

GAZETA

L E K A R S K A

PISMO IZB
LEKARSKICH

WYDANIE SPECJALNE

NAGONKA

ZARZUTY WOBEC POJEDYNCZYCH OSÓB SKUTKUJĄ
STYGMATYZACJĄ CAŁEGO ŚRODOWISKA

- OCHRONA PRAWNA PRZED AGRESJĄ • HEJT W SIECI
- KIEDY IŚĆ DO SĄDU • JAK BUDOWAĆ WIZERUNEK

SYSTEM

CO ZOSTAŁO Z REFORM
ZAPOWIADANYCH
PRZEZ MINISTERSTWO
ZDROWIA

TECHNOLOGIE

JAK ZABEZPIECZYĆ
KOMPUTER PRZED
ZAGROŻENIAMI
Z INTERNETU

STOMATOLOGIA

DLA NFZ ROZLICZENIA
SĄ WAŻNIEJSZE
NIŻ POTRZEBY
PACJENTÓW

PRAKTYKA

WCHODZI E-DILO.
CO TRZEBA
WIEDZIEĆ, JAK SIĘ
PRZYGOTOWAĆ

Nie dajmy się sprowokować

ŁUKASZ JANKOWSKI
PREZES NACZELNEJ RADY
LEKARSKIEJ



Może to odważna teza, ale w mojej ocenie obecnie w ochronie zdrowia nie dzieje się nic. Nic, co w jakikolwiek sposób poprawiłoby sytuację pacjentów. Nic, co wskazywałoby na jakąkolwiek merytoryczną pracę resortu zdrowia i ustalony kierunek działań. Jest marazm, bałagan i narastający chaos. Nie dziwi mnie zatem, że politycy, świadomi braku pomysłów i chęci reformy systemu, chcąc ukryć swoją indolencję, muszą robić ogromny szum wokół zdrowia.

Na kanwie sprawy byłego radnego KO lek. Dawida Kacprzyka sejmowa Komisja Zdrowia bez żadnego trybu wzywa samorząd do wyjaśnień dotyczących zasad odpowiedzialności zawodowej. Na sali padają oskarżenia pod adresem samorządu ze strony posłów, którzy – jak się okazało – nie odróżniają Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej od Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej, a sądu lekarskiego od powszechnego sądu karnego. Formułują sądy w oparciu o swoje przekonania i przeczucia. Robią wszystko, byleby zrzucić z siebie odpowiedzialność za brak działań prokuratury w sprawie i ukryć swoje zaniedbania.

W tym czasie media w pogoni za klikalnością ekscytują się sprawą lekarzy milionerów. Kreują rzeczywistość, w której każdy lekarz to przynajmniej oszust, jeśli nie ktoś gorszy. Dowiadujemy się, że „rząd zajmie się sprawą zarobków lekarzy”, podczas gdy zapisy w przygotowywanych ustawach dotyczą tych zarobków wyłącznie fragmentarycznie i nie rozwiązują żadnych problemów.

No ale znalaziono winnych wszystkich problemów – nas, lekarzy. Cel jest

jeden – pokazać, że środowisko jest zamkniętą kastą, działa nieuczciwie, etyki zawodowej nie pilnuje, drenuje pieniądze z NFZ, a co za tym idzie – z kieszeni podatnika. I dobry rząd sobie z takim złym środowiskiem poradzi. Były „kamasze” – jest medialne zohydowanie. Wmawianie, że to my blokujemy wspaniałe rządowe reformy.

Doszło nawet do kuriozalnej sytuacji, w której wiceminister

Były „kamasze” – jest medialne zohydowanie. Wmawianie, że to my blokujemy wspaniałe rządowe reformy

zdrowia sama ogłosiła strajk lekarzy (wymyśliła nawet – sama nie będąc lekarzem – że będzie to strajk włoski). Wtórzący jej wiceminister środowiska z koalicji rządzącej stwierdził w mediach, że rząd boi się strajków lekarzy i dlatego reformy nie będzie. Wiadomo więc, kto jest dobry, kto zły, kto utrudnia, a kto ma być ratownikiem.

To wszystko przecież tematy zastępcze. Igrzyska i pozorowane ruchy. Czy obywatele uwierzą w tę cyniczną grę?

Słyszymy o przekazaniu kompetencji lekarskich innym zawodom. To wydmuszka obliczona na skłócenie środowisk medycznych – widzimy przecież, jak się skończyło

przyznanie uprawnień wypisywania recepty pielęgniarkom. Robi to kilka procent z nich, większość jako kontynuację leczenia. Bo za przekazaniem kompetencji idzie też przekazanie odpowiedzialności.

Wydmuszek jest jednak więcej. Zamiast przemyslanej reformy mamy stworzoną w ciągu czterech dni ustawę. Zamiast merytoryki – czarny PR. Zamiast refleksji – zrzucanie odpowiedzialności. Zamiast współpracy – nagonkę na nasze środowisko.

Zwróciliśmy się do partii politycznych z pytaniem, ilu partyjnych nominatów sprawuje funkcję dyrektorów szpitali w Polsce. Dostaliśmy odpowiedzi: „nie wiedzą”, „nie prowadzą rejestrów”, „nie mają takich danych”. Sprawdziliśmy, jak działa odpowiedzialność zawodowa posłów – Komisja Etyki Poselskiej. Powiedzieć, że nie wpływa istotnie na etykę Państwa Posłów, to jak nic nie powiedzieć. Odwracanie odpowiedzialności i uwagi – to według rządzących polityczny klucz do wyborczego sukcesu.

Bardzo proszę – nie dajmy się sprowokować. Na rozgrzane do czerwoności emocje odpowiadajmy merytoryką. Na internetowych forach i w rozmowach pokazujemy zniuansowaną sytuację i mechanizmy stosowane przez rządzących. Na tej nagonce nie zyska nikt – ani rządzący, ani pacjenci, ani inne zawody. Stracić mogą wszyscy. Żaden rząd nie wygra w ochronie zdrowia bez lekarzy. A my pomimo nagonki cały czas jesteśmy gotowi do merytorycznej współpracy. ●

- 3 **Nie dajmy się sprowokować**
Łukasz Jankowski
- 5 **Twardy reset**
Klaudiusz Komor
- 6 **Newsy z kraju i ze świata**
- 8 **Manifest mięsożercy**
Piotr Kościelniak

TEMAT NUMERU

- 8 **Lekarze na celowniku**
Środowisko lekarskie coraz częściej ma poczucie, że padło ofiarą nagonki. Medialne zarzuty pod adresem pojedynczych osób prowadzą do stygmatyzacji całej grupy zawodowej.
- 12 **Wyjaśnić, przeprosić i dać rozwiązanie**
- 14 **Gniew sieci**
- 16 **Bronię bezpieczeństwa lekarzy**
- 18 **Kiedy iść do sądu**

WYDARZENIA

- 22 **Rekordy, medale i pasja**
Ponad 900 uczestników wzięło udział w 23. Igrzyskach Lekarskich. Rekordowa była nie tylko frekwencja, ale również liczba dyscyplin.

AKTUALNOŚCI

- 27 **Do dwunastu miesięcy sztuka**
Maksymalna stawka godzinowa 240 zł brutto, praca maksymalnie w wymiarze dwóch etatów, wymiar połowy etatu jako minimum w szpitalnictwie. W zdrowiu nadciąga rewolucja? Czy tylko tak mówią, ale nie robią?
- 30 **Więcej o systemie, mniej o zdrowiu**
- 32 **Karta e-DiLO: więcej niż aplikacja**
- 34 **Michał Buśla przeprosił prezesa Jankowskiego**

PODATKI I FINanse

- 35 **Kup i zapomnij**
Coraz więcej osób wybiera inwestowanie pasywne zamiast aktywnego zarządzania kapitałem. Świetnie nadają się do tego niektóre fundusze ETF.
- 36 **PPK: proste odpowiedzi na trudne pytania (cz. 2)**



TEMAT NUMERU STRONY 8–18

Agresja i medialna nagonka wpływają na codzienną pracę lekarzy. Kiedy sięgnąć po ochronę prawną, jak reagować na hejt w sieci i odbudować wizerunek zawodu lekarza

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

PRAWO I MEDYCYNĄ

- 38 **Nie chodzi tylko o to, aby ukarać**

PRAKTYKA LEKARSKA

- 40 **NFZ zmienia zasady higienizacji**
Fundusz wprowadził nowe pakiety dotyczące higienizacji u dzieci i młodzieży oraz zmienił zasady rozliczania usuwania zębów nazębnych. Zmiana może wpłynąć na organizację pracy gabinetów.
- 42 **Kto odbierze telefon?**
Jakub Sieczko
- 44 **Interna wymaga gruntownych zmian**
- 47 **Nie musisz się znać, żeby skorzystać**
Mariusz Poltowicz
- 48 **Kości nie potrzebują więcej tabletek**
- 50 **Stulatka na onkologii**
- 53 **To nie lekarze są problemem, lecz system**
Anna Gołębicka
- 54 **Samotność szkodzi jak palenie**

WYWIAD LEKAR(S)KI

- 56 **Presja, dyskryminacja i przemoc**

NOWE TECHNOLOGIE

- 59 **Komputer lekarza jako element infrastruktury krytycznej**

SAMORZĄD ZAWODOWY

- 62 **Na tym polega odpowiedzialność**
Piotr Pisula
- 62 **O tym się mówi/mówią o nas**
- 64 **Biuletyn**

OŚRODEK KSZTAŁCENIA

- 68 **E-rejestracja bez tajemnic**

PO GODZINACH

- 70 **Wszyscy moi wrogowie**
Jarosław Wanecki
- 71 **Smaki Peru**
- 76 **Błąd malarski – Przed i po**
- 78 **Przychodzi wena do lekarza**
- 79 **Czytelnia**
- 80 **Sport**
- 80 **Ogłoszenia**
- 82 **Jolka lekarska**

JEDNYM GŁOSEM

Twardy reset

Sztuczna inteligencja służy dziś lekarzom jako wsparcie, sprawdzając się doskonale w przynajmniej niektórych dziedzinach. Czy zakładając dalszy błyskawiczny rozwój technologii, istnieje ryzyko, że AI kiedyś nas zastąpi?

Jeszcze wczoraj miałem zamiar napisać felieton na zupełnie inny temat. Kiedy jednak rano przy śniadaniu przeglądałem internet (znak czasów – kiedyś przy śniadaniu przeglądałem gazetę), w oczy rzucił mi się nagłówek jednego z artykułów – „Ludzie tworzący sztuczną inteligencję wierzą, że może ona nas wszystkich zabić do końca dekady”. Powiedział to znany brytyjski badacz Jacob Coxon, który wiele lat spędził na badaniach i rozwoju technologii sztucznej inteligencji. Powiem szczerze, że zdanie to bardzo mnie poruszyło. Do tego stopnia, że postanowiłem ten felieton poświęcić właśnie problemowi AI w medycynie.

Kiedy w 1984 r. do kin wszedł film „Terminator” z Arnoldem Schwarzeneggerem, chyba każdy widz traktował bunt maszyn przeciwko ludziom jako pełne science fiction. I przez tych wiele lat właściwie nie zastanawiałem się nad tym, czy i ewentualnie kiedy „bunt maszyn” może się zmaterializować. Tymczasem nagle temat staje się głośny i podejmują go nie twórcy filmów, ale poważni i uznani badacze i naukowcy. Co więcej, według nich czas, jaki sztuczna inteligencja potrzebuje do unicestwienia całej ludzkości, to mniej niż pięć lat! Na szczęście według nich nie jest jeszcze za późno, bo cały czas to ludzie tworzą i rozwijają sztuczną inteligencję.

Zastanówmy się, jak sytuacja wygląda w medycynie – czy tutaj też AI może w ciągu kilku lat zastąpić medyków i uczynić bezrobotnymi rzesze lekarzy? Czy jest to już proces toczący się i nieodwracalny? Według danych z popularnej literatury naukowej obecnie

KLAUDIUSZ KOMOR
WICEPREZES NACZELNEJ
RADY LEKARSKIEJ



AI w medycynie wykorzystuje się przede wszystkim w diagnostyce obrazowej, diagnostyce różnicowej i kardiologii. We wszystkich tych dziedzinach algorytmy sztucznej inteligencji pełnią rolę wspierającą lekarzy.

Pytanie, czy na obecnym etapie to wsparcie może zamienić się w zastępstwo? Wydaje się, że najbardziej zaawansowany, bo napędzany

Na razie żadna firma tworząca oprogramowanie nie weźmie na siebie odpowiedzialności za takie decyzje

gwałtownymi potrzebami rynku, jest rozwój sztucznej inteligencji w diagnostyce obrazowej. Powody są dwa. Pierwszy to obserwowany praktycznie we wszystkich krajach niedobór specjalistów z tego zakresu. Drugi to lawinowy wzrost liczby wykonywanych badań. To sprawia, że zarządzający placówkami ochrony zdrowia są skłonni sięgać po AI w tym zakresie. Szkopuł w tym, że

obecnie opis badania radiologicznego jest decydującym elementem w rozpoznaniu i włączeniu odpowiedniego leczenia, a więc osoba, która go tworzy, jest obciążona olbrzymią odpowiedzialnością za jego prawdziwość i poprawność. I tutaj możemy być spokojni – na razie żadna firma tworząca oprogramowanie nie weźmie na siebie odpowiedzialności za takie decyzje.

Co do diagnostyki różnicowej, tutaj wsparcie AI jest bezcenne – dzięki algorytmom można szybko analizować dane, takie jak objawy i wyniki badań, wyszukując jednostki chorobowe najlepiej odpowiadające im pod względem klinicznym. Dzięki temu lekarz nie musi wertować setek książek i czasopism, aby przypomnieć sobie obraz kliniczny jakiegóż bardzo rzadkiej choroby.

