obowiązkowe. Tą tematyką interesują się raczej świadomi dyrektorzy jednostek lub osoby przez nich delegowane, zarządzające jakością szpitala albo jego bezpieczeństwem. Wiem natomiast, że takie szkolenia mają duży potencjał. Kiedyś, gdy prowadziłem jeden z podmiotów medycznych, sam organizowałem takie szkolenia dla swoich lekarzy. Często byli zaskoczeni prezentowanymi treściami, ale równocześnie wyrażali zadowolenie, że zostały im przedstawione.

***W Polsce mamy różne ustawy, które fragmentarycznie dotykają kwestii cyberbezpieczeństwa w placówkach medycznych, ale nie ma jednej – branżowej. Czy powinien powstać taki akt***

## NOWE TECHNOLOGIE

# Powinniśmy wspierać możliwość zdalnej pracy

KRZYSZTOF JAKUBIK  
DZIENNIKARZ

Telepraca jest dziś jednym z najważniejszych trendów w medycynie, a biorąc pod uwagę wyzwania związane z dostępnością lekarzy i ograniczonym czasem ich pracy, nie powinniśmy z tym zjawiskiem walczyć, a je wspierać – mówi **ŁUKASZ SOSNOWSKI**, partner operacyjny Sieci Lekarzy Innowatorów przy Naczelnej Izbie Lekarskiej.

## **prawni, na wzór amerykańskiej ustawy HIPAA?**

Nie sądzę, aby w automatyczny sposób przyczyniło się do poprawy sytuacji dotyczącej zgodności polskich podmiotów medycznych z regulacjami prawnymi. Rzeczywiście, już w tej chwili mamy ich sporo, natomiast trzeba pamiętać, że sama obecność przepisu prawnego nie zmienia rzeczywistości, jeśli podmioty medyczne się do niego nie zastosują. Jeżeli doprowadzilibyśmy do sytuacji, w której 95 proc. polskich placówek byłoby w pełni zgodnych z ustawą o krajowym systemie cyberbezpieczeństwa czy NIS2, mielibyśmy do czynienia z niemal idealną sytuacją.

**W komercyjnych przedsiębiorstwach jako jeden z problemów związanych z cyberbezpieczeństwem wskazywane jest dopuszczenie do podłączania do firmowej sieci prywatnych cyfrowych urządzeń, jak laptopy, tablety czy smartfony, co do których istnieje ryzyko, że mogą być zarażone złośliwym kodem. Czy taką możliwość mają lub powinni mieć lekarze i pielęgniarki?**

To zależy od rodzaju placówki. W małej poradni, która pracuje na chmurowym systemie gabinetowym, będzie raczej



fot.: archiwum prywatne

▲ **Łukasz Sosnowski** jest odpowiedzialny za propagowanie i wspieranie nielekowych innowacji związanych z nowoczesnymi technologiami i cyberbezpieczeństwem

normalną sytuacją, że lekarze przychodzą z własnym sprzętem. Oczywiście, powinien być on odpowiednio zabezpieczony, zablokowany hasłem, mieć

włączone szyfrowanie danych, zainstalowanego antywirusa i zaktualizowane oprogramowanie. Natomiast w dużych organizacjach problem ten raczej nie występuje, ponieważ tam dostęp jest możliwy wyłącznie z odpowiednio zabezpieczonych urządzeń będących na wyposażeniu placówki.

Na to zagadnienie można spojrzeć z jeszcze innej strony. Obecnie istnieją możliwości techniczne, aby lekarze dużą część swojej pracy wykonywali zdalnie, np. opisywali wyniki badań. Telepraca jest dziś jednym z najważniejszych trendów w medycynie, a biorąc pod uwagę wyzwania związane z dostępnością lekarzy i ograniczonym czasem ich pracy, nie powinniśmy z tym zjawiskiem walczyć, a wręcz je wspierać. Dlatego warto zachęcać działy IT placówek, aby wypracowały optymalne procesy uzyskiwania bezpiecznego zdalnego dostępu do infrastruktury szpitalnej, systematycznie prowadziły szkolenia oraz korzystały z usług weryfikujących ogólny poziom bezpieczeństwa. Będzie to korzystne dla wszystkich – zarówno placówek, jak też lekarzy i pacjentów. ●

NIL NA SZYBKO

# Dowiezione obietnice

Minister zdrowia polecił wycofać kary nałożone na lekarzy za nienależną refundację mleka dla dzieci, a jesienią będą kolejne ważne zmiany. Ruszyły też prace w resorcie sprawiedliwości nad no fault. Pozostaje tylko trzymać kciuki.

JAKUB KOSIKOWSKI  
RZECZNIK NACZELNEJ IZBY  
LEKARSKIEJ



**T**o koniec sporu o kary za nienależną refundację mleka dla dzieci z nietolerancją pokarmową. Pani minister Leszczyna poleciła NFZ wycofać kary nałożone na lekarzy. NeocateGate po dwóch latach staje się przeszłością. Przez ten czas Ministerstwo Zdrowia nie było skłonne przyznać nam racji – przeważały opinie zespołu ekspertów powołanych przez NIL. Po analizie dokumentacji pacjentów eksperci potwierdzili na piśmie, że działanie lekarzy było zgodne z aktualną wiedzą i interesem najmłodszych pacjentów.

Jesienią zostaną zniesione ostrzeżenia dotyczące recept DZ i S. W skrócie – będzie mógł je wypisać każdy lekarz, niezależnie od miejsca zatrudnienia i tego, czy jest ono prywatne, czy „na NFZ”.

Również wczesną jesienią ma się pojawić prawny zakaz wystawiania części leków z listy narkotycznych i psychotropowych w teleporadach. Obecnie na wspomnianej liście jest fentanyl, oksykodon, morfina i „medyczna marihuana”. Czyli marihuanomaty mogą już przeprofilowować działalność. Pytanie, czy ma to sens, skoro padła również deklaracja, że receptomaty zostaną

zdelegalizowane w kolejnym kroku. Jak? Opracowywany jest standard teleporady, który będzie obowiązywał zarówno podmioty „na NFZ”, jak i prywatne. Koniec handlu receptami na zasadzie – poproszę tramadol, przelew, kod.

Jest deklaracja Ministerstwa Zdrowia odchodzenia od bazy pytań do LEK. Czy to będzie przewlekła redukcja, czy szybkie chirurgiczne cięcie – to się jeszcze okaże. Doczekaliśmy się ePWZ w mObywatelu. Na razie nie ma zbyt wielu funkcjonalności, ale początkowo nie miał ich też e-Dowód. Docelowo ma nas m.in. zabezpieczyć przed kradzieżą certyfikatów ZUS i ułatwić podpisywanie dokumentów.

Nie chcę zapeszać, ale mamy potwierdzenie z Ministerstwa Sprawiedliwości, że klauzula wyższego dobra zwana no-fault „się pisze”. I jest polityczna zgoda na jej wprowadzenie. W wewnętrznych betatestach Ministerstwa Zdrowia jest też system automatycznej refundacji, a samo ministerstwo zapewnia, że zostanie to dowiedzione.

Za te dwa ostatnie punkty pozostaje nam trzymać kciuki.

Ps. Zapraszam na Igrzyska Lekarskie!

O TYM SIĘ MÓWI

## (Nie)należna refundacja

**W** sposób symboliczny dzisiaj wygrywają pacjenci, bo okazuje się, że ich potrzeby medyczne są ważniejsze niż czasem bezduszne zapisy prawne. To jest kolejny krok na naszej drodze do tego, żeby nikt nigdy za ratowanie życia i zdrowia nie był karany” – powiedział prezes Naczelnej Rady Lekarskiej Łukasz Jankowski podczas wspólnej konferencji z minister zdrowia Izabelą Leszczyną, dotyczącej m.in. wycofania roszczeń wobec niesłusznie ukaranych lekarzy za tzw. nienależną refundację. To przełom w sprawie – NIL wspiera w niej lekarzy, na których NFZ nałożył kary.

## Spotkanie z ministrem

**N**a ostatnim spotkaniu prezesa NRL z ministrem sprawiedliwości Adamem Bodnarem omawiano dalszą współpracę w celu wprowadzenia do polskiego systemu ochrony zdrowia rozwiązań, które mają zminimalizować skutki błędów medycznych bez konieczności obwiniania konkretnych osób. Samorząd lekarski zaproponował zmiany w przepisach Kodeksu karnego, określając je jako „klauzulę wyższego dobra”. „Pierwszy etap prac nad nowymi regulacjami jest w toku i ma być zakończony we wrześniu. Zgodnie z postulatem samorządu lekarskiego z systemu prokuratorskiego znikają specjalne wydziały zajmujące się sprawami błędów medycznych w prokuraturach regionalnych” – wyjaśnia Łukasz Jankowski.

## Cyfryzacja w ochronie zdrowia

**N**aczelna Rada Lekarska wraz z Agencją Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji zainaugurowała współpracę w celu organizacji wspólnych projektów szkoleniowych dla lekarzy. „Podpisujemy to porozumienie w bardzo dobrym momencie, bo przygotowujemy się do prezydencji Polski w UE i w wielu gremiach rozmawiamy o innowacjach medycznych i o tym, czym my jako Polacy mogliśmy się pochwalić. Zdecydowanie jest to cyfryzacja, a my w Naczelnej Izbie Lekarskiej posiadamy

Sieć Lekarzy Innowatorów NIL-IN, której inicjatorem jest dr Artur Drobnia. Chcemy się uczyć i szkolić, aby nasze pilotaże i wdrożenia były na jak najlepszym poziomie” – podkreślał szef samorządu lekarskiego podczas uroczystej inauguracji.

## Bezpieczeństwo lekowe pacjentów

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej podziela pogląd, że należy pilnie podjąć dyskusję na temat możliwości wzmocnienia produkcji leków i substancji czynnych w Polsce – czytamy w stanowisku PNRL. Jak argumentuje Damian Patecki, członek prezydium i przewodniczący Komisji Kształcenia Medycznego NRL: „Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej uważa bezpieczeństwo lekowe polskich pacjentów za kluczowe. Nasz apel ma na celu przeciwdziałanie potencjalnym zagrożeniom”.

## Konferencja Młodych Lekarzy

Jak co roku młodzi lekarze spotkali się na przełomie czerwca i lipca podczas XXXI Ogólnopolskiej Konferencji Młodych Lekarzy. „Cieszy fakt, że w tym roku spotkaliśmy się w siedzibie Bydgoskiej Izby Lekarskiej. To ważne, by nasza konferencja odbywała się w różnych miejscach na mapie samorządu lekarskiego w Polsce, ponieważ stwarza to młodym lekarzom okazję do wymiany doświadczeń” – zaznaczył Paweł Doczekalski, przewodniczący Komisji Młodych Lekarzy i organizator corocznego wydarzenia. „Konferencja jest okazją do analizy aktualnego stanu systemu ochrony zdrowia w Polsce oraz jakości kształcenia lekarzy i lekarzy dentyistów w różnych aspektach. Eksperti skupili się na kolejnych etapach aktywności zawodowej lekarzy oraz ich doskonaleniu zawodowym” – dodał prezes ORL Bydgoskiej Izby Lekarskiej Aleksandra Śremska.

## Taka pensja, jakie kwalifikacje

Naczelna Rada Lekarska odniosła się do regulacji wprowadzających zmiany w wysokości wynagrodzeń

pracowników systemu ochrony zdrowia. Samorząd lekarski zwraca uwagę, że konsekwencją braku proporcjonalnego wzrostu płacy lekarzy specjalistów w stosunku do lekarzy w trakcie specjalizacji będzie pogłębienie procesu ich rezygnacji z prowadzenia szkolenia. Naczelna Rada Lekarska postuluje także, aby w związku ze zwiększeniem wysokości wynagrodzenia lekarzy odbywających specjalizację w trybie rezydentury odpowiedniemu zwiększeniu uległa również kwota dodatku do wynagrodzenia dla kierownika specjalizacji, która od 2021 r. nie była waloryzowana.

### MÓWIĄ O NAS

## Receptomaty

Jesienią procedowane ma być rozporządzenie uniemożliwiające wydawanie recept na opioidy przez receptomaty – zapowiedziała minister zdrowia Izabela Leszczyna. Przekazała, że rozporządzenie dotyczące preskrypcji leków opioidowych (psychotropowych i narkotycznych) jest już po prekonsultacjach, m.in. z Naczelną Izbą Lekarską i ze środowiskiem lekarzy. „Samorząd lekarski jest przeciwnikiem sytuacji, w której tylko na przykład lekarz POZ byłby uprawniony do kontynuacji przepisywania recept na opioidy. Chcielibyśmy, żeby wszyscy lekarze byli uprawnieni” – wyjaśnia prezes NRL Łukasz Jankowski, cytowany przez portal Termedia.

## Klauzula wyższego dobra

W niewielu zawodach jest tak, że od sprawnego działania zależy to, czy komuś się uratuje życie. Ale pojawia się rzecz, do której tak naprawdę nie jesteśmy przygotowani i której nie bierzemy pod uwagę, a mianowicie ogrom pracy, który powoduje, że właściwie cały czas w szpitalach działa się troszkę w biegu (...). Najbardziej to widać na takich oddziałach, jak np. szpitalne oddziały ratunkowe. To pociąga za sobą to, że lekarz po pracy, po dyżurze, wynosi ze sobą z pracy ten stres psychiczny, to

zdemerowanie. Zaczyna się czuć dyskomfort, zaczyna się nie lubić chodzenia do własnej pracy, co może być najgorsze. No i zaczyna się szukać rozwiązania. I najczęściej tym rozwiązaniem, jest właśnie ucieczka z publicznych szpitali. I gdzie największe jest ryzyko popełnienia błędu” – podkreśla wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej Klaudiusz Komor w rozmowie dotyczącej potrzeby wprowadzenia klauzuli wyższego dobra na antenie Polsat News.

## Wypalenie zawodowe

Dla serwisu „Gazety Prawnej” o wypalaniu zawodowym lekarzy mówił wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej Mateusz Kowalczyk. „To, co stanowi istotny problem, to fakt, iż nasz system nie proponuje lekarzom żadnego wsparcia, rozwiązania dla grupy zawodowej lekarzy. Samorząd zawodowy próbuje wziąć to na siebie. Borykamy się z tym, że osoby wykonujące zawód psychiatry nie są uważane za lekarzy. Psychiatria jest spychana na margines. (...) Dopiero w ostatnich latach wykonałmiśmy ogromną pracę – częściowo to media ją wykonały, odczarowując stygmat choroby psychicznej i szukania pomocy”.

## Specjalizacje w stomatologii

Portal Infodent24.pl cytował słowa Pawła Baruchy, wiceprezesa NRL i przewodniczącego Komisji Stomatologicznej NRL, dotyczące specjalizacji w stomatologii. „System zdobywania specjalizacji niewątpliwie wymaga poprawy. Potrzeba również więcej miejsc rezydentkich. Kierownicy specjalizacji powinni być sowicie wynagradzani za dzielenie się swoim doświadczeniem, wiedzą i cennym czasem. Najprościej jest wspomóc uczelnie medyczne. Przekazać wystarczające środki do sfinansowania nowych kadr i miejsc dla przyszłych specjalistów. Trwająca właśnie dyskusja o szkolnictwie jasno pokazała, że nie da się wykształcić przyszłych lekarzy bez udziału specjalistycznej kadry” – zauważył wiceprezes NRL.

## SAMORZĄD ZAWODOWY

# Liczy się bezpieczeństwo pacjentów

LUCYNA KRYSIAK  
DZIENNIKARKA

Lekarze powinni znać skład i działanie leków oraz wyrobów medycznych, aby móc ocenić nie tylko ich skuteczność, ale także potencjalne zagrożenie wynikające z działań niepożądanych – mówi **GRZEGORZ CESSAK**, prezes Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych.

**J**aki jest stan wiedzy lekarzy i lekarzy dentyistów na temat produktów leczniczych, biobójczych czy wyrobów medycznych i zasad postępowania z nimi?

Lekarze i lekarze dentyści zdobywają wiedzę na temat produktów leczniczych, wyrobów medycznych i produktów biobójczych w trakcie studiów, jednak w zależności od programu informacje te mogą się różnić w szczegółach. Stąd konieczność ciągłej weryfikacji nowo otwartych szkół kształcących na kierunku lekarskim, inwestowanie w laboratoria i prosekatoria, rozwijanie zawodów okołomedycznych służących odciążeniu lekarza, który jest najdroższym elementem systemu. Chodzi o to, by edukacja na każdej uczelni kształcącej medyków spełniała wysokie standardy. Dla lekarzy i lekarzy dentyistów organizowane są kursy i szkolenia doskonalące, także w zakresie aktualizacji wiedzy na temat leków, wyrobów medycznych czy zasad ich stosowania, co ma kluczowe znaczenie dla skuteczności i bezpieczeństwa terapii. Lekarze mogą jednak napotykać problemy związane z uzyskaniem aktualnych i rzetelnych informacji, a niepełna znajomość przepisów i regulacji może utrudniać ich stosowanie w praktyce. Istnieje więc coraz większa potrzeba szerszego udostępniania informacji dla lekarzy i lekarzy dentyistów.

**Dlaczego tak istotne są te informacje?**

Z kilku powodów. Przede wszystkim chodzi o bezpieczeństwo pacjentów. Lekarze

► Lekarze powinni czerpać ze zweryfikowanych źródeł informacji – uważa Grzegorz Cessak

for.: archiwum prywatne



powinni znać skład i działanie leków oraz wyrobów medycznych, aby móc ocenić nie tylko ich skuteczność, ale także potencjalne zagrożenie wynikające z działań niepożądanych i interakcji między różnymi substancjami, dzięki czemu można minimalizować ryzyko ich wystąpienia. Równie ważne są zasady stosowania produktów leczniczych. Wiedzę na ten temat lekarze powinni czerpać z niezależnych i zweryfikowanych źródeł informacji i opierać się na takich dokumentach, jak charakterystyka produktu leczniczego i instrukcja dla użytkownika wyrobu medycznego. Istotna jest również ciągła aktualizacja wiedzy medycznej. Przemysł farmaceutyczny i rynek wyrobów medycznych dynamicznie się rozwijają. Lekarze muszą być na bieżąco.

**A inne aspekty?**

Jest ich kilka. Lekarzy obowiązuje bezwzględne przestrzeganie regulacji prawnych dotyczących stosowania leków czy wyrobów medycznych. Ważna jest także edukacja pacjentów, których lekarze codziennie informują o dostępnych opcjach terapeutycznych, w tym o odpowiednich produktach leczniczych i ich zastosowaniu. Umiejętność przekazywania rzetelnych informacji jest priorytetowa dla budowania zaufania pacjenta i wspierania jego decyzji odnośnie leczenia.

Kolejnym aspektem jest umiejętność zarządzania praktyką lekarską. W przypadku leków i wyrobów medycznych lekarze muszą mieć wiedzę dotyczącą ich przechowywania, wydawania oraz prowadzenia dokumentacji, co jest decydujące dla efektywnego zarządzania praktyką oraz dla zapewnienia ciągłości opieki nad pacjentami. Nie mniej ważny aspekt to odpowiedzialność profesjonalna. Zaden wykonywany zawód nie jest wolny od błędów. Kompletna wiedza na temat produktów leczniczych lub wyrobów medycznych może uchronić lekarzy przed odpowiedzialnością.

**Naczelna Izba Lekarska i Urząd Rejestracji Produktów Leczniczych 13 sierpnia podpisały porozumienie o współpracy w zakresie kształcenia i edukacji. Jak zrodziła się ta inicjatywa?**

Pomysł zrodził się zaledwie kilka tygodni temu. Jestem przekonany, że nasza współpraca będzie długotrwała i owocna. Organizowanie wspólnie z NIL szkoleń dla lekarzy i lekarzy dentyistów, prowadzenie badań i analiz oraz połączonych przedsięwzięć edukacyjno-wydawniczych dobrze rokuje na przyszłość. Jako partner NIL zobowiązaliśmy się do opracowania programu szkoleń, zapewnienia wykładców o odpowiednich kwalifikacjach i wsparcia działań NIL w zakresie prowadzenia badań i analiz. Chcemy, by w naszych czynnościach edukacyjnych pojawił się temat zgłaszania przez lekarzy działań niepożądanych leków czy też monitorowania bezpieczeństwa stosowania produktów leczniczych. Wierzę, że działania te przyczynią się do aktualizacji wiedzy dotyczącej bezpieczeństwa leków. ●



# Nowy kalendarz szkoleń Ośrodka Kształcenia NIL w sesji jesienno-zimowej już dostępny!

Przygotowaliśmy ponad 100 szkoleń:



on-line



warsztaty stacjonarne

Wszystkie wydarzenia edukacyjne są akredytowane, uczestnicy otrzymują punkty edukacyjne i certyfikaty.

Współpracujemy z towarzystwami naukowymi, instytucjami państwowymi, uczelniami wyższymi oraz ekspertami w swoich dziedzinach.

## Oferta szkoleń we wrześniu 2024 r.:

<b>16.09.2024</b>	<i>Czynniki ryzyka i mechanizmy wypalenia zawodowego wśród lekarzy i lekarzy dentystów.</i>
<b>17.09.2024</b>	<i>Prawo autorskie w publikacjach naukowych z zakresu medycyny.</i>
<b>18.09.2024</b>	<i>Opieka nad pacjentem po usunięciu krtani - rehabilitacja głosowa i oddechowa.</i>
<b>18.09.2024</b>	<i>Jak słowa leczą i jak ka-leczą? O roli komunikacji lekarzy z pacjentami.</i>
<b>19.09.2024</b>	<i>Czas pracy lekarza/ lekarza dentysty i dyżury medyczne.</i>
<b>20.09.2024</b>	<i>Ochrona Radiologiczna Pacjenta - zakres LST.*</i>
<b>20.09.2024</b>	<i>Glukometr i CGM - co dla kogo i dlaczego.</i>
<b>23.09.2024</b>	<i>Lekarz jako pokrzywdzony przestępstwem.</i>
<b>23.09.2024</b>	<i>Skuteczne Zarządzanie Projektami w Służbie Zdrowia.</i>
<b>24.09.2024</b>	<i>Fotowrażliwość, Autoimmunologiczne nodo-paranodopatie</i>
<b>24.09.2024</b>	<i>Wytyczne do programów pilotażowych - AOTMiT - przygotowanie i ewaluacja.</i>
<b>25.09.2024</b>	<i>Zarządzanie własną karierą przez lekarza.</i>
<b>26.09.2024</b>	<i>Sepsa. Współczesne zagrożenie epidemiologiczne.</i>
<b>26.09.2024</b>	<i>Jak diagnozować współcześnie chorych z niewydolnością serca?</i>
<b>27-29.09.2024</b>	<i>Radzenie sobie z lękiem, stresem i budowanie odporności psychicznej.*</i>
<b>30.09.2024</b>	<i>Otyłość populacji pediatrycznej. Farmakoterapia.</i>
<b>30.09.2024</b>	<i>Leczenie bólu w opiece paliatywnej.</i>

\*szkolenia stacjonarne

Nasze szkolenia to nie tylko teoria, ale i praktyka – prowadzone przez doświadczonych ekspertów, którzy dzielą się wiedzą opartą na realnych przypadkach z ich codziennej pracy.