Patrząc realnie, dzisiaj sztuczna inteligencja nie stanowi dla lekarzy ryzyka, a jedynie bardzo użyteczne wsparcie. Ale jeżeli będzie ona się nadal tak szybko rozwijać, to czy nie czeka nas nagły i bardzo brutalny „twardy reset”? Na to pytanie, drogi czytelniku, musisz odpowiedzieć sobie niestety sam. ●

NEWSY Z KRAJU I ZE ŚWIATA

SYLWIA WAMEJ

Dezinformacja medyczna

W sieci krążą już miliony fałszywych publikacji, a skala problemu podwaja się z roku na rok. Najnowszy raport „Barometr dezinformacji medycznej”, przygotowany przez Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu, pokazuje, że najbardziej podatne tematy to szczepienia, onkologia, zdrowie psychiczne i żywienie. Treści są wzmacniane przez algorytmy, a część z nich generują zorganizowane grupy, które wykorzystują medyczne autorytety, fałszywe eksperckie wideo i zmanipulowane badania. Autorzy raportu ostrzegają, że dezinformacja realnie wpływa na decyzje pacjentów i obniża skuteczność działań w zdrowiu publicznym.

Nocne oświetlenie szkodzi sercu

Ekspozycja na światło w nocy wiąże się z wyraźnymi zmianami struktury i funkcji serca – wynika z badania opublikowanego w „European Heart Journal”, w którym wzięło udział ponad 11 tys. osób. Zespół prof. Lu Qi z Uniwersytetu Tulane porównał MRI serca u osób śpiących przy zauważalnym oświetleniu z tymi, które spały w niemal całkowitej ciemności. Trzy lata później powtórzono badanie. Okazało się, że u badanych eksponowanych na nocne oświetlenie wykazano pogrubienie ściany lewej komory serca, osłabioną kurczliwość mięśnia, zmiany w prawych komorach i lewych przedsionkach, wczesne oznaki przebudowy serca. Badacze podkreślają, że zanieczyszczenie światłem staje się nowym czynnikiem ryzyka sercowo-naczyniowego.

Zatrzymać Alzheimera

W Wielkiej Brytanii ruszyło międzynarodowe badanie III fazy trontinemabu – przeciwciała

nowej generacji. Ma ono sprawdzić, czy terapia podawana osobom bez objawów, ale z podwyższonym poziomem p-tau217, może opóźnić lub zapobiec chorobie Alzheimera. W projekcie PrevenTron weźmie udział ok. 1600 osób w wieku 55–80 lat, losowo przydzielonych do grup przyjmujących trontinemab lub placebo. Obserwacja potrwa 4–6 lat. Trontinemab usuwa amyloid i według wczesnych danych robi to znacznie szybciej niż lekanemab i donanemab.



fot. magnific.com

▲ Testowana jest nowa terapia dla osób z podwyższonym poziomem p-tau217

Recepty pod kontrolą

Centrum e-Zdrowia wprowadza tryb blokujący dla refundowanych e-recept. Mechanizm ma eliminować najczęstsze błędy w dokumentach. Chodzi m.in. o wpisanie zbyt dużej ilości leku, nieprawidłowego dawkowania lub brak określenia czasu trwania terapii. System nie przepuści recepty, jeśli nie zostaną podane: dokładny czas trwania kuracji, dawkowanie w formie strukturalnej oraz wielkość opakowania zgodna z Rejestrem Produktów Leczniczych. System zablokuje receptę na leki

na ponad 120 dni leczenia, z wyjątkiem recept rocznych. Zmiany nie dotyczą recept pełnopłatnych, recepturowych, farmaceutycznych, importu docelowego ani części opakowań o złożonej strukturze.

Nagroda dla prof. Siemionow

Prof. dr hab. Maria Siemionow, wybitna transplantolożka i absolwentka poznańskiej Akademii Medycznej, została uhonorowana Nagrodą Medawara 2026. To najwyższe światowe wyróżnienie w transplantologii, przyznawane co dwa lata przez The Transplantation Society.

Zmiany w refundacji

Ministerstwo Zdrowia zaktualizowało listę refundacyjną. Pojawiły się 24 nowe terapie: 13 onkologicznych i 11 nieonkologicznych, w tym 8 dla chorób rzadkich. Taniej dostępne są m.in. szczepionki przeciw RSV, a także Ozempic, Forxiga, Xarelto, Pradaxa i Prolia. Ważną zmianą jest też refundacja wyższej dawki nusinersenu dla pacjentów z SMA. Resort informuje o ponad 1 mld zł obniżek cen leków w 2026 r. Lista 65+ pozostaje, choć część preparatów zostaje zastąpiona tańszymi odpowiednikami o tej samej substancji czynnej.

Mniej palimy, rośnie nadwaga

Wyniki badania WOBASZ III pokazują wyraźną zmianę w profilu ryzyka sercowo-naczyniowego Polaków. Odsetek palących spadł z 31 proc.

do 17 proc. w ciągu 20 lat, co pozostaje największym sukcesem profilaktyki. Jednocześnie ponad 18 mln dorosłych ma nadwagę lub otyłość, a 7,6 mln spełnia kryteria zespołu metabolicznego. Hipercholesterolemia nadal dotyczy ponad połowy populacji. Nadciśnienie ma 32,3 proc. Polaków, skuteczna kontrola ciśnienia poprawiła się i dotyczy 56,4 proc. leczonych. Mimo to 4 mln chorych pozostaje bez terapii. Badanie ujawnia także skalę „cichych” zagrożeń: 900 tys. osób żyje z nierozpoznaną cukrzycą, 2,3 mln – z przewlekłą chorobą nerek i 4 mln osób z podwyższoną lipoproteiną(a). Najbardziej niepokoją wyniki młodych dorosłych, u których rośnie nadciśnienie i otyłość brzuszna.

Prostsza klasyfikacja zawału

Podczas kongresu ESC 2026 zaprezentowano Piątą uniwersalną definicję zawału mięśnia sercowego, upraszczając dotychczasowy podział na pięć typów do trzech kategorii opartych na mechanizmie niedokrwienia. Nowa klasyfikacja wyróżnia: zawał pierwotny, ostry problem w tętnicy wieńcowej (miażdżyca, zakrzep, SCAD, skurcz, zator), zawał wtórny: zaburzenie równowagi między zapotrzebowaniem a podażą tlenu (tachykardia, niedokrwistość, niedotlenienie, skrajne ciśnienia), zawał związany z zabiegiem – powikłanie PCI lub operacji kardiologicznej w ciągu 30 dni. Dokument podkreśla rozróżnienie między zawałem a uszkodzeniem mięśnia sercowego – troponina musi być powiązana z niedokrwieniem

(objawy, EKG, obrazowanie). Nowa definicja ma ułatwić diagnostykę, dobór leczenia i komunikację z pacjentem. Jest też powiązana z ICD-11, co poprawi jakość danych epidemiologicznych.

Złe powietrze szkodzi oczom

Zanieczyszczenie powietrza, zwłaszcza PM_{2,5} może zwiększać ryzyko wystąpienia jaskry i zaćmy. To wniosek z metaanalizy 41 badań obejmujących miliony osób, zaprezentowanej na ESCRS 2026. W najbardziej zanieczyszczonych rejonach ryzyko jaskry było o 70 proc. wyższe, a średnio ekspozycja na PM_{2,5} podnosiła ryzyko jaskry o 8 proc., a zaćmy o 4 proc. Mechanizmy mogą obejmować przewlekły stan zapalny, stres oksydacyjny oraz bezpośredni wpływ zanieczyszczeń na powierzchnię oka.

AI i broń biologiczna

Najnowszy raport Anthropic ostrzega, że sztuczna inteligencja może być wykorzystywana do badań o potencjalnie niebezpiecznym zastosowaniu biologicznym. Firma zablokowała konta użytkowników próbujących omijać zabezpieczenia i prowadzić analizy dotyczące m.in. ptasiej grypy, chikunguny czy ortopokswirusów. Autorzy raportu podkreślają, że zaawansowane modele AI obniżają próg wejścia do złożonych dziedzin biologii, co zwiększa ryzyko nadużyć. Anthropic wprowadza kolejne ograniczenia i apeluje o nowe zasady nadzoru nad najbardziej zaawansowaną AI. ●

Manifest mięsożercy

PIOTR KOŚCIELNIAK
REDAKTOR NACZELNY



Wpowodzi naprawę istotnych spraw dotyczących zdrowia wybiła się w mediach jedna – i to wcale nienajważniejsza. Chodzi o forsowaną przez minister edukacji zmianę żywienia w polskich szkołach, szerzej znaną jako dieta planetarna. W skrócie: dzieci będą dostawać mięso najwyżej dwa razy w tygodniu (ale musi być roślinna alternatywa), a potrawy wyłącznie roślinne – co najmniej raz w tygodniu. W pozostałe dni – ponieważ mięsa nie wolno – posiłki oczywiście będą wegetariańskie. To zatem dieta roślinna z okazjonalnym udziałem produktów odzwierzęcych.

A że rozwijające się organizmy potrzebują tychże produktów odzwierzęcych? Drobiazg. To wszak dieta „planetarna” – jej celem jest ratowanie planety. Przedstawiona przez „Lancet” w 2019 r. ma trzy cele: wyżywienie rosnącej globalnej populacji, zmniejszenie liczby zgonów spowodowanych niewłaściwą dietą i zmniejszenie wpływu produkcji żywności na środowisko.

Jak to działa w praktyce? Mam informacje z pierwszej ręki: dzieci nie lubią kaszy z warzywami i strączkami i w związku z tym ich po prostu nie jedzą. „Kotlety” roślinne i „zdrowe” sosy na ryżu z brokułami im nie smakują. Ze szkoły wychodzą głodne, po drodze do domu zaglądają do sklepu z płazem i kupują sobie hot doga albo batonik. Rodzice zaś dokonują ekwilibrystycznych zabiegów, aby za szkolne obiady bez mięsa nie płacić – skoro ich pociechy i tak tych pyszności nie jedzą.

Nieskomplikowane z pozoru wyzwanie umożliwienia dzieciom wyboru, czy chcą jeść mięso, czy

może planetarną fasolę, przerosło możliwości rządzących. Słuszny postulat wprowadzenia zdrowych posiłków w szkołach zwyrodniał i przypomina to, co stało się z edukacją zdrowotną (z częścią o seksie). Spór o kotleta stał się sporem politycznym, angażującym panie minister i byłych premierów. Obie strony sięgają po górnolotne argumenty dotyczące z jednej strony polskiej tradycji, a z drugiej – ekologicznej świadomości. Zdrowe żywienie dzieci jakoś w tym wszystkim umyka.

Oliwy do ideologicznego ognia dołączyła aktywistka Sylwia Spurek, która ogłosiła, że wprowadzenie diety planetarnej do szkół to jej osobisty sukces. I że wdrażany właśnie w szkołach eksperyment to plan jej fundacji, która na swojej stronie chwali się: „Roślinna szkoła – nasza wygrana”. A sama Spurek w jednym z najpopularniejszych portali internetowych pyta: „Kiedy kotlet schabowy stał się prawem człowieka”.

Mógłby pani Spurek odpowiedzieć, że schabowy wprowadzić nie jest prawem człowieka, ale decyzją, co sobie kładziemy na talerz – już tak. I że dotyczy to zarówno wegan, jak i wszystkożerców. Mógłbym, ale lepiej pasują tu słowa słynnego kucharza, restauratora i krytyka kulinarnego Anthony’ego Bourdaina: „Bycie weganinem to całkowicie samolubny fenomen krajów pierwszego świata. Wegetarianie i ich przypominająca Hezbollah frakcja – weganie są wrogami wszystkiego, co dobre i przyzwoite w ludzkiej naturze”.



Od kilku tygodni z redakcją „Gazety Lekarskiej” kontaktują się lekarze, którzy wskazują na pogorszenie się nastawienia do całego personelu medycznego. Zwłaszcza osoby pracujące na szpitalnych oddziałach ratunkowych oraz w placówkach podstawowej opieki zdrowotnej skarżą się, że coraz częściej spotykają się z wyzwiskami, groźbami lub złośliwą krytyką.

I choć, jak mówią, takie sytuacje zdarzały się wcześniej, zjawisko to nasiliło się w ostatnim czasie – a ściślej mówiąc, po opublikowaniu przez portal zero.pl cyklu materiałów dotyczących 28-letniego Dawida Kacprzyka – świeżo upieczonego lekarza, koordynatora SOR w Szpitalu Południowym w Warszawie i polityka związanego z obozem władzy.

Lista zarzutów wobec niego – jak napisał portal tvn24.pl – była niczym „dobry cios bokserki na korpus”, wydaje się jednak, że opinię publiczną najbardziej kłuje w oczy spektakularny wzrost jego zarobków: z około 7 tys. zł miesięcznie w 2023 r., wliczając w to stypendium naukowe, do prawie 1,6 mln zł za 2025 r. Tym bardziej że przynajmniej częściowo kwota ta została uzyskana w wątpliwy sposób – kiedy sprawa wyszła na jaw, doszło do próby zwrotu 0,5 mln zł na konto Szpitala Południowego.

Afera Kacprzyka wybuchła pod koniec kalendarzowej wiosny, a media wciąż nią żyją, mimo że mamy początek jesieni. Co chwilę na jaw wychodzą doniesienia o nieprawidłowościach w kolejnych placówkach – część z nich jest przypisywana lekarzom. Jeden przypadek ze średniej wielkości szpitala wywołał jednak lawinę oskarżeń uderzających we wszystkich noszących biały fartuch od Trójmiasta po Zakopane.

„KTO MA ROZWIĄZAĆ TEN PROBLEM?”

„Droży lekarze! Czy jest jakieś sk...stwo, którego byście nie zrobili dla pieniędzy?” – w ten sposób na początku września poseł Anna Maria Żukowska skomentowała w portalu X doniesienia portalu zero.pl o „papierowych zawałach” w szpitalu w Nowej Soli (w jej

TEMAT NUMERU

Lekarze na celowniku

MARIUSZ TOMCZAK

Środowisko lekarskie coraz częściej ma poczucie, że padło ofiarą nagonki. Medialne zarzuty pod adresem pojedynczych osób prowadzą do niesprawiedliwej stygmatyzacji całej, liczącej około 165 tys. osób, grupy wykonujących ten zawód.

wpisie przekleństwo nie zostało bynajmniej wykropkowane).

Szybko wywiązała się internetowa dyskusja między panią poseł a Jakubem Kosikowskim, do niedawna rzecznikiem Naczelnej Izby Lekarskiej (aby nie zostać posądzonym o wyrywanie zdań z kontekstu, zastrzegam, że nieznacznie ją skróciłem):

Kosikowski: „Pytanie do Pani Poseł brzmi – dlaczego nikt tego nie ściga?”

Zukowska: „Ściga NFZ i, niebawem, prokuratura. Problem w tym, że NFZ ma zbyt mało kontrolerów. Ale przy tej skali deficytu funduszu każdy jego szef będzie się bał opinii publicznej, jeżeli przekaze więcej środków na urzędnicze etaty, kosztem środków na procedury”.

Kosikowski: „No ale to kto ma rozwiązać ten problem?”

Zukowska: „No, kto?”

Kosikowski: „No nie wiem, rządzący?”

Zukowska: „A nie lekarze? Problem wszak dotyczy środowiska lekarskiego. Które akurat wśród rządzących każdej opcji ma głęboko zapuszczone korzenie”.

Krótkie wyjaśnienie dla niezorientowanych w meandrach wielkiej polityki: autorka tych słów to przedstawicielka Nowej Lewicy – partii współtworzącej obecny rząd. Politycy tego ugrupowania są członkami Rady Ministrów, czyli naczelnego organu władzy wykonawczej, który prowadzi politykę wewnętrzną państwa, jeden z liderów Nowej Lewicy jest wicepremierem, a przewodniczący piastuje drugie najważniejsze stanowisko w naszym państwie – marszałka Sejmu.

– Mamy problem z podejściem lekarzy do ich zawodu. Kiedyś uważano, że to zawód z misją i pełnią go ludzie przekonani co do tego, że ich powołaniem jest ratowanie ludzkiego zdrowia



ilustracja: Michał Trusz (wykonano przy wsparciu AI)

i życia, a w ostatnich latach w wielu przypadkach lekarze przemienili się w bezwzględnych biznesmenów – powiedziała Anna Maria Zukowska, zapytana przez Wirtualną Polskę o to, czy podtrzymuje swoje słowa.

ODPOWIEDZIALNOŚĆ ZBIOROWA

Lekarze zgłaszający się do naszej redakcji nie usprawiedliwiają nadużyć ujawnianych w mediach – bo że takowe się zdarzają, chyba nikt nie ma wątpliwości. Podkreślają jednak, że zamiast dyskutować

o konkretnych przypadkach, w debacie publicznej stosuje się odpowiedzialność zbiorową wobec całego środowiska. A przecież – jak sami mówią – oni pracują uczciwie i „nie za miliony”.

Mówią też, że klimat „pokaż, lekarzu, co masz w garażu” powrócił ze zdwojoną siłą, a wysokość zarobków jest często wyrywana z kontekstu – kwoty podaje się w oderwaniu od liczby godzin, wykonanych procedur oraz ogromnych kosztów osobistych. Wielu lekarzy pracuje grubo ponad 40 godzin tygodniowo po prostu dlatego, że nie chcą zostawić pacjentów bez opieki.

Nasi rozmówcy zwracają uwagę, że cała grupa obrywa za wieloletnie zaniedbania systemowe. Przecież to nie lekarze tworzą kluczowe reguły gry w ochronie zdrowia – odpowiadają za nie politycy. Część decyzji podejmuje zaś urzędnicy, którzy zawdzięczają posady koneksjom partyjnym. Lekarze są zbulwersowani, że zrobiono z nich „twarz” wadliwie działającego systemu, w którym pracują, ale również są jego ofiarami, a w dyskusjach publicznych nierzadko to właśnie im przypisuje się rolę „głównego hamulcowego” reform.

– To przede wszystkim nas pacjenci obarczają winą za długie kolejki i brak szybkich terminów przyjęć. Rzadko mają o to pretensje do rządu, Ministerstwa Zdrowia, Narodowego Funduszu Zdrowia czy dyrekcji szpitala. Głównym wrogiem staje się lekarz, do którego nie mogą się szybko dostać, ale to nie my

zaprojektowaliśmy ten system – stwierdza jeden z lekarzy.

„ZNAJDIEMY CIĘ, KONOWALE”

Szczególnie niepokoi zacierająca się granica między krytyką a hejtem. Jest to widoczne w niektórych komentarzach pod artykułami w internecie oraz w mediach społecznościowych. Czasami pojawiają się też bezpośrednie groźby, takie jak: „znajdziemy cię, konowale”, „pożałujesz tego”, „wiemy, jakim autem jeździsz”, „dowiem się, gdzie mieszkasz”.

Niektórzy lekarze boją się, że wirtualny lincz może stanowić preludium do czegoś znacznie gorszego – że padną ofiarą agresji fizycznej w gabinecie, przed wejściem do szpitala albo podczas robienia zakupów czy spaceru z dziećmi, bo przecież nie są osobami anonimowymi. Ataki na medyków zdarzają się od dawna w różnych częściach kraju – w grę wchodziły już nie tylko pięści, ale i noże.

– Rozumiem, że w obliczu strachu o życie własne lub bliskich czasami emocje biorą górę, ale bólu i bezsilności spowodowanej chorobą nie można wyładowywać na tych, którzy leczą i których praca polega na pomaganiu innym. Ja też jestem człowiekiem. Na swoje nazwisko pracowałam latami ciężkiej pracy – powiedziała jedna z lekarek, prosząc o poruszenie tego tematu, „zanim dojdzie do jakiejś tragedii”. – Unikam oglądania serwisów informacyjnych, bo od kilku miesięcy trwa seans nienawiści wymierzony w naszą grupę zawodową. Kwot, o których się tam mówi, nigdy nie widziałam na oczy – dodała.

LUSTRACJA ZAROBKÓW

Od wybuchu afery Kacprzyka nie było chyba tygodnia, w którym w znanej telewizji, poczytnej gazecie czy jednym z najważniejszych portali internetowych nie pojawiłaby się podana w sensacyjnym tonie informacja o siedmiocyfrowych zarobkach w skali roku, które zdarzają się w publicznych placówkach ochrony zdrowia, mimo że nierzadko toną one w długach. Takie doniesienia serwują też media lokalne. Sęk w tym, że wynagrodzenia przekraczające 1 mln zł rocznie to nie jest norma.

– Z naszych danych wynika, że niewiele ponad 1 proc., czyli około 560 osób, zarabia ponad 100 tys. zł miesięcznie – powiedział w czerwcu portalowi rynekzdrowia.pl Daniel Rutkowski, prezes Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, czyli rządowej instytucji opiniotwórczo-doradczej, nadzorowanej przez ministra zdrowia. Na pytanie, czy

to oznacza, że około pół tysiąca lekarzy zarabia ponad 1 mln zł rocznie w jednym miejscu pracy, doprecyzował: – 1,5 proc. lekarzy w jednym miejscu pracy ma zarobki w tym przedziale.

Daniel Rutkowski zastrzegł, że AOTMiT nie dysponuje danymi o łącznych zarobkach konkretnych lekarzy, lecz o pojedynczych umowach czy wynagrodzeniach, ale dzięki zbiorce danych w oparciu o numer PESEL da się sprawdzić, ile realnie zarabiają, jeśli pracują w kilku miejscach. – Nie jestem zwolennikiem wprowadzenia mechanizmów ograniczających wynagrodzenie dla wszystkich lekarzy. Przecież zdecydowana większość z nich aż tyle nie zarabia – dodał

Klimat „pokaż, lekarzu, co masz w garażu”

powrócił ze zdwojoną siłą,

a wysokość zarobków jest często

wyrywana z kontekstu

szeń Agencji, odnosząc się do najbardziej spektakularnych kwot podawanych przez media.

Wydaje się, że wcześniejsze szacunki dotyczące liczby lekarzy zarabiających ponad 1 mln zł rocznie były znacznie zaniżone. Potwierdzają to m.in. dane Sieci Obywatelskiej Watchdog. Co więcej, od kilku tygodni wysokość kontraktów i umów cywilnoprawnych zawieranych z lekarzami przez placówki ochrony zdrowia jest jawna – informacje te trafiają do Centralnego Rejestru Umów Jednostek Sektora Finansów Publicznych. Nie zawiera on jednak danych pochodzących z publicznych szpitali działających w formie spółek i nie znajdziemy w nim żadnych umów o pracę.

MIEDZY NARRACJĄ A FAKTAMI

– Od kilku tygodni spotykamy się z hejtem, który niszczy zaufanie i nie rozwiązuje żadnego problemu w systemie ochrony zdrowia. Narracja o lekarzach milionerach nie ma nic wspólnego z realiami pracy w szpitalach klinicznych, gdzie wielu specjalistów pracuje za 80–90 zł brutto za godzinę – powiedział dr n. med. Andrzej Kot, skarbnik Okręgowej Rady Lekarskiej

w Lublinie, podczas niedawnego spotkania z dziennikarzami w Naczelnej Izbie Lekarskiej.

Andrzej Kot zwrócił też uwagę na to, co zwykle pomijają osoby wytykające niebotyczne zarobki wąskiej grupie lekarzy – ustawowa siatka płac minimalnych w ochronie zdrowia nie w każdym przypadku faworyzuje to środowisko. – Dziś pielęgniarka z wyższym wykształceniem i specjalizacją zarabia więcej niż lekarz bez specjalizacji. To nie jest proporcjonalne do odpowiedzialności i zakresu obowiązków – podkreślił skarbnik ORL w Lublinie.

Chodzi o to, że od 1 lipca 2026 r. minimalne wynagrodzenie pielęgniarki lub położnej z tytułem magistra i specjalizacją wynosi dokładnie 11 485,59 zł brutto (jest to wzrost o 931,17 zł), podczas gdy lekarza lub lekarza dentysty bez specjalizacji – 10 595,24 zł brutto (wzrost o 858,99 zł).

„DO JEDNEGO WORKA”

– Mam dość wrzucania wszystkich lekarzy do jednego worka – powiedziała Grażyna Kubat, przewodnicząca Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy, podczas posiedzenia Trójstronnego Zespołu ds. Ochrony Zdrowia, które odbyło się 15 września. Poświęcono je m.in. przygotowaniom do zbiórki danych o wynagrodzeniach. – Skończmy tę nagonkę na lekarzy, bo nie jest tak, że wszyscy widzą tylko pieniądze. Nagonka powoduje tylko agresję, a to może skutkować odchodzeniem do sektora prywatnego – dodała szefowa OZZL.

Z informacji przedstawionych członkom zespołu wynika, że do końca listopada placówki ochrony zdrowia mają przekazać szczegółowe informacje o wynagrodzeniach pracowników, co pozwoli połączyć dochody z różnych miejsc pracy i form zatrudnienia. To pokłosie wejścia w życie kilka tygodni temu ustawy umożliwiającej AOTMiT gromadzenie tych informacji w powiązaniu z numerem PESEL i numerem prawa wykonywania zawodu. Pierwsze wnioski mamy poznać w styczniu 2027 r.

Samorząd lekarski od początku sprzeciwiał się tym przepisom z uwagi na zagrożenie dla prywatności i obawy o wyciek danych wrażliwych. Pojawiały się też liczne

opinie, że „ustawa PESEL-owa” to element budowania negatywnego wizerunku całego środowiska – bat na lekarzy – odwracający uwagę od istoty kryzysu w ochronie zdrowia. Bo tego, że mamy z nim do czynienia, chyba nikt nie neguje – w odmienny sposób są jednak postrzegane jego przyczyny.

CO JEST ŹRÓDŁEM PATOLOGII

Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej dr n. med. Łukasz Jankowski podkreśla, że dyskusja o problemach w ochronie zdrowia jest konieczna, ale jednocześnie apeluje o niezrzucanie winy za wszelkie niedomagania na personel medyczny. A niektórzy tak robią, sugerując, że system kuleje z powodu pazerności lekarzy, bo ich oczekiwania finansowe ciągną placówki na dno.

– Cała patologia kominów płacowych wzięła się ze złej wyceny procedur. Trochę tak, jakbyśmy mieli za złe lekarzom, że pracują i wykonują dużo procedur. Na tym dotychczas zyskiwali wszyscy: szpitale, pacjenci i lekarze – mówił prezes Łukasz Jankowski portalowi wp.pl. Dodał jednak, że duże rozwarstwienie jest faktem i powinno ulec zmianie: – Prosimy rząd o zmiany: tam, gdzie procedury są przeszacowane, należy je zmniejszyć, a tam, gdzie niedoszacowane – zwiększyć.

– Potrzebna jest reforma, której pierwszym, choć oczywiście niejedynym, elementem będzie zmiana wycen świadczeń. To ułatwi odejście od podziału na pacjentów „opłacalnych” i „nieopłacalnych”. Kominy płacowe powstały w związku z przeszacowaniem niektórych procedur. Zdarza się, że placówki konkurują między sobą o lekarzy, zwłaszcza w najbardziej deficytowych specjalizacjach, oferując coraz wyższe wynagrodzenia – podkreśla dr n. med. Klaudiusz Komor, wiceprezes NRL.