Zapisy na szkolenia:

[www.nil.org.pl/dla-lekarzy/kursy-i-szkolenia](http://www.nil.org.pl/dla-lekarzy/kursy-i-szkolenia)



[szkolenia@nil.org.pl](mailto:szkolenia@nil.org.pl)



(22) 59 13 00 wew. 507



PAWEŁ DOCZEKALSKI  
REDAKTOR NACZELNY

**UCHWAŁA NR 17/24/IX  
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ  
Z 28 CZERWCA 2024 R.**

w sprawie powołania Redaktora  
Naczelnego Gazety Lekarskiej

Na podstawie art. 39 ust. 1 pkt 18 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2021 r. poz. 1342) w związku z § 6 ust. 2 uchwały nr 36/18/VIII Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 14 grudnia 2018 r. w sprawie zasad wydawania Gazety Lekarskiej i Biuletynu Naczelnej Izby Lekarskiej, uchwała się, co następuje:

**§ 1.**

Powołuje się Pana Piotra Kościelniaka na stanowisko Redaktora Naczelnego Gazety Lekarskiej.

**§ 2.**

Traci moc uchwała nr 12/24/IX Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 26 kwietnia 2024 r. w sprawie powołania Redaktora Naczelnego Gazety Lekarskiej.

**§ 3.**

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ                      WICEPREZES  
*Grzegorz Wrona                      Klaudiusz Komor*

**UCHWAŁA NR 18/24/IX  
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ  
Z 28 CZERWCA 2024 R.**

zmieniającą uchwałę w sprawie powołania Rady Ekspertów Naczelnej Izby Lekarskiej

Na podstawie art. 39 ust. 1 pkt 6 i 13 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2021 r. poz. 1342), uchwała się, co następuje:

**§ 1.**

W uchwale nr 37/22/IX Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 2 września 2022 r. w sprawie powołania Rady Ekspertów Naczelnej Izby Lekarskiej, zmienionej uchwałą nr 1/23/IX Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 27 stycznia 2023 r. w § 2 dodaje się prof. Dawida Larysza.

**§ 2.**

Przyjmuje się tekst jednolity uchwały nr 37/22/IX Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 2 września 2022 r. w sprawie

powołania Rady Ekspertów Naczelnej Izby Lekarskiej w brzmieniu stanowiącym załącznik do niniejszej uchwały.

**§ 3.**

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ                      WICEPREZES  
*Grzegorz Wrona                      Klaudiusz Komor*

**UCHWAŁA NR 19/24/IX  
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ  
Z 28 CZERWCA 2024 R.**

zmieniającą uchwałę w sprawie składu Komisji ds. Egzaminów z Języka Polskiego dla Lekarzy Cudzoziemców Naczelnej Rady Lekarskiej

a podstawie art. 39 ust. 1 pkt 6 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2021 r. poz. 1342), art. 7 ust. 6a ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz. U. z 2023 r. poz. 1516) oraz § 4 ust. 1 i 2 Zasad i trybu powoływania komisji i zespołów Naczelnej Rady Lekarskiej oraz regulaminu ich działania, stanowiących załącznik do uchwały Nr 18/16/VII Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 2 września 2016 r. w sprawie zasad i trybu powoływania komisji i zespołów Naczelnej Rady Lekarskiej oraz regulaminu ich działania uchwała się, co następuje:

**§ 1.**

W § 1 uchwały Nr 31/22/IX Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 2 września 2022 r. w sprawie składu Komisji ds. Egzaminów z Języka Polskiego dla Lekarzy Cudzoziemców Naczelnej Rady Lekarskiej dodaje się punkty 20 i 21 o brzmieniu:  
„20) Agnieszka Gałkowska;  
21) Marianna Lutomska.”.

**§ 2.**

Nadzór nad realizacją uchwały powierza się członkowi Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej Dariuszowi Samborskiemu.

**§ 3.**

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ                      WICEPREZES  
*Grzegorz Wrona                      Klaudiusz Komor*

**UCHWAŁA NR 20/24/IX  
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ  
Z 28 CZERWCA 2024 R.**

zmieniającą uchwałę w sprawie upoważnienia Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej

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

**§ 1.**

W §1 Uchwały Nr 17/22/IX Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 3 czerwca 2022 r. w sprawie upoważnienia Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej wprowadza się następującą zmianę: – po słowie „netto” wpisuje się „w okresie jednego miesiąca”.

**§ 2.**

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ                      WICEPREZES  
*Grzegorz Wrona                      Klaudiusz Komor*

**UCHWAŁA NR 21/24/IX  
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ  
Z 28 CZERWCA 2024 R.**

zmieniającą uchwałę w sprawie budżetu Naczelnej Izby Lekarskiej na rok 2024

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

**§ 1.**

W uchwale Nr 2/24/IX Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 26 stycznia 2024 r. w sprawie budżetu Naczelnej Izby Lekarskiej na rok 2024 załącznik otrzymuje brzmienie

jak w treści załącznika do niniejszej uchwały.

### § 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

## UZASADNIENIE

Zwiększone wydatki Nadzwyczajnego XVI Krajowego Zjazdu Lekarzy są wynikiem zakupu dodatkowych noclegów i usług gastronomicznych oraz innych wydatków związanych z obchodami 35 - lecia samorządu lekarskiego, które m.in. znalazły odzwierciedlenie w przychodach (np. sponsoring, reklamy w Gazecie Lekarskiej, refaktury za usługi hotelowe).

SEKRETARZ WICEPREZES  
Grzegorz Wrona Klaudiusz Komor

### UCHWAŁA NR 22/24/IX NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ Z 28 CZERWCA 2024 R.

w sprawie przeznaczenia środków na organizację szkolenia sądów lekarskich i rzeczników odpowiedzialności zawodowej

Na podstawie art. 39 ust. 1 pkt. 4 w zw. z art. 5 pkt 13 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 roku o izbach lekarskich (Dz.U. z 2021 r. poz. 1342) Naczelna Rada Lekarska uchwała, co następuje:

### § 1.

Przeznacza się kwotę do 500 tys. złotych brutto (słownie: pięćset tysięcy złotych) na organizację szkolenia sądów lekarskich i rzeczników odpowiedzialności zawodowej, które odbędzie się w dniach 18-20 października 2024 r. w Janowie Podlaskim. Szkolenie przewidziane jest dla członków Naczelnego Sądu Lekarskiego, okręgowych sądów lekarskich, Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej, okręgowych rzeczników odpowiedzialności zawodowej i ich zastępców oraz pracowników biur tych organów.

### § 2.

Środki na organizację szkolenia, o którym mowa w § 1, będą pochodziły w częściach równych z budżetu Naczelnego Sądu Lekarskiego oraz Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej.

### § 3.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ WICEPREZES  
Grzegorz Wrona Klaudiusz Komor

### UCHWAŁA NR 23/24/IX NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ Z 28 CZERWCA 2024 R.

w sprawie przeznaczenia dodatkowych środków na organizację Igrzysk Lekarskich w Cetniewie

Na podstawie art. 39 ust. 1 pkt. 4 w zw. z art. 5 pkt 13 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 roku o izbach lekarskich (Dz.U. z 2021 r. poz. 1342) Naczelna Rada Lekarska uchwała, co następuje:

### § 1.

Przeznacza się dodatkowe środki w kwocie do 50 tys. złotych brutto (słownie: pięćdziesiąt tysięcy złotych) na organizację Igrzysk Lekarskich, które odbędą się w dniach 4-7 września 2024 r. w Cetniewie.

### § 2.

Środki, o których mowa w § 1, będą pochodziły z rezerwy na dodatkowe wydatki organów, komisji i zespołów.

### § 3.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ WICEPREZES  
Grzegorz Wrona Klaudiusz Komor

### UCHWAŁA NR 24/24/IX NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ Z DNIA 28 CZERWCA 2024 R.

w sprawie organizacji posiedzenia Naczelnej Rady Lekarskiej poza siedzibą Naczelnej Izby Lekarskiej

Na podstawie art. 39 ust. 1 oraz art. 5 pkt 20 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2023 r. poz. 1234), uchwała się, co następuje:

### § 1.

Postanawia się zorganizować posiedzenie Naczelnej Rady Lekarskiej

w dniu 6 września 2024 r. w Cetniewie, w związku z odbywającymi się w tym czasie 21. Igrzyskami Lekarskimi.

### § 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ WICEPREZES  
Grzegorz Wrona Klaudiusz Komor

### STANOWISKO NR 3/24/IX NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ Z 28 CZERWCA 2024 R.

w sprawie wynagrodzeń lekarzy

Naczelna Rada Lekarska stwierdza z niepokojem, że regulacje wprowadzające zmiany w wysokości wynagrodzeń pracowników systemu ochrony zdrowia od 1 lipca 2024 r. niwelują różnice płacowe pomiędzy „nauczycielami” i „uczniami” w wielu specjalizacjach lekarzy i lekarzy dentyistów.

Samorząd lekarski zwraca uwagę, że konsekwencją braku proporcjonalnego wzrostu płacy lekarzy specjalistów, w stosunku do lekarzy w trakcie specjalizacji będzie pogłębienie procesu ich rezygnacji z prowadzenia szkolenia.

Wyrażając zadowolenie z podnoszenia wynagrodzenia lekarzy odbywających specjalizację w trybie rezydentury, uważamy, że ważnym elementem zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego Polaków jest właściwe kształtowanie polityki płacowej, w sposób adekwatny do posiadanych kwalifikacji.

Naczelna Rada Lekarska postuluje także, aby w związku ze zwiększeniem wysokości wynagrodzenia lekarzy odbywających specjalizację w trybie rezydentury odpowiedniemu zwiększeniu uległa również kwota dodatku do wynagrodzenia dla kierownika specjalizacji, która od 2021 r. nie była waloryzowana.

Przypominamy, że konsekwentnym postulatem samorządu lekarskiego jest trzykrotność średniej krajowej dla lekarza specjalisty.

SEKRETARZ WICEPREZES  
Grzegorz Wrona Klaudiusz Komor

EPIKRYZA (140)

# Rewizor. Komedia w pięciu aktach

Akcja sztuki odbywa się nie tylko w Rosji (...), ale w potwornym państwie, któremu na imię głupota – pisał o sztuce Mikołaj Gogol Julian Tuwim. Z kolei zmarły latem Jerzy Stuhr mówił zaledwie dekadę temu o strachu przed władzą i jej utratą jako głównym bohaterze swojej realizacji dla teatru telewizji. Czas płynie, zmieniają się pokolenia, a Horodniczy wciąż trzyma się mocno. Nie powinno więc dziwić, że widzom od 188 już lat śmiech grzęźnie w gardle, podczas niemej sceny finałowej.

**R**ecenzję z Teatru Dramatycznego w Warszawie mógłbym tym razem napisać wspólnie z Ryszardem Golańskim. Przypadkowe spotkania z przyjaciółmi bywają bardzo twórcze, a nasz redaktorski duet widział na rozlicznych scenach naprawdę dużo. Tym razem w sposób nieuzgodniony wcześniej w dzień gorącego lata obejrzelśmy „Rewizora” w reżyserii Jurija Murawickiego, którego premiera odbyła się w grudniu 2021 roku.