GRZECH PIERWORODNY

Eksperti od dawna wskazują, że oderwana od realiów rynkowych wycena świadczeń to jeden z kluczowych problemów ochrony zdrowia o charakterze systemowym. Bez zajęcia się tą kwestią wszelkie próby skracania kolejek są skazane na porażkę. Obecnie wiele wycen ma się nijak do rzeczywistych wydatków ponoszonych przez placówki, w tym kosztów pracy i materiałów. Ich urealnienie m.in. poprawiłoby efektywność opieki medycznej.

„Brak właściwej wyceny świadczeń w największym stopniu odpowiada z jednej strony za zadłużenie placówek ochrony zdrowia, a z drugiej za tzw. kominy płacowe, na które nie powinno być miejsca

w systemie finansowanym ze środków publicznych” – czytamy w stanowisku Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej w sprawie projektu ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw, podjętym w sierpniu 2026 r. Planowane przepisy to bezpośrednia reakcja rządu na aferę Kacprzyka.

W stanowisku zaznaczono również, że projekt nie zawiera mapy drogowej zmian wysokości świadczeń. „Samo przyznanie prezesowi AOTMiT uprawnienia do wszczynania procedury zmiany taryfy jest niewystarczające, bo nie wiadomo,

Eksperti od dawna wskazują,
że oderwana od realiów rynkowych
wycena świadczeń to jeden z kluczowych
problemów ochrony zdrowia
o charakterze systemowym

czy i kiedy z niego skorzysta, pewnie tylko w sytuacji, gdy taryfa jest zawyżona, natomiast nie skorzysta, gdy taryfa jest za niska” – podkreślono.

„NIE SZUKAJCIE KONFRONTACJI”

Na temat wycen samorząd lekarski od dawna chce rozmawiać z decydentami, ale obecnie to głos wołającego na puszczy. Od miesięcy władze NIL proszą też o spotkanie z premierem Donaldem Tuskiem poświęcone reformie systemu ochrony zdrowia – takiej z prawdziwego zdarzenia.

Na początku lipca szef rządu na konferencji prasowej poświęconej szokującym doniesieniom w sprawie Szpitala Południowego zaapelował do całego środowiska lekarskiego, w tym do władz samorządu, o współpracę na rzecz naprawy ochrony zdrowia. – Zwracam się do izby, żebyście pomogli naprawić ten stan rzeczy, a nie szukali konfrontacji – podkreślił Donald Tusk.

Jeszcze tego samego dnia prezes NRL Łukasz Jankowski zadeklarował pełną gotowość do współpracy. W piśmie do szefa rządu wskazał – jako trzy filary koniecznych zmian – nie tylko urealnienie wycen procedur medycznych, ale również odpolitycznienie ochrony zdrowia i wprowadzenie limitów czasu pracy

personelu medycznego maksymalnie do 78 godzin na tydzień – niezależnie od formy zatrudnienia.

LEGITYMACJA PARTYJNA NAJWAŻNIEJSZA

W ostatnich tygodniach prezes NRL wielokrotnie mówił o gotowości środowiska do zmian, których lekarze często sami domagają się od wielu lat. – Nikt nie obroni lekarzy milionerów, którzy wyludniają pieniądze z Narodowego Funduszu Zdrowia. Nikt nie obroni dzisiaj tych lekarzy, którzy pracują w trzech miejscach naraz i to wykazują, i nikt tych patologii bronić nie chce, ale rozwiązanie nie może być gorsze niż choroba – powiedział Łukasz Jankowski na początku września podczas Forum Ekonomicznego w Karpaczu w rozmowie z „Menedżerem Zdrowia”.

W podobnym duchu wypowiadają się inni przedstawiciele samorządu. Jakub Kosikowski przyznaje, że „przez czarne owce” całe środowisko ma zszarganą opinię, ponieważ bywa teraz postrzegane jako „milionerzy oszuści”. Zdaniem Łukasza Jankowskiego sytuacja, w której w jednym oddziale ktoś zarabia 11 tys. zł brutto, a w drugim 300 tys. zł brutto miesięcznie, jest oceniana jako niesprawiedliwa przez samo środowisko. – To rozwarstwienie jest demoralizujące, demotywujące dla młodych lekarzy do nauki, do rozwoju na tych oddziałach, gdzie procedury są źle wycenione – powiedział na antenie radiowej Trójki.

Łukasz Jankowski dodał, że za patologię wpływającą w ostatnim czasie na wierzch odpowiadają nie tylko politycy na najwyższym szczeblu, ale również działacze lokalni, którzy nierzadko traktują szpitale jako „łup polityczny”. W wielu powiatach placówki te są największymi zakładami pracy. Kiedy lokalni notabie decydują o obsadzie ważnych stanowisk, także w obszarze ochrony zdrowia, kluczowe znaczenie ma legitymacja partyjna.

– Gdyby radny Kacprzyk nie miał pleców politycznych, nie był radnym Platformy Obywatelskiej albo jakiegokolwiek innego klubu, to będąc rezydentem drugiego roku, nie zarobiłby miliona sześciuset tysięcy złotych i nie jeździłby Porsche Panamera, bo to jest po prostu fizycznie niemożliwe – mówił szef samorządu lekarskiego. ●

TEMAT NUMERU

Wyjaśnić, przeprosić i dać rozwiązanie

Na wizerunek lekarzy wpływa wiele czynników. O znaczeniu skandali, problemów komunikacyjnych i podziału na „my” i „oni” mówi **Łukasz Przybysz**, medioznawca z Uniwersytetu Warszawskiego, w rozmowie z Lidią Sulikowską.

Obserwujemy przyływ krytyki i agresji wobec lekarzy, co widać nie tylko w mediach społecznościowych, ale i w realnym życiu. Jakie są tego główne przyczyny? Głośne afery medialne z udziałem medyków, a może złe doświadczenia pacjentów w gabinetach i szpitalach?

Bardzo trudno jest jednoznacznie ocenić skalę tego zjawiska. Uważam, że afery medialne przede wszystkim wzmacniają i uwidaczniają to, co w społeczeństwie jest już w pewien sposób zasiane, a na to „ziarno” składa się wiele czynników. Po pierwsze, lekarze jako grupa zawodowa bywają postrzegani przez część społeczeństwa jako osoby w pewnym sensie niedostępne. Nie są „jednymi z nas”, lecz przedstawicielami swoistej elity, która „wie lepiej”. Dodatkowo nierzadko kontakt z lekarzem ogranicza się do kilkunastu minut konsultacji, a w prywatnej opiece pacjent płaci za nią kilkaset złotych, znajdując się w trudnej sytuacji zdrowotnej. Takie myślenie tworzy opozycję w stylu „my” – pacjenci, i „oni” – lekarze.

Skandale z udziałem lekarzy mogą ten podział pogłębiać. News medialny staje się dowodem potwierdzającym istniejące uprzedzenia i przekonanie, że „idę do lekarza, który pewnie jest milionerem, a na dodatek bierze za dużo dyżurów, więc pewnie nie poświęci mi wystarczająco dużo uwagi”. W efekcie pojedyncze przypadki zaczynają rzutować na postrzeganie całej grupy zawodowej.

Oczywiście nie wszyscy pacjenci myślą w ten sposób. Wiele docenia pracę lekarzy i jest po prostu wdzięcznych za otrzymaną pomoc. Są jednak



fot. Łukasz Kamiński

▲ **Łukasz Przybysz** jest medioznawcą i politologiem. Wykłada na Wydziale Dziennikarstwa, Informacji i Bibliologii Uniwersytetu Warszawskiego. W kręgu jego zainteresowań są public relations, etyka, public affairs, komunikacja społeczna i polityczna, a także media

i tacy, którzy mają inne doświadczenia, szczególnie wtedy, gdy nie czują, że otrzymują wystarczającą opiekę. Jako osoba zajmująca się zawodowo komunikacją i public relations muszę przyznać, że mnie również zdarzyło się dopytywać lekarza, co chce mi przekazać, a także prosić o dodatkowe wyjaśnienia. Wielu pacjentów nie zada jednak takich pytań z własnej inicjatywy. To lekarz powinien stwarzać przestrzeń do rozmowy, zadawania pytań oraz udzielać zrozumiałych wyjaśnień. Trzeba jednak przyznać, że relacje

na linii lekarz-pacjent wyglądają dziś znacznie lepiej niż kiedyś, choć nadal nie jest idealnie. Wciąż zdarzają się sytuacje, w których lekarze nie umieją skutecznie komunikować się z pacjentami; bywa, że niewiele tłumaczą lub nie okazują wystarczającej empatii. To z kolei wpływa na sposób, w jaki są postrzegani. Niesatysfakcjonująca rozmowa może być odbierana jako „zbywanie” pacjenta i pozostawianie go z poczuciem: „powiedział do mnie dwa zdania i do widzenia”.

Na nastroje społeczne Polaków wpływa również to, że publiczny system ochrony zdrowia nie funkcjonuje tak, jak powinien. Poczucie, że mimo opłacania składek zdrowotnych trzeba długo czekać na wizytę i nie zawsze otrzymuje się pomoc na oczekiwanym poziomie, rodzi frustrację.

Jak Pan ocenia relacjonowanie przez media skandalu, do którego doszło w Szpitalu Południowym i od którego właściwie zaczęły się kolejne doniesienia dotyczące nieprawidłowości w placówkach medycznych i wysokich zarobków niektórych lekarzy?

Rolą mediów jest to, aby alarmować o nieprawidłowościach. To była sytuacja, która niewątpliwie wymagała uważnego zbadania. Jeżeli potwierdzają się informacje o nadużyciach czy wykorzystywaniu swojej pozycji, takie zachowania są niedopuszczalne w zawodzie zaufania publicznego. Lekarze są grupą zawodową, która na etykę

swojego postępowania powinna zwracać szczególną uwagę.

Natomiast prawda jest też taka, że medialne podgrzewanie tematu – często poprzez powtarzanie w zasadzie tych samych informacji, które niewiele nowego do sprawy wnoszą – zostało doprowadzone bardzo daleko, co skutecznie zaostriżyło emocje społeczne. Trudno się temu dziwić, bo media to także biznes – jeśli mają temat, który budzi duże zainteresowanie odbiorców, chętnie do niego wracają.

Czy Pana zdaniem środowisko lekarskie wystarczająco odcina się od przypadków nieprofesjonalnych zachowań swoich koleżanek i kolegów?

Nie umiem na to pytanie jednoznacznie odpowiedzieć, bo tak naprawdę co to znaczy, że się „wystarczająco odcina”? Z jednej strony niemal natychmiast chciałoby się w ostrych słowach potępić i rozliczyć zachowanie lekarza, o którym media donoszą, że zachowywał się nieprofesjonalnie lub wręcz mógł łamać prawo, bo to przekaz, który najbardziej dociera do odbiorcy i którego często oczekuje społeczeństwo. Z drugiej strony rozsądek podpowiada, że najpierw trzeba sytuację dokładnie zbadać i formułować wyważone komentarze, szczególnie na początku, gdy niewiele jeszcze wiemy, a następnie skupić się na wprowadzeniu rozwiązań, które zabezpieczyłyby przed ponownym wystąpieniem podobnego zdarzenia. Taka postawa jest jednak odbierana niezbyt dobrze – jako asekurantstwo, uciekanie od problemu, zamiatanie sprawy pod dywan.

W takim razie jak skutecznie reagować po głośnych skandalach, by nie rzutowały one na opinię o całym środowisku?

Klasyka zarządzania kryzysowego mówi o tym, aby najpierw sprawdzić, co się stało, następnie wyjaśnić sytuację, a jeśli doszło do nieprawidłowości – przeprosić i zadośćuczynić. Trzeba przede wszystkim przyznać, że sprawa jest poważna, wskazać, dlaczego do niej doszło, i zaproponować rozwiązania, które pozwolą zapobiec podobnej sytuacji w przyszłości. Trzeba jednak pokazać konkrety, a nie poprzestać na bliżej nieokreślonych zapewnieniach.

Dlaczego w dyskusji media tak chętnie poruszają kwestie milionowych kontraktów i nieprawidłowości związanych z pracą lekarzy, a dużo rzadziej

mówią o tym, jak wyglądają trudne realia pracy, związane z przepracowaniem czy ogromną odpowiedzialnością?

Nie zgodzę się, że sukcesy oraz realia pracy lekarzy nie są w mediach pokazywane. To się dzieje, choć nie z taką intensywnością jak w wypadku związanych z nimi skandali. Przyczyna jest prozaiczna – negatywna informacja jest medialnie bardzo atrakcyjna, ponieważ uderza w jedną z największych wartości związanych z tym zawodem, czyli zaufanie, a ponadto trafia w czułą społecznie kwestię sprawiedliwości i nierówności.

Gdyby miał Pan wskazać trzy działania, które powinno się podjąć teraz, aby za pięć lat Polki i Polacy lepiej postrzegali lekarzy jako grupę zawodową, co znalazłoby się na tej liście?

Po pierwsze, widzę potrzebę większego zaangażowania środowisk lekarskich w budowanie społecznego prestiżu zawodu lekarza. Dostrzegam sporo działań w tym obszarze, ale zazwyczaj pozostają one na poziomie deklaracji formułowanych podczas sympozjów czy konferencji. Nadal jest zbyt mało inicjatyw docierających do szeroko rozumianej opinii publicznej.

Po drugie, warto poprawić skuteczność docierania do mediów z pozytywnymi przekazami z życia zawodowego lekarzy. To oczywiście nie jest łatwe, z podobnymi trudnościami mierzą się również inne grupy zawodowe, np. prawnicy.