Akt 1. Dzieło ukraińskiego pisarza, choć dotychczas myślałem, że rosyjskiego, budziło kontrowersje już od pierwszego wystawienia w 1836 roku. Zdanie cara Mikołaja I: „Wszystkim się dostało, a mnie najwięcej”, dobitnie świadczyło o tym, jak wielki wpływ na ogląd rzeczywistości miała (czy ma nadal?) literatura. Twierdzenie, któremu nie potrafię przypisać autora, że „Polityk jest jak mucha, którą można zabić gazetą”, ma swoje źródło w gogolowskim monologu Horodniczego: „...znajdzie się jakiś gryzmoła gryziپیórek i do komedii cię wstawi... To najwięcej boli”.

Akt 2. Realizacja Murawickiego ma w mediach społecznościovych i recenzjach krytyków dużo dobrych opinii. Groteska wyrażona w strojach i sposobie gry aktorów poprowadzona jest konsekwentnie. Rozdźwięk słyhać jednak na widowni. Nie wszystkim to przerysowanie się podoba, ale współczesność mówi do nas coraz większymi literami i skrótami. Koturnowość władzy siedzącej za przydzielonym stołem i niespodziewana bezsilność dygnitarzy z bożej łaski wobec nic nierobiącego sobie z jej nadęcia wymagowanego rewizora bawią tylko ulotnie, by wtórnie przerazić mechanizmami zależności, donosicielstwa, wspólnych interesów i łajdactw. „Z czego się śmiejecie? Z siebie samych się śmiejecie!... Święte słowa, że kogo Pan Bóg chce ukarać, temu najpierw rozum odbiera!”

JAROSŁAW WANECKI  
PEDIATRA, FELIETONISTA



Akt 3. Ponad dwie dekady temu po raz pierwszy zobaczyłem Horodniczego na żywo. Krzysztof Gosztyła w Ateneum grał z Ewą Wiśniewską (żona) i Adamem Woronowiczem, jako Chlestakowem. Wcześniej zachwycałem się telewizyjną realizacją z Tadeuszem Łomnickim, Anną Seniuk i Piotrem Fronczewskim. W warszawskim Teatrze Dramatycznym okłaskiwany był Henryk Niebudek, doskonała Małgorzata Rożniatowska i Waldemar Barwiński. Jako legendarne w historii teatru polskiego zapisano kreacje Jana Kurnakowicza (1952) i Mariusza Dmochowskiego (1973), któremu w roli urzędnika z Petersburga partnerował Wojciech Pszoniak.

Akt 4. W prywatnym archiwum przechowuję program płockiej realizacji Marka Mokrowieckiego z brawurowymi rolami Marka Perepeczki, Grażyny Zielińskiej i Mariusza Pogonowskiego. Spektakl z 2005 roku obrósł szeptaną anegdotą repremierowego ekscesu. Była bodaj ostatkowa sobota. Na scenę wniesiono stół ze stosem pączków od znanej firmy cukierniczej. Ślina pociekła wszystkim, ale czas na jedzenie odłożono po przemówieniach polityków, którzy chcieli podziękować i jakby mimochodem podkreślić, że akurat ten spektakl w żadnej mierze nie był o nich. Wszak wzorcowo prowadzone są sprawy

oświatowe, fantastycznie rozwija się ochrona zdrowia, a wszystkie konkursy, przetargi i audyty są transparentne. Wiadomo! Głos zabierali więc kolejni wybrańcy demokracji, mijaly minuty, kwadrans pierwszy... i drugi. Aktorzy niecierpliwie przestępowali z nogi na nogę. Publika klaskała oszczędnie, by nie zachęcać do przedłużania samozachwytu luminarzy. A tymczasem ułożone równiutko pączki rosły w oczach wygłodniałych miłośników Melpomeny. I nagle Perepeczko/Horodniczy jak wielki tur zdecydowanym krokiem podszedł do stołu z drożdżowymi wypiekami i zaczął jeść. Bez umiaru. I wpychał w usta lukrowane słodkości z aktorką swadą. Jeden pączek za drugim. Sala zdębiała, a senator... mówił dalej i dopiero po chwili przerwał, gdy nie mógł już przekrzyczeć ryczącego śmiechu, który wybuchł z setek gardeł.

Akt 5. Spektakl Murawickiego ma dopisaną jedną scenę, bez wiedzy Gogola. Pościg za urzędnikiem wieńczy sukces. Tak, zemsta jest krwawa. Ale to przecież nie koniec, bo oto prawdziwy rewizor zaprasza do siebie.

*Mikołaj Gogol „Rewizor. Komedia w pięciu aktach”, reż. Jurij Murawicki, Teatr Dramatyczny, premiera 10 grudnia 2021 r.*

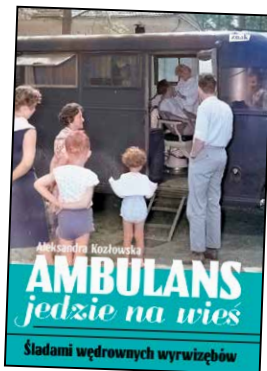
## PO GODZINACH – CZYTELNIĄ

# Objazdowy dentysta potrzebny od zaraz

LIDIA SULIKOWSKA

**S**tan uzębienia mieszkańców powojennej Polski pozostawiał wiele do życzenia, a dostęp do gabinetów stomatologicznych w tamtych czasach, szczególnie w słabo zurbanizowanych regionach, był równie szczyrbaty, co uśmiechy miejscowych. Lekarstwem miały być ruchome ambulanse dentystyczne, które wyruszały z pomocą w najdalsze zakątki kraju. Jak wyglądała praca wędrownych stomatologów?

Aleksandra Kozłowska w książce „Ambulans jedzie na wieś” przybliży wspomnienia swojej mamy i innych lekarzy dentystów, którzy mają za sobą takie doświadczenia. Autorka odwiedza najstarszych mieszkańców wsi, zagląda do szkół i na plebanie, poszukując tych, którzy mogą jeszcze pamiętać jej rodzicielkę i innych lekarzy z objazdowych gabinetów. Podróżników, którzy dla wielu byli jedyną szansą podreperowania nadszarpniętego próchnicą uśmiechu.



▲ Aleksandra Kozłowska, „Ambulans jedzie na wieś”, Spółeczny Instytut Wydawniczy Znak 2024

Tak poznajemy historię Teresy Radeckiej-Kozłowskiej, która kończy stomatologię w 1961 r. i jako świeżo upieczona dentystka ma problem ze znalezieniem posady. Decyduje się na pracę w ruchomym gabinecie dentystycznym. Ma borować i rwać zęby mieszkańcom wsi Warmii i Mazur. Rano dzieci, po południu dorośli. Jest ciężko, tęskni za domem, ale lubi te wędrowki i życie wśród lokalsów.

Z kolei Elżbieta Pajęczkowska zaczyna karierę w objazdowym ambulanse w 1956 r. Wbrew pozorom miejscem jej pracy nie jest wędrowny gabinet, ma zwyczajne skierowanie do pracy na wsiach. Jej środkiem lokomocji pomiędzy miejscowościami częściej jest wóz konny niż samochód, którym przemieszcza się z dentystycznym ekwipunkiem. Prowizoryczne gabinety musi urządzać w szkołach.

Hubert Poblöcki w wyuczony zawód wkracza podobną ścieżką. Dostaje przydział i rusza w podróż wojskowym autobusem z demobilu po Borach Tucholskich, Kociewiu i Kujawach. Warunki są trudne – nieustający brak prądu i dokuczliwe zimno nie ułatwiają codziennej praktyki.

Ta publikacja jest cennym świadectwem pracy, o której dziś już mało kto pamięta, dodatkowo okraszona solidną dawką historycznych ciekawostek stomatologicznych i regionalnych wykraczających poza czasy Polski Ludowej. Napisana z humorem, nadającym jej wyjątkowo lekki w odbiorze styl. ●

# Szerzej o języku

AGATA BRYK

**S**łowo to narzędzie niezbędne do zrozumienia rzeczywistości – tak jednym zdaniem można podsumować książkę Karoliny Serwickiej „Słowa”. Autorka poskreśla ich znaczenia jako klucza do otaczającego nas świata. Jednocześnie wychodzi poza encyklopedyczne definicje.

Każdy rozdział książki poświęcony jest innemu aspektowi życia i nauki, na które wpływ mają słowa. Zarówno te wypowiedziane, jak i niewypowiedziane. Autorka analizuje wpływ słów, m.in. na epigenetykę, cymatykę (kształt fal akustycznych) czy tożsamość. Zwraca także uwagę na świadomy dobór języka. Książka udowadnia nam, że „słowo to kod, słowo to klucz otwierający ceną szkatułę multiświatów”. Słowa są

częścią ludzkiej kultury, świadomości, języka i intencji.

Karolina Serwicka stara się przekonać czytelników, że nawet najmniejsze słowo jest afirmacją o wielkiej mocy. Utwór w niemal poetycki sposób skłania do przemyśleń nad naturą rzeczywistości. Autorka jednocześnie bardzo subtelnie motywuje do pracy nad sobą – metodą małych kroków. Korzystając z siły świadomości dobranych słów, możemy wzmacniać nasze prawdziwe „ja”. Przy pisaniu inspirowała się lekturami poruszającymi tematy, m.in.: świadomości, samorozwoju i równowagi życia.

Ta pozycja jest idealną lekturą dla osób, które cenią sobie głębokie refleksje i filozoficzne rozważania. Jeśli ktoś lubi zastanawiać się nad naturą

rzeczywistości, świadomości i ludzkiej egzystencji, to ta książka będzie inspirującym źródłem przemyśleń. ●



▲ Karolina Serwicka, „Słowa”, Pan Wydawca 2024

PO GODZINACH – PODRÓŻE

# Wilno jest jak magnes

MAŁGORZATA SOLECKA  
DZIENNIKARKA

Kto raz się zachwyci, nie może przestać wracać, a zachwycić się miastem położonym nad Wilią i Wilejką nie jest trudno. To wręcz, mówiąc między nami, banalne.

Liczne trasy spacerowe, długa lista zabytków, z czego niemal wszystkie to przecież dziedzictwo Rzeczypospolitej Obojga Narodów i trudnych lat rozbiorów. Miejsca, w których żyli i tworzyli polscy artyści, w których studiowali i wykładali luminarze polskiej nauki. Skojarzenia, które wynosimy ze szkoły, z lekcji polskiego i historii, a niektórzy ciągle z rodzinnych wspomnień, opowieści i albumów.

Ojczyzna to ziemia i groby – mówił wielki marszałek Ferdinand Foch. W Wilnie cmentarze, pomniki wspólnej, co nie znaczy zgodnej, przeszłości wznoszą się – w przenośni i dosłownie – ponad nią. Nie tylko Rossa z mauzoleum, gdzie pochowana jest „Matka i serce syna”, cmentarz, na który w długi majowy weekend ciągnęły kolumny polskich autokarów, ale też mniej znany cmentarz Bernardyński, jeszcze bardziej tajemniczy, z jeszcze bardziej omszałymi, chylącymi się ku ziemi pomnikami-grobami.

## NIE TYLKO CISZA I CMEN TARZE...

Wilno w ostatni długi majowy weekend odwiedzam po raz... nie pamiętam który. Może piąty? Szósty? Jeszcze nigdy nie było tak zielone – namacalny dowód zmian klimatycznych. Kilka lat temu po wyjątkowo zimnym kwietniu wileńskie drzewa i krzewy dopiero nieśmiało puszczały pąki, w tym roku miasto jest skąpane w zieleni, pachnie bzami i kwitnącymi, w zasadzie przekwitającymi już, drzewami owocowymi. Na Rossie na każdym kroku kipiąca życiem przyroda kontrastuje z chłodem granitu – nie może zabraknąć wizyty u Czarnego Anioła tylko jedną stopą trzymającego się ziemi, nagrobka Izy Salmonowiczówny. Ten pomnik to symbol nie tylko Rossy, ale i całego miasta – miejsce ikoniczne, obrosłe legendami.

Gdy młoda, pochodząca z zamożnej wileńskiej rodziny dziewczyna nagle zmarła, nie brakowało takich, którzy powtarzali plotki o nieszcześliwej miłości, a nawet tragicznie zakończonych zabawach z młodym niedźwiedziem. A to była po prostu wada serca.

Pod wpływem tej oszałamiającej wiosny uświadamiam sobie, że choć

Miasto nad Wilią jest jak wehikuł pozwalający na podróż w czasie świetności, ale i mroku

widziałam Wilno w różnych porach roku, w różnych miesiącach, kilkanaście razy, nigdy nie odwiedziłam go jesienią. Jakże pięknie musi wyglądać miasto otoczone pagórkami, teraz zielone, malachitowe wręcz, gdy liście zaczną mienić się żółcią i czerwienią... Wrzesień, październik (wczesny) wydają się idealną porą na krótki city break.

Ale Wilno to nie tylko nostalgia, cisza cmentarzy, zapach kościelnych krucht i oddech historii. Obok drewnianych chatek na Śnipiszkach, położonych dosłownie kwadrans spacerem od głównej arterii miasta, wyrosła dzielnica szklanych wieżowców. Nie warto zamykać się na współczesność, bo stolica Litwy z każdym rokiem pięknieje i poszerza swoją ofertę dla odwiedzających. Wilno to przede wszystkim tętniące życiem miasto, oferujące kompaktowość (600 tys. mieszkańców, w całej aglomeracji 800 tys.) i wszystkie

korzyści płynące ze statusu stolicy: sklepy luksusowych marek (na dobrą sprawę pod tym względem Wilno znacząco wyprzedziło Warszawę), modne kluby i bogatą ofertę hotelowo-gastronomiczną.

## PRZYGODA KULINARNA

Niepodobna być w Wilnie i nie zjeść kepta duona (smażonego chleba), najlepiej z serem (flagowa przekąska pod litewskie piwo, uchodzące za jedno z lepszych w tej części Europy). Koniecznie choć raz warto spróbować cepelinów czy innych przysmaków na bazie mąki, ziemniaków i mięsa, obowiązkowo w towarzystwie

## PRKTYCZNE INFORMACJE

Jak dotrzeć? Wygodnie – samochodem, szybko – samolotem. Inne opcje (autokar, pociąg) nie są zbyt przyjazne, zwłaszcza przy krótszych wyprawach. Kiedy? Nie ma złej pory na Wilno, choć niewątpliwie listopad i luty nie są dobrą opcją na pierwsze spotkanie. Z drugiej strony zima w Wilnie jest piękna. Za ile? Czasy, gdy Wilno i Litwa były dla Polaków tanie, bezpowrotnie minęły. Nie tylko dlatego, że Litwa jest w strefie euro. Koszt pobytu w Wilnie wynosi mniej więcej tyle, ile city break w Polsce. Poza Krakowem, bo ten jest droższy. Oczywiście, można podróżować taniej lub drożej.



fot.: pivebay.com

◀ Wilno nocą otwiera swój tajemniczy świat, gdzie historia spleta się z nowoczesnością

śmietany (tak, kuchnia litewska nie sprzyja tętnicom). W Wilnie odnajdą się też bez problemu wielbiciele ryb i owoców morza, a także osoby hołdujące diecie wegańskiej (lub po prostu dbające o balans na talerzu). Wyjątkową przygodą kulinarną będzie wizyta w Lokys, restauracji specjalizującej się w dziczyźnie („jak za czasów wielkich książąt litewskich” – reklamuje się Lokys), jeszcze większą – kolacja w Ertlio Namas, gdzie trzeba rezerwować stolik. W tym miejscu serwują prawdziwą kuchnię litewską, ale z rodowodem dworskim, wręcz pałacowym. Nie chłopską, mączno-ziemniaczaną, ale opartą na rybach, rakach, szlachetnym mięsie i warzywach. Sparowaną, rzecz jasna, z tym, co kryły dworskie i pałacowe piwnice. Życie jest piękne.

### ECHA WOJNY

Wilno AD 2024 nie pozwala jednak na całkowitą bez troskę. Na wszystkich budynkach publicznych powiewają nie tylko flagi Litwy i Unii Europejskiej (1 maja wspólnie świętowaliśmy przecież 20 lat w UE), ale też Ukrainy. – Wilno kocha Ukrainę – na autobusach miejskich ten napis pojawia się na zmianę z numerem i trasą linii. Luksusowy hotel w centrum miasta wśród najważniejszych gości na pierwszym miejscu wymienia prezydenta Ukrainy – Wołodymyr Zełenski zatrzymał się w nim z małżonką podczas ubiegłorocznego szczytu NATO. Po ponad

► W Wilnie bez problemu odnajdą się wielbiciele ryb i owoców morza, a także osoby hołdujące diecie wegańskiej

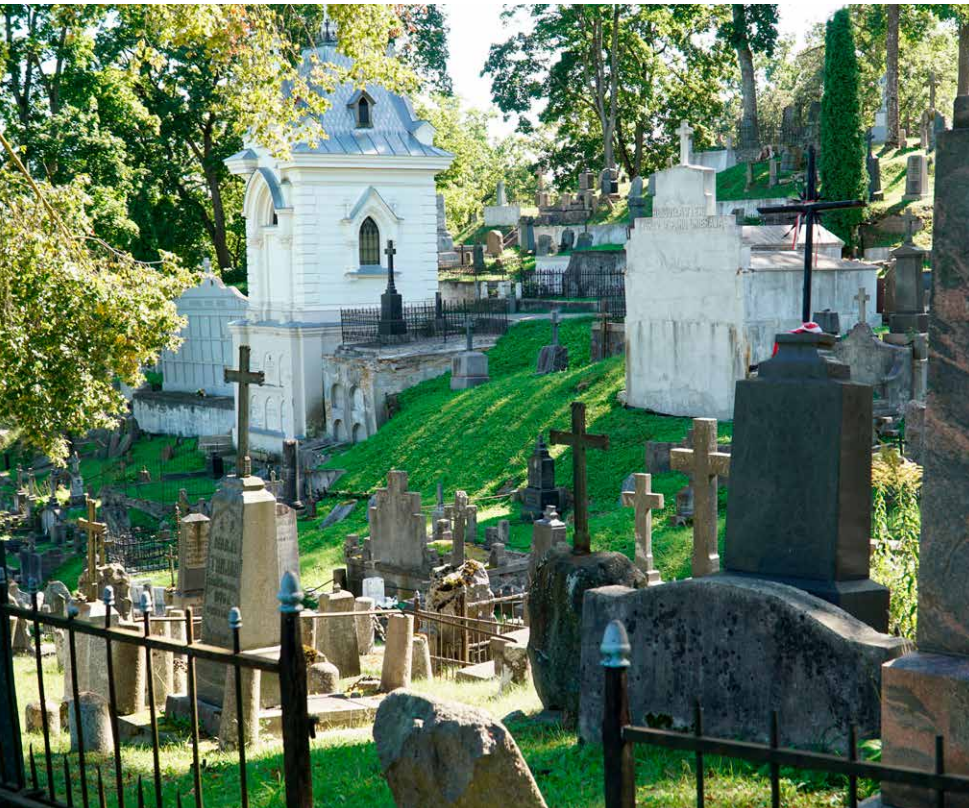


fot.: Małgorzata Solecka

dwóch latach pełnoskalowej wojny w Ukrainie oznak solidarności z ofiarami agresji jest o wiele więcej niż w Polsce – zapewne również dlatego, że i pamięć świeższa. Pod litewskim parlamentem ciągle można zobaczyć instalację upamiętniającą czternaście śmiertelnych ofiar ataku OMON ze stycznia 1991 r. Kilkaset metrów dalej pamięć budzi Muzeum Ofiar Ludobójstwa, zwyczajowo zwane muzeum KGB.

Miasto nad Wilią jest jak wehikuł pozwalający na podróż w czasie świetności, ale i mroku. Każę pamiętać o jasnych i ciemnych stronach historii. Pozwala cieszyć się chwilą, ale pozostawia świadomość, że nie musi ona wcale trwać wiecznie. ●

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



fot.: Shutterstock.com

▲ *Na Rossie na każdym kroku kipiąca życiem przyroda kontrastuje z chłodem granitu*



fot.: Shutterstock.com

◀ *Matce Boskiej Ostrobramskiej wilmianie zawdzięczają liczne cuda; interweniowała nie tylko podczas ważnych wydarzeń historycznych, ale też pochylała się nad osobistymi tragediami*

## POZA SZLAKIEM

Ostra Brama, cela Konrada, Rossa, Wzgórze Giedymina, Antokol... Tam prowadzą przewodniki. A gdyby tak zejść z głównych szlaków i:

- Przejechać przez kładkę dla pieszych przerzuconą nad Wilią wprost do dzielnicy Snipiszki, którą jeszcze niedawno można było pomylić nie tyle z przedmieściem, co po prostu wsią? Dziś małe, drewniane domki sąsiadują ze szklanymi wieżowcami i ich obecność część mieszkańców stolicy uważa za dowód rozwoju, część – za oznakę upadku miasta;

- Wpaść na belgijskie małże? Nic prostszego, Brussels Mussels Centrum (Vilnius g.) podaje w ulubionej postaci. Po sąsiedztwu można znaleźć też kilkanaście innych lokali (świetne Farmer & The Ocean), specjalizujących się w przeróżnych kuchniach. Głodny stąd nie wyjdzie nikt!
- Wysłuchać koncertu? Wilno ma swoją filharmonię, ale to niejedyne miejsce, gdzie można posłuchać dobrej, najczęściej klasycznej (choć nie tylko) muzyki. Koncerty odbywają się również w czynnych, odremontowanych lub remontowanych, kościołach. Szczególnie warto rozważyć odwiedzenie kościoła św. Kazimierza, okazałej barokowej świątyni, która do 1988 r. pełniła funkcję Muzeum Ateizmu, a w miejscu głównego ołtarza stał pomnik wodza rewolucyjnego Włodzimierza Lenina. W przywróconym już niemal do pełnej świetności kościele zdają się wybrzmiewać ostatnie słowa „Nie-Boskiej komedii” Zygmunta Krasieńskiego: Galilejczyku, zwyciężyłeś!

- Uciec na chwilę z miasta? Wilno nie męczy, ale okolice miasta też kuszą. Najbliżej są Troki, to akurat też główny szlak wycieczkowy, zwłaszcza podczas długich weekendów i latem trzeba się liczyć z tłumami. Tłumy nie docierają natomiast do położonego nieco dalej od Wilna (jeszcze 25 kilometrów i witamy się z Kownem) skansenu wsi litewskiej. Rumszyszki zdecydowanie warto odwiedzić między kwietniem a październikiem – wtedy jest najpiękniej (i na ogół – sucho). Obszar blisko 180 hektarów pozwala na eksplorację wszystkich historycznych krain Litwy (i pogranicza tego kraju) i stanowi świetne uzupełnienie perspektywy wileńskiej.