Po trzecie, na pewno warto położyć większy nacisk na edukację studentów medycyny i już praktykujących lekarzy w zakresie komunikacji i etyki wykonywania zawodu. Jestem głęboko przekonany, że zdecydowana większość lekarzy ma przeswiadczenie, że są po to, aby nieść pomoc medyczną. Sam spotkałem na swojej drodze wielu wspaniałych lekarzy. Jednak bardzo łatwo jest się zatracić w rutynie codziennych obowiązków, dlatego o zasadach dobrej komunikacji i etyki trzeba przypominać przez całą drogę zawodową.

Czy odbudowa wizerunku jest w ogóle możliwa bez poprawy

funkcjonowania systemu ochrony zdrowia?

I tu dochodzimy do kwestii absolutnie kluczowej. Bez poprawy systemu ochrony zdrowia poprawa wizerunku lekarzy będzie bardzo trudna. Powód jest dość prosty: to właśnie do lekarza pacjenci zwracają się po pomoc i oczekują realnego wsparcia. To, że go nie otrzymują z powodu niesprawnego systemu, schodzi niestety na dalszy plan, bo to z lekarzem mają bezpośredni kontakt.

Był taki moment, że udało się wytłumaczyć opinii publicznej, że za złe działającą ochronę zdrowia nie odpowiadają lekarze, tylko osoby nim zarządzające.

Natomiast informacje medialne dotyczące np. przypadków ekstremalnie wysokich zarobków lekarzy ten obraz mocno zaburzyły.

Wydaje się, że dla partii rządzącej bardzo wygodne są tego rodzaju doniesienia.

Rzeczywiście, w debacie publicznej pojawiła się narracja przekierowująca część odpowiedzialności za złe działający system na „złych lekarzy”, do których mają trafiać „niemal wszystkie pieniądze w ochronie zdrowia”. Z drugiej strony ta sytuacja zwróciła uwagę licznej grupy lekarzy, którzy odbierali przypadki ekstremalnie wysokich wynagrodzeń jako coś, co nie pasuje do ich wyobrażenia o własnej grupie zawodowej, a jednocześnie podkreślają, że chcą godnie zarabiać, bo mają unikatową wiedzę i kompetencje, za które powinni być właściwie wynagradzani. Dostrzegają jednak, że również w tym obszarze istnieją pewne granice. To może być istotny element samoregulacji środowiska.

Czy lekarze nadal są dla Polek i Polaków autorytetem?

Tak, oczywiście. Każdy, kto potrzebuje profesjonalnej pomocy medycznej, zwraca się do lekarza. Od jego wiedzy i decyzji często zależy to, co mamy w życiu najważniejsze, czyli zdrowie, a czasem także życie. Pod tym względem lekarze są i pozostaną autorytetem. ●

TEMAT NUMERU

Gniew sieci

SYLWIA WAMEJ

Lekarze stają się jednym z najłatwiejszych celów hejtu, bo pracują na styku emocji, lęku i oczekiwań. Terminy są odległe, procedury skomplikowane, a dostęp do świadczeń ograniczony. Gdy system zawodzi, frustracja pacjenta spada na lekarzy.

Jak zauważa dr Karolina Brylska z Laboratorium Badań Medioznawczych Uniwersytetu Warszawskiego, pacjenci rzadko mają możliwość wyrażenia niezadowolenia wobec NFZ, dlatego frustracja kierowana jest do lekarzy lub przenosi się do internetu. Ta asymetria kontaktu sprawia, że emocje, choć często uzasadnione, znajdują ujście w przestrzeni, która premiuje uproszczenia, polaryzację i oburzenie.

SPIRALA ALGORYTMÓW

W mediach społecznościowych najszybciej płyną treści podszyte emocjami: neutralne giną, negatywne stają się wiralami. Algorytmy premiuje oburzenie, bo oburzenie generuje zaangażowanie. W praktyce oznacza to, że negatywne historie o lekarzach szybciej trafiają do szerokiej publiczności, pojedynczy incydent urasta do rangi „dowodu na patologię”, użytkownicy trafiają do baniek, w których krąży wyłącznie krytyka. Lekarze stają się łatwym celem, bo ich praca jest publiczna i podatna na ocenę. Prof. Tomasz Gackowski z Uniwersytetu Warszawskiego podkreśla, że dziś bardzo łatwo skompromitować dowolną grupę zawodową: lekarzy, policjantów czy strażaków. To problem ogólny, a nie specyficzny dla medycyny. W przypadku lekarzy efekt jest jednak szczególnie silny, bo ich praca jest nie tylko publiczna, ale też emocjonalnie obciążona. Każda interakcja z pacjentem może zostać nagrana, opisana, zinterpretowana i wyrwana z kontekstu. A internet nie lubi kontekstu – lubi uproszczenia.

Dyskusja o lekarzach w internecie to gęsta sieć konfliktów, które nakładają się na siebie i wzajemnie wzmacniają. Dr Karolina Brylska wskazuje, że łączy

ona wątki: lekarze kontra pacjenci, lekarze kontra system, pacjenci kontra system, lekarze kontra politycy, pacjenci kontra politycy, lekarze kontra lekarze.

W praktyce oznacza to, że każdy temat: od czasu oczekiwania na wizytę, przez zarobki lekarzy, po decyzje polityczne, może stać się zapalnikiem. – Obecnie dyskusja wokół systemu ochrony zdrowia przypomina siedzenie na uśpionym

Skala hejtu wobec lekarzy rośnie, a jego źródła są wielowarstwowe: od systemowych napięć, przez algorytmy, po emocje pacjentów

wulkanie: wystarczy wyzwalacz, by nastąpiła niebezpieczna erupcja – dodaje Brylska.

Badacze ustalili, że w analizowanych dyskusjach dominowały głosy prawdziwych użytkowników, nie botów. Hejt nie jest więc sztucznie generowany: jest organiczny, emocjonalny i wynika z rzeczywistych doświadczeń.

HEJT – ZJAWISKO GLOBALNE

Zjawisko agresji online wobec lekarzy nie jest polską specyfiką, a potwierdzają to analizy z USA, Wielkiej Brytanii i Kanady. Mechanizmy hejtu są zaskakująco podobne, niezależnie od modelu ochrony zdrowia. Badania opisane w „British Medical Journal” pokazują, że mniej więcej jedna czwarta lekarzy w USA doświadcza agresji

online: od obraźliwych komentarzy po zorganizowane kampanie nękania. Szczególnie narażone są lekarki, które częściej stają się celem ataków dotyczących wyglądu, kompetencji czy życia prywatnego. W komentarzach pojawiają się elementy seksizmu, podważania autorytetu i oceniania „postawy” zamiast kompetencji.

Część agresji przenosi się do świata offline. Lekarze zgłaszają przypadki nachodzenia w miejscu pracy, wysyłania groźb na prywatne numery, prób kontaktu z rodziną, publikowania zdjęć lub nagrań wyrwanych z kontekstu. To powoduje realny spadek poczucia bezpieczeństwa zarówno zawodowego, jak i osobistego. W niektórych placówkach wprowadzono procedury ochrony personelu: zgłaszanie incydentów, monitorowanie aktywności online, wsparcie prawne.

W badaniach opublikowanych przez „British Medical Journal” lekarze podkreślają, że hejt w sieci jest jednym z nowych, istotnych czynników stresu zawodowego. Negatywne komentarze zwiększają obciążenie psychiczne, sprzyjają wycofywaniu się z aktywności online i pogłębiają ryzyko wypalenia. Media społecznościowe stały się kolejnym środowiskiem pracy i kolejnym źródłem presji.

TWARZ SYSTEMU

Kanadyjskie stowarzyszenia medyczne alarmują o rosnącej liczbie przypadków nękania lekarzy, w tym publikowania ich prywatnych danych (doxing). To forma odwetu za

► *Lekarze stają się łatwym celem, bo ich praca jest publiczna i podatna na ocenę*

decyzje kliniczne lub odmowę wykonania procedury niezgodnej z wytycznymi. Doxing przenosi konflikt z przestrzeni cyfrowej do realnego życia i znacząco zwiększa ryzyko naruszenia prywatności medyków.

Badacze zwracają uwagę, że treści nacechowane gniewem i oburzeniem szybciej zyskują zasięgi w mediach społecznościowych, co sprzyja eskalacji emocji wokół pojedynczych incydentów. Gdy instytucje nie reagują w przestrzeni publicznej, frustracja pacjentów częściej kierowana jest na lekarza – jedyną widoczną twarz systemu ochrony zdrowia. To połączenie emocji, braku kontekstu i algorytmicznego wzmacniania zaangażowania tworzy środowisko, w którym jednostkowe konflikty mogą szybko przebrać się w szeroką falę krytyki.

To także rosnąca presja na lekarzy jako ostatni punkt styku. W końcu lekarz staje się symbolicznym reprezentantem całego systemu, nawet jeśli problem wynika z organizacji, polityki czy finansowania. Hejt łączy się z dezinformacją zdrowotną: fałszywe narracje, teorie spiskowe i uproszczone interpretacje decyzji klinicznych wzmacniają agresję i polaryzację. W Polsce nie ma jeszcze tak szczegółowych statystyk, ale sygnały są podobne: lekarze coraz częściej zgłaszają agresję online, a część rezygnuje z aktywności w mediach społecznościowych.

W analizach raportu zwrócono uwagę także na jakość aktywności lekarzy w sieci. Badacze zauważyli, że obok świetnych influencerów medycznych pojawiają się wpisy impulsywne, emocjonalne lub podkreślające wyższość zawodową. Nawet jeśli są merytorycznie słuszne, mogą nieświadomie wzmacniać narracje antylekarskie – bo w sieci liczy się nie intencja, lecz interpretacja.

EFEKT AUREOLI

Psychologowie zwracają uwagę na kilka mechanizmów: frustracja-agresja, gdy pacjent nie może wyrazić gniewu wobec instytucji, kieruje go na jednostkę, efekt aureoli – pojedynczy incydent rzutuje na ocenę całej grupy, dehumanizacja – lekarz staje się „systemem”, nie człowiekiem, polaryzacja moralna – pacjent cierpi, więc oczekuje natychmiastowej pomocy; każde odstępstwo budzi oburzenie. W internecie te mechanizmy są wzmacniane przez anonimowość, brak konsekwencji i algorytmy promujące emocje.



foto: Shutterstock.com

Hejt w sieci nie kończy się na komentarzach. Lekarze mówią o obniżonym poczuciu sprawczości, lęku przed publicznym zabieraniem głosu, wypaleniu zawodowym, rezygnacji z aktywności w mediach społecznościowych, unikaniu kontaktu z mediami. To nie tylko problem jednostek: agresja online wpływa na jakość komunikacji w ochronie zdrowia, zniechęca lekarzy do edukacji publicznej i osłabia zaufanie społeczne. – Dobrostan psychiczny lekarzy to również sprawa publiczna – podkreśla prof. Gackowski.

CO MOŻNA ZROBIĆ?

Skala hejtu wobec lekarzy rośnie, a jego źródła są wielowarstwowe: od systemowych napięć, przez algorytmy, po emocje pacjentów. Badacze podkreślają, że samo „hartowanie się” lekarzy nie wystarczy. Potrzebne są działania systemowe, komunikacyjne i edukacyjne, które zmniejszą ryzyko kryzysów i odciążą medyków w przestrzeni publicznej. W analizach wskazano kilka kluczowych kierunków, a jednym z nich są szkolenia z komunikacji kryzysowej. Warto zaznaczyć, że to nie są „miękkie warsztaty”, lecz realne narzędzie ochrony lekarzy. Uczą, jak reagować na eskalację emocji, jak formułować krótkie, bezpieczne komunikaty, jak odpowiadać na viralowe zarzuty oraz jak współpracować z rzecznikiem czy dyrekcją w sytuacji kryzysu.

Warto zwrócić także uwagę na zasady obecności w mediach społecznościowych. Badacze podkreślają, że wielu lekarzy działa w sieci intuicyjnie, bez jasnych

wytycznych. Spójny kodeks, opisujący co publikować, czego unikać, jak reagować na komentarze, jak oddzielać życie prywatne od zawodowego, zmniejsza ryzyko kryzysów i ujednolica komunikację środowiska. To także ochrona przed nieświadomym wzmacnianiem narracji antylekarskich, które często rodzą się z pojedynczych, impulsywnych wpisów.

Kolejnym punktem jest szybkie reagowanie na kryzysy. Kryzys w sieci nie trwa dni: trwa godziny. Gdy pojawia się viralowy post uderzający w lekarza lub placówkę, kluczowe jest szybkie, spójne i profesjonalne stanowisko. Brak reakcji tworzy próżnię, którą natychmiast wypełniają emocje, memy i uproszczenia. Dobrze przygotowane procedury kryzysowe pozwalają zatrzymać spiralę gniewu, zanim się rozpędzi, i chronią zarówno lekarza, jak i instytucję.

Ważnym punktem jest także wzmacnianie komunikacji instytucjonalnej. Szpitale i Ministerstwo Zdrowia rzadko zabierają głos w mediach społecznościowych, zostawiając lekarzy samych w konfrontacji z emocjami pacjentów. Silniejsza, bardziej responsywna komunikacja instytucjonalna mogłaby przejąć część ciężaru, prostować nieprawdziwe informacje i tłumaczyć decyzje systemowe. To także sygnał, że lekarz nie jest „sam przeciwko internetowi”.

Ważne jest także monitorowanie narracji antylekarskich. Śledzenie trendów, grup, komentarzy i powtarzających się motywów pozwala wcześniej zauważyć, które wątki zyskują na znaczeniu. ●

TEMAT NUMERU

Bronię bezpieczeństwa lekarzy

Obserwujemy pewną poprawę, jeśli chodzi o działanie organów państwa w sprawach ataków na medyków, ale problem hejtu w internecie ciągle rośnie – mówi **Grzegorz Wrona**, Rzecznik Praw Lekarzy NIL, w rozmowie z Piotrem Kościelniakiem.

Co się zmieniło, jeśli chodzi o bezpieczeństwo lekarzy, od tragicznych wydarzeń w Krakowie? Wtedy prace nad modyfikacją przepisów i objęciem lekarzy mocniejszą ochroną mocno przyspieszyły.

Trzeba przypomnieć, że morderstwo pana doktora Soleckiego nie było pierwszą śmiercią. Również w przeszłości mieliśmy do czynienia z morderstwami lekarzy dokonanymi przez pacjentów. Najczęściej pacjentów będących pod wpływem alkoholu albo środków uzależniających. Niestety, dzieje się tak nadal. Całkiem niedawno inny atak, w Jastrzębiu-Zdroju, o mało nie zakończył się tragicznie. Mówiąc o tym, warto wspomnieć o bohaterstwie tych lekarzy. Nie waham się użyć tego słowa, bo w wielu sprawach, którymi się zajmuję, reakcja lekarza nie polegała na ucieczce. Oni wręcz zasłaniali własnym ciałem osoby, które były obok – pacjentów i innych członków zespołu.

Wracając do pytania: rzeczywiście sytuacja ulega pewnym zmianom i cieszę się, obserwując skutki wytycznych prokuratora generalnego z lipca 2025 r., które rekomendowały wszystkim prokuratorom, ale de facto również policji, podejmowanie natychmiastowych działań w sytuacji niebezpieczeństwa grożącego lekarzowi. Po pierwsze chodzi o pilność, czyli natychmiastową interwencję. W jednej z analizowanych przeze mnie spraw policja nie miała możliwości natychmiastowego działania, dlatego dyżurny uprzedził lekarza, że na interwencję będzie musiał poczekać. I upoważnił tego lekarza do podjęcia działania, które może być określone jako interwencja obywatelska, czyli

do ograniczenia wolności osoby atakującej, zapewniając pełny instruktaż, jak to zrobić.

Jestem w osobistym kontakcie z poszkodowanymi lekarzami. Z naszego codziennego monitoringu takich zdarzeń wynika, iż we wszystkich sprawach, o których Naczelna Izba Lekarska ma wiedzę, rzeczywiście został ustanowiony tryb przyspieszony. Czyli tam, gdzie była fizyczna agresja, zastosowano specjalny tryb. Tu już „nie ma przeprós” – czynności są prowadzone natychmiast, część napastników została tymczasowo aresztowana. We wszystkich sprawach, które obserwuję od czerwca tego roku, albo już zapadły wyroki pierwszej instancji, albo toczy się postępowanie. Taki tryb w polskim prawie jest naprawdę specjalny.

Czy to efekt zmian zapisów w Kodeksie postępowania karnego i Kodeksie wykroczeń, o które walczył samorząd?

Zabiegaliśmy o takie zmiany. Mówię tu również o pracach Zespołu do spraw systemowych działań mających na celu wzmocnienie bezpieczeństwa osób wykonujących zawód medyczny, którego mam przyjemność być członkiem. Tu trzeba również pochylić czoło przed ministrem sprawiedliwości i jego zastępcami, że wytworzyli stosowne dokumenty. One mają wpływ przede wszystkim na tempo postępowania.

Ale czy mają wpływ na zmniejszenie liczby spraw, w których dochodzi do agresji wobec lekarzy?

Tego nie wiem. Młyny sprawiedliwości miały powoli i ubolewam, że do dziś nie jest prowadzony rzetelny oficjalny rejestr zdarzeń, które dotyczą medyków.

No właśnie. Powiedział Pan, wspominając doktora Soleckiego, że takie rzeczy zdarzały się również wcześniej. Czy możemy dziś powiedzieć, że obecnie zdarzają się częściej?

Panie redaktorze, umówmy się na odpowiedź za dwa lata. Wtedy, gdy rejestr, o którym wspominałem, zaistnieje i będzie prowadzony przez Centrum Monitorowania Jakości w Krakowie. Teraz mogę tylko powiedzieć, że jako NIL mamy do czynienia z takimi sprawami dwa-trzy razy w tygodniu...

...to wciąż bardzo dużo.

Chciałbym w tym miejscu bardzo serdecznie zaprosić wszystkich lekarzy i lekarzy dentystów, aby o tego rodzaju zdarzeniach informowali Rzecznika Praw Lekarzy NIL albo swojego rzecznika z macierzystej izby lekarskiej. Odsyłam też na stronę Naczelnej Izby Lekarskiej do zakładki Bezpieczny Lekarz. Tam są rekomendacje dotyczące sposobu postępowania, deeskalacji, samoobrony – efekty prac podejmowanych przez cały zespół powołany przez NRL, w którym uczestniczył również Rzecznik Praw Lekarzy NIL.

Pomówmy jeszcze chwilę o liczbie takich wydarzeń. Czy widać jakąś zmianę po ujawnieniu

buhwersującej wszystkich sprawy Dawida Kacprzyka?

Muszę powiedzieć, że obserwuję narastanie się hejtu; tego hejtu, który boli najbardziej, a do którego niestety się przyzwyczailiśmy. A nie wolno przysmykać na to oczu, bo hejt jest wstępem do późniejszej rzeczywistej, fizycznej agresji. Nie tylko czynów popełnianych przez samego hejtera, ale również przez innych, którzy wiedzeni ślepą nienawiścią, są gotowi wymachiwać pięściami albo wyciągnąć nóż.

Ale takie postępowanie w interesie, bo tam najczęściej pojawia się hejt, bardzo trudno monitorować, nie mamy do tego odpowiedniego warsztatu. Dlatego powtórzę mój apel: jeżeli spotkasz się z hejtem, poinformuj o tym Rzecznika Praw Lekarzy, izbę lekarską. I mogę obiecać, że tam, gdzie będzie to możliwe, będziemy reagowali. Stanę na głowie, aby niezwłocznie po otrzymaniu takiej wiadomości nawiązać kontakt z lekarzem – tak jak to robiłem dotychczas.

W jaki sposób Naczelna Izba Lekarska zamierza reagować na takie zdarzenia?

Prowadzimy rozmowy z wiceministrem cyfryzacji Dariuszem Standerem o możliwości wprowadzenia takich zmian w prawie, które bezpośredni hejt będą w stanie blokować. Mam nadzieję, że już niedługo Sejm będzie się zajmował ustawą, którą przygotowało Ministerstwo Cyfryzacji.

Chcę powiedzieć jeszcze o hejcie instytucjonalnym. Szeroko komentowana jest sytuacja z ostatniego posiedzenia sejmowej Komisji Zdrowia, podczas której doszło – moim zdaniem – do napadu na lekarzy. Nawet jeżeli ktoś ocenia działanie samorządu lekarskiego jako niesprawne, to taka opinia powinna być podstawą do dyskusji, a nie hejtu. Jeżeli organy państwa zdecydowały się powierzyć pewne zadania samorządom, to wspólnie zastanówmy się, jak je dobrze wykonywać, a nie zarzucajmy sobie wzajemnie, że to była zła decyzja.

To samo dzieje się po sytuacji w Szpitalu Południowym – informacje nakręcają spiralę niechęci i nienawiści w stosunku do osób zupełnie niezwiązanych z tą aferą, które po prostu chcą nieść pomoc i walczyć o ludzkie życie. Ja się na to nie godzę.

Opinia publiczna zarzuca samorządowi lekarskiemu, że dotychczas nic nie zrobił w sprawie Dawida Kacprzyka...



fot. Monika Szalek

Panie redaktorze, rozmawia pan z Rzecznikiem Praw Lekarzy, a nie z Rzecznikiem Odpowiedzialności Zawodowej. Tę funkcję pełniłem w przeszłości – uważam, że w sposób właściwy – nie będę się wymądrzał, że coś teraz można zrobić lepiej. Powiem jedno – będę starał się uczestniczyć w jak największej liczbie spotkań i posiedzeń związanych ze zdrowiem i reprezentować lekarzy w kontekście ich uprawnień. Muszę przypomnieć, że Naczelna Rada Lekarska wyraźnie zaznaczyła w uchwale powołującej Rzecznika Praw Lekarzy, że rzecznik nie może występować w postępowaniach, którymi zajmują się organy ustawowe. W takich sprawach nie mogę być nawet doradcą.

Czym jeszcze zajmuje się Rzecznik Praw Lekarzy?

Muszę użyć górnolotnych sformułowań. Chodzi o godność i bezpieczeństwo zawodu lekarza i lekarza dentystry. Rzecznik powinien działać tam, gdzie mamy do czynienia z obroną interesów zbiorowych, ale również indywidualnych lekarzy.

◀Jeżeli spotkasz się z hejtem, poinformuj o tym Rzecznika Praw Lekarzy, izbę lekarską – apeluje **Grzegorz Wrona** do lekarzy i lekarzy dentyistów

Co to oznacza? Przed chwilą powiedziałem, że będę chciał uczestniczyć na każdym etapie legislacyjnym, na przykład, kiedy sejmowa Komisja Zdrowia zajmuje się pewnymi rzeczami. Po co? Żeby uprzedzić w razie potrzeby, że taki przepis może powodować takie oto skutki w przyszłości, które uderzą w bezpieczeństwo każdego lekarza, ograniczą jego skuteczność lub będą miały negatywny wpływ na postępowanie lecznicze. Jeżeli chodzi o interesy zbiorowe w tym zakresie, niewątpliwie rolę RPL będzie współpraca z towarzystwami lekarskimi. Niedawno wczoraj dzwonił jeden z liderów pewnego towarzystwa medycznego, prosząc o ochronę w związku z procedurą, która została przez to towarzystwo wytworzona i zarekomendowana do wprowadzenia. I jest teraz hejtowany, obniżany jest jego autorytet czy wręcz nawet jego dobra osobiste są naruszane przez członka innego samorządu zawodowego.

Wpływają do nas również prośby lekarzy o to, aby wspomóc ich w sytuacji postępowań prokuratorskich, w których czują się kompletnie niewinni, a które zmierzają do orzeczenia surowej kary. Takich spraw mamy bardzo wiele od 2009 r. W tych postępowaniach ta sama sprawa była wcześniej oceniana przez organy odpowiedzialności zawodowej i wydane zostały orzeczenia o niewinności lekarzy. Z uzasadnień wynika jasno, że lekarz nie popełnił błędu, postępował zgodnie z procedurami i wytycznymi towarzystw naukowych. Wówczas istnieje powód, aby obok tego lekarza stanął samorząd zawodowy i się za nim ujął. ●



◀BEZPIECZNY LEKARZ – akcja NIL

TEMAT NUMERU

Kiedy iść do sądu

MAŁGORZATA WĘGRZYNEK
RADCA PRAWNY

Granica między trudnym pacjentem i zachowaniem wykraczającym poza granice emocjonalnej reakcji nie zawsze jest łatwa do uchwycenia. Gdzie kończy się krytyka, a zaczyna bezprawny atak?

Pacjent ma pełne prawo wyrażać swoje niezadowolenie z przebiegu wizyty, sposobu komunikacji lekarza czy efektów leczenia. Przykładem dopuszczalnej oceny może być stwierdzenie: „Nie jestem zadowolony z tej wizyty”, bowiem mieści się w sferze subiektywnych odczuć. Inaczej należy jednak ocenić sytuację, gdy pacjent publicznie formułuje zarzuty przedstawiane jako fakty: „Ten lekarz świadomie naraża pacjentów na utratę zdrowia”, mimo że nie posiada podstaw do postawienia tak poważnego oskarżenia. W takim przypadku wypowiedź może przestać być krytyką, a stać się bezprawnym naruszeniem dóbr osobistych lekarza, godzącym w jego reputację zawodową i zaufanie niezbędne do wykonywania zawodu.

Jeszcze inna sytuacja zachodzi wtedy, gdy lekarz jest wyzywany, zastraszany, śledzony, atakowany fizycznie albo gdy ktoś publikuje jego zdjęcie wraz z komentarzami mającymi wywołać wobec niego falę agresji.

Od prawidłowego zakwalifikowania zachowania zależy nie tylko to, czy można domagać się ochrony, ale również to, gdzie i w jaki sposób należy jej szukać. Wyzwiska, groźby, naruszenie nietykalności, obraźliwe komentarze mogą wyglądać podobnie z perspektywy emocji, ale prawnie są zupełnie różnymi zdarzeniami.

„ŁAPÓWKARZ”

Dlatego pierwszym krokiem powinno być ustalenie, co właściwie się wydarzyło. Uderzenie, popchnięcie, szarpanie czy inne naruszenie nietykalności cielesnej lekarza nie jest „elementem trudnej

pracy”. Kodeks karny przewiduje odpowiedzialność za naruszenie nietykalności cielesnej, a kwalifikacja prawna konkretnego zdarzenia zależy m.in. od jego przebiegu i skutków.

Agresja nie ogranicza się wyłącznie do przemocy fizycznej. Może przyjmować również postać słowną. Z prawnego punktu

Bierność wobec oczywistych
naruszeń pozostaje jedyną strategią,
która nigdy nie przynosi korzyści

widzenia istotne jest rozróżnienie między zniesławieniem i zniewagą. Jeżeli wypowiedź ma charakter groźby i wzbudza u adresata uzasadnioną obawę, że zostanie spełniona, może wchodzić w grę odpowiedzialność karna.