PO GODZINACH – PROZA

# Najpiękniejsza pora roku

(fragmenty)

KATARZYNA WIERZBICKA



fot.: materiały prasowe

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

Urodziła się i mieszka w Otwocku. W 1997 r. ukończyła II Wydział Lekarski Akademii Medycznej w Warszawie. Jest specjalistką z dziedziny chorób wewnętrznych. Od kilku lat pracuje w przychodni w Karczewie oraz zajmuje się pensjonariuszami domu opieki. Praca daje jej poczucie spełnienia. W 2022 roku obchodziła jubileusz 25-lecia pracy zawodowej. Po pracy najbardziej ceni spacer po lesie, dobrą książkę, muzykę i teatr. Wyszywa haftem krzyżykowym, co ją uspokaja i wycisza myśli. Kolekcjonuje zdjęcia drzew i anioły. Próby pisania wierszy podejmowała jeszcze na studiach, w okresie długiej rekonwalescencji po ciężkim wypadku samochodowym. Od kilku lat oprócz wierszy pisze czasem – w ramach relaksu i w celu zatrzymania ulotnych refleksji – opowiadania i bajki dla swoich dzieci. Należy do Unii Polskich Pisarzy Lekarzy. Laureatka konkursu „Przychodzi wena do lekarza” w 2020 roku w kategorii proza.

Zieleń zaczynała tak pięknie rozwijać się dookoła. Zmieniała szary świat po zimie, cieszyła nasze oczy, budziła radość i nadzieję. Najpiękniejsza pora roku. Tak mówiłaś. Sama wtedy stawałaś się jak Pani Wiosna – twój uśmiech był jak słońce, ruchy dłoni jak latające motyle. Rozkwitałaś.

Czekałyśmy na wiosenny bal. Pierwszy poważny bal. Taki trochę spóźniony półmetek studiów. U nas jakoś bardzo za połową. Wymyślałyśmy sukienki. Mnie wymarzyła się czarna w białe kropki, rozkloszowana. Ciocia pięknie mi uszyła tę sukienkę. Teraz wisiała w szafie – czekała na premierę. A my obie na bal.

W przerwach między zajęciami gdzieś biegałaś, wesoła i rozgadana. Śmiechem zarażałaś nawet ponuraków. Wszędzie było ciebie pełno. Zostawiałaś mi śmieszne liściki na serwetkach, na moich notatkach. Zawsze dbałaś, bym wiedziała, gdzie jesteś.

„Kaziu – kawa w bufecie. Ciacho! Twoja Lusiu”.

Kazia i Lusiu – to był nasz szczyt, nie pamiętam właściwie, kto to wymyślił.

Po zajęciach chodziliśmy do parku nasycić oczy wiosną. Pomarzyć. Posnuć się wśród alejek. Trochę obaw przed egzaminami, trochę codzienności przetykanej promieniami słońca przebijającymi przez liście drzew. A my z kulkami pysznych lodów, zagadane. Lody też jadłaś radośnie, całą sobą. Kapały ci czasem po dłoni, bo musiałaś wiele w międzyczasie opowiedzieć. Wracałyśmy do domu, planując naukę i omawiając romanse znajomych. Młodość uskrzydłona latała nad nami, śmiejąc się beztrudnie.

Nasz przyjaciel lubił robić zdjęcia. Kupił tajemnicze obiektywy – udawało się przez nie zrobić zdjęcie w ruchu, trzy ujęcia poklatkowe na jednej fotografii. W zwiewnej sukience tańczyłaś na scenie, a oko aparatu łapało twoje podskoki. Powstało piękne zdjęcie, ty w trzech postaciach: rozbieg – skok – taneczne lądowanie. Widzę twoją energię, radość, roztańczenie do dziś. I tę fotografię gdzieś w sobie noszę, pod powiekami, w moim

osobistym albumie. Ty roztańczona. Szczęśliwa. Poza czasem. W trzech postaciach, jakby ciebie jednej było za mało. Jakby właśnie ciebie wszędzie było pełno i ta jedna twoja postać była dla ciebie za ciasna. Roztroiłaś się zatem najpiękniej.

Pewnego dnia miałaś ze sobą kredki, zabrałaś na zajęcia. Potem nudząc się na wykładzie, namalowałaś mi na kartce piękne róże. Oprawiłam je w ramkę. Mam je do dziś, wiszą nad moim biurkiem.

Po zajęciach umówiliśmy się na wspólne robienie testów. Przywitałaś mnie uśmiechnięta, radosna, w papilotach na głowie. Czas nauki przepłatałaś czesaniem włosów, szykowaniem obiadu, krótkim koncertem na pianinie. Wymyślałaś, jaką zwariowaną ciotką będziesz kiedyś dla moich dzieci. Wieczorem wybierałaś się na spotkanie z przyjaciółmi, jakąś 35. potańcówkę. Na serwetce odcisnęłaś swoje usta pomalowane krwistoczerwoną szminką, napisałaś obok: „Ślij mojej miłości”.

\*\*\*

(...)

Zieleń już tak pięknie rozwinęła się wokoło. Najpiękniejsza pora roku. Tak mówiłaś...

A ja nie lubię kwietnia, zieleni też nie. Nie lubię snów, braku snu, bólu. Nie lubię bieli ścian szpitalnych, cieni koszarowców na suficie. Ani kobiet w czarnych kapeluszach. Nie lubię też balu i sukienek. I tego, jak mnie karmią. I jak ktoś śmieje się za ścianą zbyt głośno. I jak ciągle powtarzają, że najważniejsze, że oddycham, że żyję... Jakie to głupie. Żyłam tyle lat i żyję. I co z tego... To akurat wcale mnie dziś nie cieszy.

Najpiękniejsza pora roku. Tak mówiłaś...

Ogólnopolski Konkurs Literacki  
im. Prof. Andrzeja Szczeklika

PO GODZINACH – BŁĄD MALARSKI

# Na straty

Portrety kochanek artystów to w historii sztuki cały odrębny rodzaj malarski. Nobliwie pogrążone w lekturze, wystrojone w najlepsze sukienki czy też rozneglizowane, zmysłowo wijące się na kanapach i szeszlonych: kobiety przefiltrowane przez męskie spojrzenie to tryumf życiowej siły. Uchwycone zazwyczaj w momencie rozkwitu, każą się podziwiać. Inaczej jest z Valentine Godé-Darel.



Obraz: Ferdinand Hodler, „Chora Valentine Godé-Darel”, 1914, Kunstmuseum Solothurn, Dübi-Müller-Stiftung.

**V**alentine poznała niemieckiego malarza Ferdinanda Hodlera na początku XX wieku. Zaczęło się jak zawsze: on żonaty, ona wolna. Najpierw była jego modelką, potem kochanką, aż wreszcie matką ich nieślubnej córki. I w tym momencie, gdzieś około 1912 roku, historia ta przestaje być przewidywalna. Valentine dostaje diagnozę raka szyjki macicy, który postępuje szybko i dostarcza jej wielkiego cierpienia. Zamieszkuje z parą Hodlerów, którzy udzielają jej opieki. Ferdinand zaś zaczyna malować serię portretów chorej.

Śmierć była wszechobecna w życiu Ferdinanda, w wieku siedmiu lat stracił ojca, siedem lat później matkę, a piątka jego rodzeństwa zmarła na gruźlicę. Być może to bliskie obcowanie z odchodzeniem ukochanych osób pozwoliło mu na podjęcie się bulwersującego artystycznego zadania: portretowania odchodzenia jego kochanki. Robił to

AGATA MORKA  
DOKTOR HISTORII SZTUKI



przez prawie półtora roku, zaczynając w listopadzie 1913 roku. Każdy kolejny portret kobiety to studium pogłębiającego się bólu, wyczerpania, powolnego znikania.

Na tym z 1914 roku widzimy chorą w łóżku, z głową przekręconą na bok i zamkniętymi oczyma. Dość ciasny kadr nie pozwala na zobaczenie pokoju, w którym przebywa. Malarz ograniczył się do pokazania wycinka łóżka i ściany, redukując paletę barwną do kilku kolorów, detale wnętrza zaś

rozegrał w szerokich impastach, nie dbając o szczegóły załamań koldry czy fakturę ściany. To wnętrze wyjęte z czasu i kontekstu. Podobnie wyluskana z konkretnych okoliczności zdaje się być bohaterka przedstawienia. To ponadczasowy zapis kończącej się miłości i wypalającego się życia. Być może bardziej niż portret samej Valentine to uniwersalny, przejmujący portret straty.

Valentine zmarła zaledwie kilka miesięcy później. Miała 41 lat. ●

## Rozwiązanie zagadki z „GL” 7-8/2024

Szczegóły różniące obrazy:

- Dodanie w tle wysokiego drzewa.**  
W czasie jednej z wypraw w Przesmyku Panamskim Drake wspinał się na bardzo wysokie drzewo i zarzekł się, że widział Ocean Spokojny. Był pierwszym Anglikiem, który tego dokonał.
- Dodanie na piersi Drake’a orderu.**  
Królowa Elżbieta I nagrodziła Drake’a za jego wyprawy tak zwanym klejnotem Drake’a, którego nie umieszczono jednak na oryginalnym obrazie.
- Usunięcie szarfy z inskrypcją pod herbem Drake’a.**  
W uznaniu osiągnięć Drake’a królowa pasowała go na rycerza. Częścią jego herbu była inskrypcja *Sic parvis magna* (wielkie osiągnięcia z małych początków), umieszczona na szarfy.
- Usunięcie globu spod ręki Drake’a.**  
Kula ziemiska stała się atrybutem Drake’a i obecna była na większości jego portretów, obrazując zasięg jego morskich ekspedycji.



Obraz: „Sir Francis Drake”, autor nieznamy, około 1581 r., Narodowa Galeria Portretów, Londyn

WSKAŹ ORYGINAŁ I ZNAJDŹ CZTERY SZCZEGÓŁY RÓŻNIĄCE OBRAZY. Odpowiedź prześlij na bladmalarski@gazetalekarska.pl do 16 września 2024 r. W temacie maila należy wpisać GL09 oraz podać dane do kontaktu (imię i nazwisko, adres, telefon). Jedna osoba może przesłać jedną odpowiedź.

NAGRODZENI „GL” 7-8/2024

Voucher do Hotelu Prezydent \*\*\*\* Medical SPA & Wellness w Krynicy-Zdroju otrzymuje Ewa Czarny (Kietrz). Gratulujemy!

Nagrody dodatkowe: Aleksandra Marzęda-Kurzeja (Lublin), Bogusław Burger (Kudowa Zdrój), Marcin Polkowski (Warszawa)

Dla jednej z osób, które prześlą prawidłowe odpowiedzi

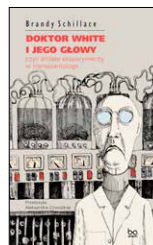
★★★★  
**HOTEL PREZYDENT**  
MEDICAL SPA & WELLNESS  
HOTEL PRZYJAZNY DOROSŁYM

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 zabiegów (dla 2 osób) w hotelowej Ambasadzie Zdrowia i Urody SPA
- masaż dla dwojga, ajurwedyjski masaż na „Talaxa Spa”, złoty zabieg na ciało
- możliwość korzystania bez ograniczeń z basenu, jacuzzi, 3 rodzajów saun, siłowni

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



### KLAUZULA INFORMACYJNA

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

PO GODZINACH – KULTURA

# Wystawa World Medical View

KRZYSZTOF MUSKALSKI

7 sierpnia nastąpiło otwarcie i wernisaż wspólnej wystawy fotograficznej Włoskiego Towarzystwa Lekarzy Fotografów AMFI oraz Salonów PhotoArtMedica w ramach projektu artystycznego World Medical View – 1st edition.

Premiera wystawy odbyła się w ubiegłym roku w Galerii ENPAM Museo Ninfeo (Domus Caligula) w Rzymie, a jej kolejną prezentacją w rzymskim kompleksie szpitalnym Borgo di Santo Spirito in Sasia, najstarszym szpitalu Europy.

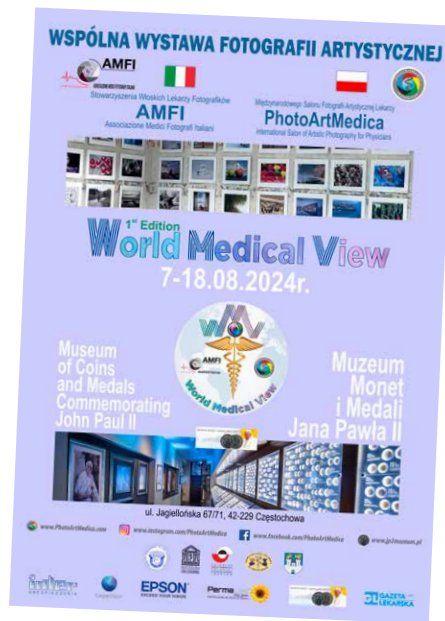
Z dużą przyjemnością i satysfakcją mogliśmy zaprezentować wystawę w Muzeum Medali i Monet Jana Pawła II w Częstochowie, a to dzięki uprzejmości i wsparciu jego właściciela Krzysztofa Witkowskiego. Licznie przybyła publiczność, wśród niej przedstawiciele władz miasta oraz samorządu lekarskiego, mogła podziwiać owoce pasji fotograficznej naszych przyjaciół

lekarzy włoskich i laureatów Salonów PhotoArtMedica. Wystawa odbywa się pod Auspicjami Międzynarodowej Federacji Sztuki Fotograficznej FIAP: Fédération Internationale de l'Art Photographique.

Wernisaż uświetnił koncert Sergiej Wowkotrub Gypsy Swing Quartet, który zaprezentował nie tylko standardy gypsy swingu, inspirowane twórczością Django Reinhardta i Stephana Grappelliego ale i znane, doskonale zaaranżowane przeboje muzyki rozrywkowej i filmowej.

Na zakończenie wieczoru uczestnicy wernisażu zostali zaproszeni do zwiedzenia unikatowej kolekcji Muzeum Medali i Monet Jana Pawła II.

Podziękowania za realizację i wsparcie tego wydarzenia dla prezesa Krzysztofa Witkowskiego, profesora Maurizio Iazeolla – prezesa AMFI oraz Okręgowej Izby Lekarskiej w Częstochowie. ●



zapraszamy lekarzy i lekarzy dentystów do udziału w XII Międzynarodowym Salonie Fotografii Artystycznej Lekarzy

## PhotoArtMedica 2024

Nadsyłanie prac do: 21 września 2024 r.

tematyka:

**Czerwień**  
**Temat Wolny**  
**Fotografia Medyczna**

więcej na stronach:

-  [www.PhotoArtMedica.com](http://www.PhotoArtMedica.com)
-  [www.PhotoArtMedica.pl](http://www.PhotoArtMedica.pl)
-  [www.instagram.com/PhotoArtMedica](https://www.instagram.com/PhotoArtMedica)
-  [www.facebook.com/PhotoArtMedica](https://www.facebook.com/PhotoArtMedica)



PO GODZINACH – KULTURA

# Gloria Vivaldiego

LEK. DENT. DANUTA TOMCZAK  
GDAŃSK

Dzień 8 czerwca zapisał się złotymi zgłoskami w muzycznej historii Gdańska. Pięć chórów lekarskich, działających przy okręgowych izbach lekarskich w Olsztynie, Szczecinie, Białymstoku, Warszawie i Gdańsku, zaprezentowało się przed licznie zgromadzoną publicznością w kościele Ojców Karmelitów pw. św. Katarzyny.

Idea koncertu oratoryjnego łączonych chórów lekarskich dojrzała w głowach śpiewających lekarzy już od dawna. W końcu śpiewający medycy wypełnili muzyką wnętrza najstarszej parafialnej świątyni Gdańska. Prezes gdańskiej izby Dariusz Kutella, współgospodarz wydarzenia, powitał wykonawców i gości, a Jarosław Wanecki, także współorganizator, nakreślił krótki rys działalności pozazawodowej lekarzy w Polsce, nad którymi rozpościera skrzydła Ośrodek Kultury i Dziedzictwa Historycznego Naczelnej Izby Lekarskiej (Jarosław Wanecki mu przewodniczy).

## CHÓRALNE WYSTĘPY A CAPPELLA

Gdański koncert miał dwie odsłony. W pierwszej części chóry zaprezentowały się w sakralnym repertuarze a cappella. Gdański Chór Lekarzy pod dyrekcją Michała Kozorysa wykonał „Ave verum corpus” E. Elgara oraz „Ave Regina Caelorum” A. Lottiego. Działający przy OIL w Warszawie Medicantus pod dyrekcją Beaty Herman zaprezentował „Laudate Dominum” Mozarta oraz „Panis Angelicus” C. Francka. Trzeci chór, działający przy białostockiej izbie lekarskiej MediCoro, wykonał dwa psalmy Mikołaja Gomółki oraz „Salve Regina” F. Poulenca (dyrygowała Bożenna Sawicka). Następnie wystąpił chór Remedium działający przy OIL w Szczecinie pod dyrekcją Ryszarda Handkego („Ave Maris Stella” P. Grinholca i „Ave Regina Caelorum” T. Paciorkiewicza).

Pierwszą część koncertu zwińczył występ Medici pro Musica, najstarszego chóru lekarskiego, działającego przy Warmińsko-Mazurskiej Izbie Lekarskiej w Olsztynie od 1991 roku. Widownia usłyszała „Ave Maria” K. Jenkinsa oraz „Omnes gentes plaudite manibus”

► To były istne fajerwerki muzyczne śpiewających lekarzy

foto.: Michał Mazurkiewicz



M. Raczyńskiego (dyrygowała Małgorzata Wawruk).

## MUZYCZNA UCZTA NA DESER

Podczas drugiej części koncertu na scenie pojawiło się ok. 140 wykonawców! To były istne fajerwerki muzyczne śpiewających lekarzy. Publiczność usłyszała „Glorię” Vivaldiego, 12-częściowy utwór wokalno-instrumentalny oparty na tekście liturgicznym „Chwała na wysokości Bogu”. Partie solowe wykonały brawurowo solistki: Hanna Zajączkiewicz (sopran) oraz Ewelina Sielska-Badurek (mezzosopran). Partie chóralne wykonały połączone chóry izb lekarskich w Szczecinie, Olsztynie, Białymstoku, Warszawie i Gdańsku. Skład wykonawców dopełnił Zespół Instrumentalny Muzyki Dawnej Cappella Gedanensis, perła wśród gdańskich instrumentalistów. Nad całością zza pulpitu dyrygenckiego czuwał Michał Kozorys.

Występ zapewnił niezapomniane emocje. Były gromkie owacje, bisy, radość i satysfakcja. Widownia doceniła zarówno radosne wykonania partii chóralnych, którym towarzyszyła trąbka i obój, jak

i kontrastujące części o wolniejszym tempie. Cudownie brzmiały wokalne partie solowe, którym towarzyszyły instrumenty solo.

Ten koncert to wielki sukces lekarskiego ruchu muzycznego, wspieranego przez okręgowe izby lekarskie i Naczelną Izbę Lekarską. Dyrektor artystyczny zespołu Cappella Gedanensis Marek Więclawek chwalił bardzo wysoki poziom chórów lekarskich, docenił także dyrygenta Michała Kozorysa za dojrzałość, wycucie stylu Mistrza Vivaldiego i doskonałe dostosowanie tempa do akustyki kościoła św. Katarzyny. ●

## PRZEŻYJMY TO RAZ JESZCZE

Śpiewacy chórów lekarskich działających przy OIL w Gdańsku, Szczecinie i Olsztynie jeszcze dwukrotnie będą mieli okazję powtórzyć koncert. „Gloria” A. Vivaldiego będzie wykonana 12 października w Szczecinie, tym razem pod dyrekcją Ryszarda Handkego, oraz 7 grudnia w Olsztynie pod dyrekcją Małgorzaty Wawruk.

PO GODZINACH

# Jubileuszowe „Ślimakowe Rytmy”

Tegoroczna, dziesiąta już edycja festiwalu osób z zaburzeniami słuchu przyciągnęła profesjonalnych muzyków i amatorów z całego świata.



◀ Koncert zakończył się wspólnym wykonaniem hymnu festiwalu „Świat, który słyszę”

foto.: organizator festiwalu

**O**dbijający się w Warszawie w dniach 10-12 lipca 10. Międzynarodowy Festiwal Muzyczny Dzieci, Młodzieży i Dorosłych z Zaburzeniami Słuchu „Ślimakowe Rytmy” rozpoczął się przesłuchaniami kwalifikacyjnymi uczestników w profesjonalnym Studio S3 Polskiego Radia. Jury, w którym zasiadają artyści, muzycy i dziennikarze, miało niełatwe zadanie wytypowania spośród 47 młodych artystów – użytkowników implantów – sześciu najlepszych. Ale w tym konkursie nie było przegranych: wszyscy zostali zaproszeni do wspólnego występu podczas koncertu jubileuszowego.

– Tę edycję Festiwalu traktuję jak kropkę nad i, spełnienie tego, o czym myślałem i o czym marzyłem, wychodząc dziesięć lat temu z propozycją zorganizowania pierwszego na świecie Festiwalu, podczas którego swoje talenty i umiejętności muzyczne zaprezentowałyby osoby słyszące dzięki implantom słuchowym, w tym także wielu pacjentów Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu – mówił przed rozpoczęciem tego

wydarzenia prof. Henryk Skarżyński, twórca i dyrektor Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu oraz Światowego Centrum Słuchu w Kajetanach. – Kiedy w 1992 r. przeprowadzałem pierwszą w Polsce operację wszczepienia implantu ślimakowego osobie niesłyszącej, nie śmiałem nawet marzyć, że kiedyś będziemy tak skutecznie leczyć zaburzenia słuchu.

Finałowy koncert galowy, jak podczas pierwszej edycji festiwalu, odbył się w Studiu Koncertowym Polskiego Radia im. W. Lutosławskiego. Na widowni zasiadło blisko 400 gości. Laureaci – zarówno tegorocznego festiwalu, jak i poprzednich edycji – zagraли i zaśpiewali z towarzyszeniem Orkiestry Polskiego Radia w Warszawie pod batutą Michała Klauzy. Koncert zakończył się wspólnym wykonaniem hymnu Festiwalu „Świat, który słyszę”, do którego słowa napisał dziesięć lat temu prof. Henryk Skarżyński, a muzykę skomponował Krzesimir Dębski. ●

„Gazeta Lekarska” sprawuje patronat nad tym wydarzeniem.