Istotą zniesławienia jest przypisanie innej osobie, grupie osób, instytucji lub osobie prawnej takich właściwości lub zachowań, które mogą poniżyć ją w opinii publicznej albo narazić na utratę zaufania potrzebnego dla danego stanowiska, zawodu lub rodzaju działalności. Jeżeli doszło do zniesławienia, pokrzywdzony powinien wnieść do sądu prywatny akt oskarżenia. Wynika to z art. 212 Kodeksu karnego,

zgodnie z którym przestępstwo zniesławienia jest ścigane z oskarżenia prywatnego, a więc inicjatywa wszczęcia postępowania należy do pokrzywdzonego.

W przypadku lekarza może chodzić o zarzuty dotyczące niekompetencji zawodowej, przyjmowania łapówek, nadużywania alkoholu w czasie pracy, niewłaściwego traktowania pacjentów czy świadomego narażania ich na niebezpieczeństwo.

Sąd Najwyższy w uchwale z 23 października 2024 r. wskazał, że „znamieniem przestępstwa określonego w art. 212 § 1 k.k. jest zachowanie sprawcy polegające na pomawianiu, tj. przypisywaniu pomawianemu czegoś, co jest oceniane negatywnie i co w konsekwencji może doprowadzić do jego poniżenia w opinii publicznej lub może narazić go na utratę zaufania potrzebnego do danego stanowiska, zawodu lub rodzaju działalności. Jednak o zniesławiającym charakterze wiadomości przekazywanych przez sprawcę nie decyduje subiektywne poczucie pokrzywdzonego, lecz ocena obiektywna, tj. stwierdzenie, czy w odczuciu społecznym jest to zniesławienie. Nie wyczerpuje znamion zniesławienia zachowanie polegające na wyrażaniu opinii w ramach wykonywania uprawnień i obowiązków, z wyjątkiem sytuacji, gdy są one świadomie nieprawdziwe, a formułujący je działa w zamiarze ugodzenia w dobre imię lub podważania zaufania do osoby opiniowanej”.

JAK REAGOWAĆ NA HEJT W SIECI

Treści publikowane online mogą zostać szybko usunięte, zmodyfikowane albo ukryte. Dlatego pierwszą reakcją na bezprawny wpis powinno być zabezpieczenie materiału dowodowego. Warto zgromadzić pełną treść wpisu lub publikacji, nazwę i adres profilu autora, adres strony internetowej lub link do wpisu, komentarze zamieszczone pod publikacją, dane umożliwiające identyfikację autora lub konta. Sam zrzut ekranu może stanowić istotny dowód, jednak w sprawach o większym znaczeniu warto zadbać o bardziej kompleksowe zabezpieczenie materiału. Coraz częściej rekomenduje się sporządzenie notarialnego protokołu z otwarcia strony internetowej. Takie rozwiązanie pozwala utrwalić stan strony w określonym czasie i zwiększa wiarygodność materiału dowodowego w późniejszym postępowaniu sądowym.

Z perspektywy strategii prawnej jedną z najważniejszych zasad jest unikanie publicznej eskalacji konfliktu. Lekarz będący celem ataku internetowego często odczuwa naturalną potrzebę natychmiastowej odpowiedzi. W praktyce jednak emocjonalna reakcja może pogorszyć sytuację i utrudnić późniejsze dochodzenie roszczeń. Publiczna wymiana oskarżeń nierzadko prowadzi do dalszego rozpowszechniania spornych treści oraz zwiększa zainteresowanie odbiorców konfliktem. Co więcej, treść odpowiedzi lekarza może zostać później wykorzystana jako materiał dowodowy.

Szczególnie niebezpieczne są sytuacje, w których lekarz ujawnia informacje dotyczące konkretnego pacjenta. Ochrona dobrego imienia nie może odbywać się kosztem naruszenia obowiązku zachowania tajemnicy zawodowej.

Jednocześnie należy pamiętać, że nie każda krytyczna czy nacechowana emocjonalnie wypowiedź pod adresem lekarza będzie uznana za zniesławienie. Ocena każdej sprawy wymaga uwzględnienia nie tylko treści wypowiedzi, lecz także okoliczności jej sformułowania oraz stopnia społecznej szkodliwości czynu.

„BEZCZELNY CWANIAK”

Na przykład Sąd Rejonowy w Wałbrzychu uznał, że wprowadzenie zachowanie oskarżonej wyczerpywało znamiona przestępstwa z art. 212 § 1 k.k., jednak jego społeczna szkodliwość była znikoma. Sprawa dotyczyła m.in. kierowanych pod adresem lekarza określeń, takich jak „niegrzeczny”, „zero kontaktu”,

Sąd Rejonowy w Myśliborzu uznał za zniewagę zachowanie polegające na publicznym nazwaniu lekarza chamem w obecności pacjentów przychodni oraz personelu medycznego

„pan i władca”, „bezczelny”, „cwaniak”, „najmądrzejszy”, „nienormalny lekarz”, czy stwierdzeń, że „tyle w tym człowieku nienawiści i jadu”. Sąd ocenił, że były to wypowiedzi stanowiące, subiektywne i nacechowane emocjami, jednak ich ujemna wartość społeczna była minimalna, co uzasadniało uznanie, że czyn cechował się znikomym stopniem społecznej szkodliwości, a tym samym nie stanowił przestępstwa.

Powyższe orzeczenie pokazuje, że granica między dopuszczalną, choć nawet bardzo ostrą krytyką a karalnym zniesławieniem nie zawsze jest jednoznaczna. Kluczowe znaczenie ma ocena kontekstu konkretnej wypowiedzi oraz ustalenie, czy rzeczywiście mogła ona narazić lekarza na utratę zaufania niezbędnego do wykonywania zawodu lub poniżyć go w opinii publicznej.

Szczególnego znaczenia nabierają przy tym przypadki zniesławienia dokonywanego za

pośrednictwem internetu. W wyroku z 7 sierpnia 2025 r. Sąd Okręgowy w Jeleniej Górze uznał, że zamieszczanie na popularnym serwisie społecznościowym wpisów o charakterze znieważającym i zniesławiającym, dostępnych przez kilka lat dla nieokreślonego kręgu odbiorców i odnoszących się bezpośrednio do wykonywanej przez pokrzywdzonego działalności medycznej, godziło w jego wizerunek jako lekarza. Z tego względu sąd przyjął, że stopień społecznej szkodliwości czynu był wyższy niż znikomy.

„TY CHAMIE”

Drugim przestępstwem, które może mieć znaczenie w przypadku ataków wymierzonych w lekarza, jest zniewaga określona w art. 216 Kodeksu karnego. Przestępstwo to polega na używaniu wobec innej osoby słów lub zachowań o charakterze obraźliwym, wyrażających pogardę lub uwłaczających jej czci.

Przy ocenie, czy dane zachowanie stanowi zniewagę, decydujące znaczenie ma obiektywny odbiór społeczny, a więc to, czy przeciętnie przyjęte normy obyczajowe uznają określone słowa lub gesty za obelżywe. Potwierdza to wyrok z 3 lutego 2015 r. Sąd Rejonowy w Myśliborzu uznał za zniewagę zachowanie polegające na publicznym nazwaniu lekarza chamem w obecności pacjentów przychodni oraz personelu medycznego. Sąd podkreślił, że użycie tego określenia w takich okolicznościach miało jednoznacznie obraźliwy charakter i w pełni realizowało znamiona występu z art. 216 § 1 k.k.

W uzasadnieniu wskazano również, że na stopień społecznej szkodliwości czynu wpływały okoliczności jego popełnienia. Znieważenie nastąpiło publicznie w miejscu pracy pokrzywdzonego lekarza, w obecności jego współpracowników, członków rodziny oraz pacjentów. Sąd uznał, że takie zachowanie godziło w godność osobistą pokrzywdzonego i cechowało się znacznym stopniem społecznej szkodliwości.

Orzeczenie to pokazuje, że słowna agresja wobec personelu medycznego, nawet jeśli nie towarzyszy jej przemoc fizyczna, może prowadzić do odpowiedzialności

karnej, zwłaszcza gdy ma charakter publiczny i narusza godność lekarza w związku z wykonywaniem przez niego obowiązków zawodowych.

Podobnie ocenił zachowanie sprawcy Sąd Rejonowy w Świdnicy. Oskarżony, niezadowolony z odmowy lekarza, reagował narastającą agresją słowną. Jak wynika z ustaleń sądu, najpierw próbował wymusić na lekarzu określone działanie, zwracając się do niego w sposób rozkazujący i podniesionym głosem słowami „pisz pan”. Po zwróceniu mu uwagi przez lekarza stał się jeszcze bardziej agresywny, używając wobec niego wulgarnych i obraźliwych zwrotów: „coś ci się p*****”, a następnie „kim ty tu c**** jesteś”. Sąd uznał, że tego rodzaju wypowiedzi stanowią znieważenie lekarza, gdyż w sposób oczywisty wyrażają pogardę i naruszają jego godność osobistą. Orzeczenie to potwierdza, że używanie wobec personelu medycznego wulgarnych, uwłaczających określeń, zwłaszcza w związku z wykonywaniem przez lekarza jego obowiązków zawodowych, może prowadzić do odpowiedzialności karnej z art. 216 § 1 k.k.

„KONOWAŁ”

Negatywne komentarze i publikacje w internecie mogą w krótkim czasie poważnie zaszkodzić reputacji lekarza. Szczególnie niebezpieczne są wypowiedzi zawierające nieprawdziwe informacje, zarzuty dotyczące wykonywania zawodu czy sugestie podważające uczciwość i kompetencje specjalisty.

Jedno nieprawdziwe oskarżenie lub krzywdzący wpis w internecie może w krótkim czasie dotrzeć do setek, a nawet tysięcy odbiorców. Dla lekarza, którego działalność opiera się na zaufaniu pacjentów, ochrona dobrego imienia ma szczególnie znaczenie. W takich sytuacjach skutecznym narzędziem może być skorzystanie ze środków przewidzianych przez prawo cywilne.

Jednym z podstawowych mechanizmów ochrony jest instytucja dóbr osobistych. Katalog dóbr osobistych określony w art. 23 k.c. nie ma charakteru zamkniętego, co oznacza, że orzecznictwo może obejmować ochroną również inne wartości uznane za istotne w konkretnych okolicznościach. Dobre imię, cześć oraz reputacja zawodowa lekarza niewątpliwie należą do dóbr podlegających ochronie na gruncie prawa cywilnego.

W przypadku lekarza naruszenie tych dóbr może przybrać różne formy. Mogą to być nieprawdziwe informacje

publikowane na portalach społecznościowych, obraźliwe komentarze i wpisy na forach internetowych, publikacje sugerujące brak kwalifikacji zawodowych, bezpodstawne oskarżenia o błędy medyczne, zarzuty dotyczące nieuczciwego postępowania wobec pacjentów.

Postępowanie cywilne daje szerokie możliwości reagowania na hejt i kampanie oszczerstw, pozwalając dostosować żądania do okoliczności konkretnej sprawy. W zależności od charakteru naruszenia poszkodowany może domagać się między innymi usunięcia bezprawnych treści, zaniechania dalszych naruszeń, a także opublikowania stosownego oświadczenia lub przeprosin.

„TO SPRAWDZONY LEK”

Coraz częściej lekarze stają się celem ataków polegających na wykorzystaniu ich wizerunku w fałszywych materiałach wideo, audio czy grafikach – tzw. deepfake'ach. Tego typu treści mogą dyskredytować nie tylko konkretną osobę, ale też całe środowisko medyczne.

Jeśli doszło do naruszenia przepisów o ochronie danych osobowych – co przy wykorzystaniu wizerunku i danych lekarza jest bardzo prawdopodobne – można złożyć skargę do Prezesa UODO. Skarga musi zawierać dane osoby poszkodowanej, wskazanie podmiotu, na który składana jest skarga, dokładny opis naruszenia, konkretne żądanie (np. usunięcia danych czy sprostowania) oraz własnoręczny podpis. W praktyce głównym problemem jest ustalenie podmiotu rozpowszechniającego fałszywy przekaz. Mechanizmy identyfikacji, choć istnieją, nie zawsze są skuteczne. Skoro ustalenie autora fałszywego materiału bywa trudne, ustawodawca przewidział możliwość obciążenia odpowiedzialnością cywilną podmiotów, które udostępniają takie treści, nawet jeśli same ich nie stworzyły. Kluczowy jest tu mechanizm z ustawy o świadczeniu usług drogą elektroniczną – zasłanianie się niewiedzą przez usługodawcę zostaje wyłączone w momencie otrzymania przez niego urzędowego zawiadomienia lub uzyskania

wiarygodnej wiadomości o bezprawnym charakterze danych. Trzeba jednak wiedzieć, że krajowa nadbudowa tego systemu wciąż nie działa, nowelizacja ustawy o świadczeniu usług drogą elektroniczną wdrażająca DSA została zawetowana przez prezydenta.

CERT, czyli Zespół Reagowania na Incydenty Komputerowe, odpowiada na poziomie krajowym za monitorowanie zagrożeń cyberbezpieczeństwa, reagowanie na zgłoszone incydenty oraz analizy złośliwego oprogramowania i podatności. Zgłoszenie do CERT Polska po przeprowadzeniu procedury zwykle prowadzi do dezaktywacji szkodliwego linku. Warto jednak pamiętać o ograniczeniach tej ścieżki. CERT nie posiada uprawnień organów ścigania, więc to działanie techniczne, a nie prawne. Dlatego należy jak najszybciej poinformować służby i dostarczyć im dowody, nagrania, zrzuty ekranu, linki. Centralne Biuro Zwalczania Cyberprzestępczości (CBZC) jako jednostka Policji odpowiada za rozpoznawanie i zwalczanie przestępstw popełnionych przy użyciu systemów teleinformatycznych, a także za wykrywanie i ściganie ich sprawców.