## Zjazdy koleżeńskie

**Szanowni Koleżanki i Koledzy Absolwenci AM Wydział Lekarski w Lublinie rocznik 1969.**

Spotkajmy się po 55 latach na Roztoczu w dniu 27-28-29 września 2024 r. Hotel „Carskie Koszary” w Zamościu, 250 złotych za pobyt. Nr konta: 40 1020 5356 0000 1102 0113 2091

Zgłoszenia przyjmuje:  
Maria Senddecka 606496193,  
Jerzy Śłupecki 502242333

**19.10.2024 Zjazd 50-lecia Absolwentów Akademii Medycznej w Białymstoku.**

Rocznik 1968-1974, Wydział Lekarski i Stomatologii. Zgłoszenia należy kierować do organizatorów: A. Lenczewski tel. 606633947; G. Hajdul tel. 668102558; J. Jabłonowska tel. 604826814; A. Bouzyk tel. 509724091.

Spotkanie rozpoczyna się o godzinie 11.00 w auli Pałacu Branickich w Białymstoku. Spotkanie towarzyskie w restauracji Kawelin. Rezerwacja hoteli we własnym zakresie, możliwa rezerwacja hotelu Esperanto (przy restauracji Kawelin) na hasło Bożena Kin (do 30.09). Koszt uczestnictwa 400 zł. Nr konta (właścicielem jest Andrzej Lenczewski): 48 1240 2890 1111 0010 8553 7063. W tytule przelewu prosimy wpisać: imię i nazwisko zjazdu

**Z okazji 48 rocznicy ukończenia Wydziału Lekarskiego AM**

**w Lublinie**, serdecznie zapraszamy Koleżanki i Kolegów na Zjazd, który odbędzie się w dniach 20-22.09.2024 w Kazimierzu Dolnym w Domu Pracy Twórczej ul. Małachowskiego 17. Przewidywany koszt uczestnictwa 900 zł (obiad, 2 noclegi ze śniadaniem, uroczysta kolacja, wycieczka, biesiada przy ognisku, 3 pamiątkowe zdjęcia). Wpłaty prosimy dokonywać do 31.08.2024 na konto PKO SA I Oddz. Puławy 07 1240 2412 1111 0000 3610 7559 z dopiskiem „Zjazd 76”. Informacje zjazdowe i SMS potwierdzający uczestnictwo: Elżbieta Walas – Skrzat 603933118, e-mail: ela.skrzat@gmail.com, Alina Wesołowska-Przystupa 605084042.

## Ogłoszenia



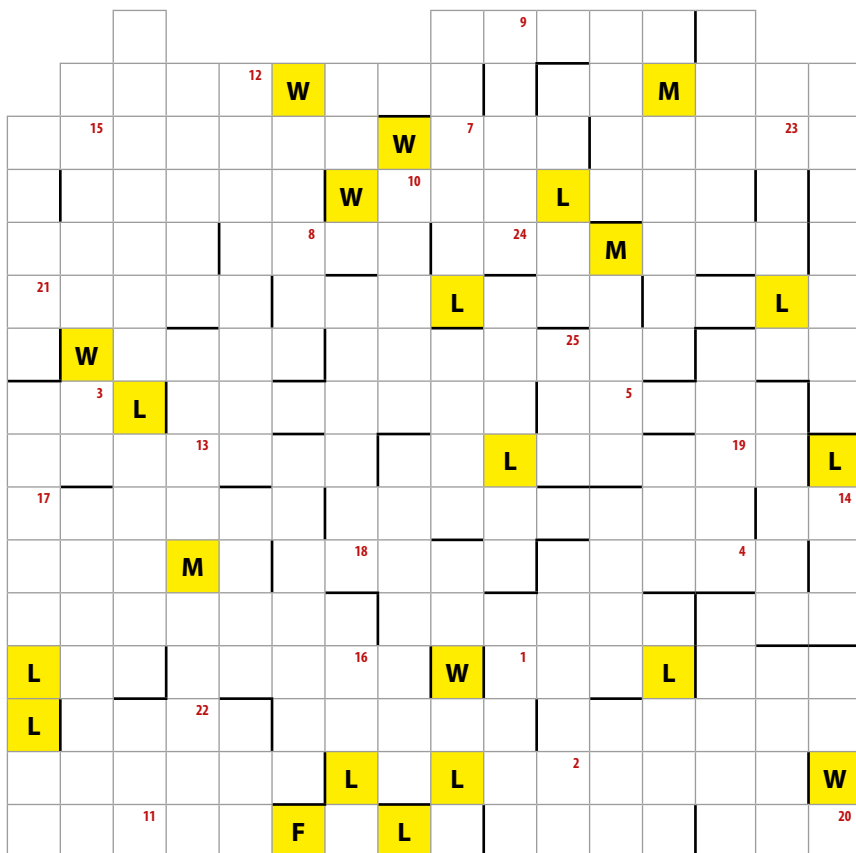




## JOLKA LEKARSKA 297



Wydawnictwo Lekarskie PZWL  
to specjaliści, wiedza i zaangażowanie.



Objaśnienia 85 haseł podano w przypadkowej kolejności.

W diagramie ujawniono wszystkie litery F, L, M i W.

Na ponumerowanych polach ukryto 25 liter hasła, które stanowią rozwiązanie. Jest to myśl Hegla.

Hasło należy przysłać na karcie pocztowej do redakcji lub e-mailem na adres: [jolka@gazetalekarska.pl](mailto:jolka@gazetalekarska.pl) do 16 września 2024 r. Wśród autorów prawidłowych rozwiązań wyłonimy laureatów, którzy otrzymają nagrody książkowe (prosimy o podanie specjalizacji i adresu do wysyłki).

\* tkanka (fac.) \* pustelnik \* mosznowy z jądrami \* miasto w BiH nad Sawą  
\* partner Bągsika \* pupa \* porifera \* szacunek, poważanie \* Wilhelm, pionier pedagogiki eksperymentalnej \* drwina, ironia \* zaborca, ciemiężca  
\* przedwyborcza ulotka \* podejrzany o zabójstwo JFK \* maź kosmetyczna  
\* stolica Mali \* tkanina z woskiem i barwnikiem \* śledziona (fac.) \* świadek Jehowy \* izraelski kaem \* oficjalny język Indii \* dolor \* miasto węgla brunatnego nad Wartą \* między kruchtą a prezbiterium \* zlot, zgromadzenie  
\* buty sportowe \* nimfa zamieniona w źródło \* sole lub estry kwasu azotowego \* imię ojca Cartwrighta z Bonanzy \* część wyścigu  
\* gubernaculum testis \* płyn w Leżajsku \* skrzydlaty jeździec \* dychawica  
\* Josip Broz \* gruba gałąź \* tętnica główna \* hitlerowski, faszysta \* wieś przy S7 na południu pow. nidzickiego \* przenosi śpiączkę afrykańską \* kwit na mecz lub tramwaj \* sagan, wielki garnek \* partner miozyny w skurczu mięśni  
\* odłamana od pokrywy lodowej \* piłkarski lub w kasynie \* wada wyrażania myśli słowami \* prawy dopływ Rodanu przed Lyonem \* bufet wojskowy  
\* mały bezkręgowiec z charakterystycznym wieńcem \* francuska szkoła

\* pierwszy lotnik \* vulnus \* pomadka, blyszczyk \* płyn w Orenburgu  
\* gatunek kłona zawleczony z Ameryki Pn. \* założyciel bahaizmu \* śniedź, grynszpan \* spazmy, ataki hysterii \* stan z Koczin \* krewny po kądzieli  
\* muchomor (fac.) \* stolica Lotaryngii \* imitacja, namiastka \* tussis \* sędzia zmarłych w Hadesie \* klinga z kosikiem \* między samarem a gadolinem  
\* żalobna czerń \* czolówka, śmietanka \* C2H4 \* wrakowisko \* stan z Des Moines \* owulacja \* debel \* następcza Nasera \* sowy uszate \* bestseller Torąskiej \* matka Perseusza \* między strontem a cyrkonem \* starożytna kraina z Pergamonem \* imię Lescaut \* pies australijski \* piękny przyrządek w niewielkiej odległości od miasta Kavama (Bulgaria) \* UNO \* naramienniki  
\* twórcza seroantropologii

Jerzy Bądowski

**Rozwiązanie jolki lekarskiej 295**  
Každy pragnie żyć długo, ale nikt nie chce starości

**Nagrody otrzymują:**

Michał Łobacz (Lublin), Maria Jackiewicz-Jonkajtis (Gdańsk), Maja Kulisiewicz (Sochaczew), Aleksander Bukowicki (Toruń), Marek Guzowski (Gdynia)

Fundatorem nagród jest Wydawnictwo Lekarskie PZWL, [www.pzwl.pl](http://www.pzwl.pl). Nagrody prześlemy pocztą.

Klauzula informacyjna na str. 75/ Regulamin konkursu dostępny na [www.gazetalekarska.pl](http://www.gazetalekarska.pl)

## WYDAWCA

**NIL** Naczelna  
Izba Lekarska

Gazeta Lekarska dla członków  
izb lekarskich bezpłatna

Nakład: 176 360 egz.

## Kolegium redakcyjne

Jacek Bujko, Paweł Doczekalski,  
Klaudiusz Komor, Maria Kłosińska,  
Ryszard Golański, Dariusz Samborski,  
Mikołaj Sinica, Anna Wojda,  
Mariusz Tomczak

## Redakcja

ul. Jana III Sobieskiego 110,  
00-764 Warszawa  
tel.: (22) 558 80 40

Dyżur telefoniczny w każdy wtorek  
w godz. 10.00 - 14.00.

Poza tym terminem prosimy  
kontaktować się mailowo:  
[redakcja@gazetalekarska.pl](mailto:redakcja@gazetalekarska.pl)

## Piotr Kościelniak

(redaktor naczelny)  
[piotr.koscielniak@nil.org.pl](mailto:piotr.koscielniak@nil.org.pl)

## Anna Wojda

(sekretarz redakcji)  
[anna.wojda@nil.org.pl](mailto:anna.wojda@nil.org.pl)

## Lidia Sulikowska

(dziennikarz)  
tel.: 698 633 755  
[lidia.sulikowska@nil.org.pl](mailto:lidia.sulikowska@nil.org.pl)

## Mariusz Tomczak

(redaktor portalu internetowego)  
[mariusz.tomczak@nil.org.pl](mailto:mariusz.tomczak@nil.org.pl)  
[www.gazetalekarska.pl](http://www.gazetalekarska.pl)

## Reklama i ogłoszenia

Agata Bryk  
[ogloszenia@gazetalekarska.pl](mailto:ogloszenia@gazetalekarska.pl)

## Stale z nami współpracują

Jerzy Bądowski, Adam Czerwiński,  
Lucyna Krysiak, Zbigniew Kuzyszyn,  
Jacek Miarka, Agata Morka,  
Małgorzata Solecka, Jarosław  
Wanecki, Grzegorz Wrona

## Projekt okładki

Michał Trusz

## Projekt

Michał Trusz

## Skład

Montownia/Teresa Urawska

## Druk

Eurodruk-Poznań Sp. z o.o.

**W celu zmiany adresu wysyłki „Gazety Lekarskiej” prosimy kontaktować się z właściwą okręgową izbą lekarską.** Materiałów niezamówionych redakcja nie zwraca i zastrzega sobie prawo do skrótów, adiustacji, 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).