POWIEDZ „STOP”

W środowisku medycznym przez lata funkcjonowało przekonanie, że agresja pacjenta jest czymś, z czym trzeba się liczyć. Nie oznacza to jednak, że jest on zobowiązany tolerować przemoc, groźby czy kampanie oszczerstw. Lekarz ma prawo wykonywać swój zawód bez przemocy i zastraszania, a jego dobre imię, cześć i wizerunek podlegają ochronie prawnej. W przypadku poważnego naruszenia warto z tej ochrony korzystać świadomie, proporcjonalnie i z odpowiednio dobraną strategią procesową. I tak jak nie każda krytyczna wypowiedź wymaga natychmiastowej reakcji prawnej, tak warto jednak pamiętać, że bierność wobec oczywistych naruszeń pozostaje jedyną strategią, która nigdy nie przynosi korzyści. Brak stanowczej reakcji na pierwszy incydent może bowiem utrwalać poczucie bezkarności po stronie sprawcy i otwierać drogę do dalszych naruszeń. ●

WYDARZENIA



fot. Mariusz Tomczak

▲ Sportowe zmagania rozpoczęły się od nordic beach walkingu wzdłuż brzegu morza na dystansie ok. 4,5 km

Rekordy, medale i pasja

MARIUSZ TOMCZAK

Ponad 900 uczestników wzięło udział w 23. Igrzyskach Lekarskich, które podobnie jak przed dwoma laty odbyły się nad polskim morzem. Rekordowa była nie tylko frekwencja, ale również liczba dyscyplin.

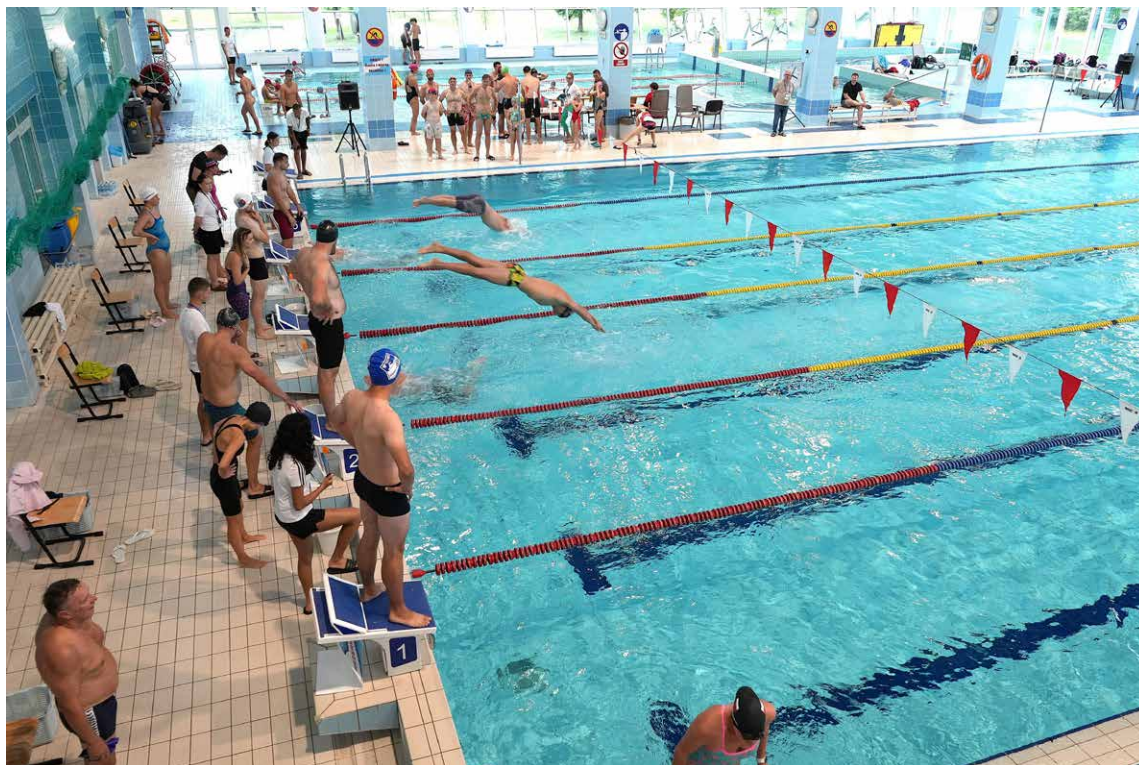
Zmagania trwały od środy do soboty (26–29 sierpnia 2026 r.) w Centralnym Ośrodku Sportu w Cetniewie, dzielnicy Władysławowa, a także w kilku innych lokalizacjach. Lekarze i lekarze dentyści z całego kraju oraz w różnym wieku rywalizowali o medale w wielu dyscyplinach.

W zawodach mogły brać udział również osoby towarzyszące oraz studenci kierunków lekarskiego i lekarsko-dentystycznego. W tym roku wystartowało ok. 150 dzieci i młodzieży, czemu sprzyjał dogodny termin – ostatni tydzień wakacji. I choć nie obyło się bez krótkiej ulewy, trudno znaleźć narzekających na pogodę.



◀ Znicz olimpijski zapalił prezes NRL Łukasz Jankowski

fot. Piotr Kościelniak



fot. Piotr Kościelniak

◀ Miłośnicy pływania startowali w stylu dowolnym, grzbietowym, klasycznym i motylkowym

▼ Na bieżni rywalizowali przedstawiciele różnych pokoleń



fot. Mariusz Tomczak



fot. Mariusz Tomczak

▲ Konkurencje lekkoatletyczne, takie jak rzut oszczepem, cieszyły się wielką popularnością

PRESJA, ADRENALINA, WYNIK

Sportowe zmagania rozpoczęły się w środę od nordic beach walkingu – marszu ze specjalnymi kijami wzdłuż brzegu morza na dystansie ok. 4,5 km – a zakończyły w sobotę triathlonem. Stanowił on kombinację pływania (w jeziorze Dąbrze),

kolarstwa (jazda po ścieżkach w gminie Gniewino) i biegania (po jednym z pięknych kaszubskich lasów).

Uczestnicy rywalizowali także w takich dyscyplinach, jak: piłka nożna, koszykówka, biegi na różnych dystansach, badminton,



fot. Piotr Kościelniak

▲ Rozgrywki badmintonowe wymagają refleksu i żelaznej kondycji



fot. Piotr Kościelniak

▲ Dla dzieci przewidziane były odrębne konkurencje i... medale



fot. Piotr Kościelniak

▲ Skupienie, rotacja i... poszło!



fot. Piotr Kościelniak

▲ Podobno dysk leci najdalej wtedy, gdy technika spotyka się z charakterem



fot. Mariusz Tomczak

▲ Reprezentant OIL w Warszawie Konrad Bońda to uczestnik licznych zawodów sportowych



fot. Piotr Kościelniak

▲ Nie ma znaczenia, ile razy pudłujesz – liczy się to, ile razy wstajesz i walczysz o kolejną piłkę



fot. Mariusz Tomczak

▲ Każdy medal to dowód na godziny ciężkich treningów

rzut ciężarkiem, dyskiem i oszczepem, pchnięcie kulą, tenis ziemny i stołowy, golf, skok w dal i wzwyż, pływanie (styl dowolny, grzbietowy, klasyczny i motylkowy), siatkówka halowa i plażowa, strzelectwo, trójbój siłowy oraz brydż. Większość konkurencji rozgrywano z podziałem na płeć i kategorie wiekowe, choć w części z nich prowadzona była klasyfikacja open.

STARE I NOWE TWARZE

– W tym roku zdecydowaliśmy się postawić na wielkie powroty, a najważniejszym z nich było kolarstwo – zawodnicy mogli sprawdzić swoje umiejętności w wyścigu szosowym i górskim. Powróciło też strzelectwo sportowe, które – podobnie jak kilka innych dyscyplin – odbyło się poza Cetniewem – mówi Marcin

Szcześniak, członek Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej, a w latach 2022–2026 przewodniczący Komisji ds. Sportu NRL, który w największym stopniu był zaangażowany w przygotowanie igrzysk.

Największą frekwencją cieszyła się rywalizacja drużynowa – do samych rozgrywek w piłce nożnej zgłosiło się aż 11 drużyn. Wielu



fot. Mariusz Tomczak

▲ Dla wielu osób siatkówka to miłość na całe życie – niezależnie od tego, czy gra odbywa się w hali, czy na piasku



fot. Sylwia Warnej

▲ Zwycięstwo smakuje najlepiej wtedy, gdy dałeś z siebie absolutnie wszystko



fot. Piotr Kościelniak

▲ Tenis stołowy to prawdziwa gra nerwów w pigułce



fot. Mariusz Tomczak

▲ Setki odbić i walka do ostatniej piłki. Tenis ziemny uczy pokory jak żaden inny sport



fot. Mariusz Tomczak

▲ Brydż sportowy to szachy w świecie karcianym. Na zdjęciu: Jarosław Lesman



fot. Karper Sokółowski

▲ W piłce nożnej liczy się każdy – od bramkarza po napastnika



fot. Karper Sokółowski

▲ Jedna drużyna, wspólna walka



fot. Mariusz Tomczak

▲ Trzy lekarskie serca bijące w jednym rytmie



fot. Mariusz Tomczak

▲ Najlepszym z najlepszych, zarówno dorosłym, jak i dzieciom, medale wręczał szef samorządu lekarskiego Łukasz Jankowski



fot. Mariusz Tomczak

▲ Zamiast recept – złote, srebrne i brązowe medale



fot. Mariusz Tomczak

▲ Na co dzień ratują ludzkie życie i zdrowie, a podczas Igrzysk Lekarskich udowodnili, że pasja do sportu nie zna granic



fot. Mariusz Tomczak

▲ Byli redaktor naczelny „Gazety Lekarskiej” Ryszard Golański (pierwszy z prawej)



fot. Mariusz Tomczak

▲ Marcin Szczęśniak (trzeci od prawej) to człowiek instytucja – dzięki jego zaangażowaniu tegoroczne igrzyska stały się rzeczywistością

zawodników startowało także w siatkówce, konkurencjach lekkoatletycznych (np. biegach) czy pływaniu.

– W igrzyskach biorą udział zarówno stali bywalcy, jak i debiutanci. W tym roku widziałem sporo nowych twarzy, co świadczy o tym, że igrzyska przyciągają kolejne osoby – mówi Marcin Szczęśniak. Podkreśla też, że dużym zainteresowaniem cieszyły się wieczorne koncerty odbywające się po ceremoniach medalowych. – Jednym z celów igrzysk jest integracja naszego środowiska – dodaje.

ZAMIAST STETOSKOPU

Najlepszym z najlepszych złote, srebrne i brązowe krążki – misternie wykonane, z wytłoczonym logo Naczelnej Izby Lekarskiej – wręczał prezes Naczelnej Rady Lekarskiej dr Łukasz Jankowski. Dla niektórych osób była to doskonała okazja, by nie tylko osobiście odebrać gratulacje od szefa samorządu, ale również wymienić

z nim kilka zdań czy zrobić sobie wspólne zdjęcie. W Cetniewie odbyło się również wyjazdowe posiedzenie NRL. Wzięli w nim udział członkowie Rady wybrani w maju na jeździe krajowym.

Organizatorem 23. Igrzysk Lekarskich była NIL. Patronat honorowy nad wydarzeniem objęło Ministerstwo Sportu i Turystyki, a patronat medialny – „Gazeta Lekarska”, która relacjonowała sportowe zmagania na żywo. Fotogaleria obejmująca 850 zdjęć jest dostępna na stronie gazetalekarska.pl – znajdują się tam również krótkie wywiady wideo z uczestnikami.

CO ZA ROK?

Kolejne igrzyska mają odbyć się za rok w Zakopanem. – Zgodnie z oczekiwaniami uczestników chcemy je organizować naprzemiennie: raz w górach, a raz nad morzem.

Wiele osób jest zadowolonych z tego, że może gościć zarówno pod Giewontem, jak i nad Bałtykiem – mówi Marcin Szczęśniak.

Część uczestników igrzysk postuluje wprowadzenie nowych dyscyplin do programu wydarzeń, np. padla, czyli dynamicznego sportu łączącego elementy tenisa i squasha, rozgrywanego na korcie otoczonym ścianami, a także surfing. Ślizganie się na desce po falach jest wyjątkowo widowiskowe i z pewnością przyciągnęłoby wielu kibiców. – Nie mówię „nie”, ale musimy to rozważyć. Już teraz zapraszam na kolejne igrzyska – dodaje Marcin Szczęśniak. ●



◀ 850 zdjęć i wywiady z uczestnikami 23. Igrzysk Lekarskich do obejrzenia na www.gazetalekarska.pl

AKTUALNOŚCI

Do dwunastu miesięcy sztuka

MAŁGORZATA SOLECKA

Maksymalna stawka godzinowa 240 zł brutto, praca maksymalnie w wymiarze dwóch etatów, wymiar połowy etatu jako minimum w szpitalnictwie, ograniczenie możliwości zawierania umów ze spółkami czy spółdzielniami lekarskimi. W zdrowiu nadciąga rewolucja? Czy tylko tak mówią, ale nie robią?

Rząd stawia na przyspieszenie zmian w systemie ochrony zdrowia. Pakiet naprawczy Jolanty Sobierańskiej-Grendy, zapowiadany od pierwszych dni lipca, na początku września był jeszcze w powiśnięciach – pojawiło się ponad 500 uwag zgłoszonych w konsultacjach publicznych, w tym tak znaczące, że minister zdrowia publicznie zapowiedziała roczne *vacatio legis* dla kluczowych rozwiązań. Odwołała się przy tym do stanowiska partnerów społecznych, domagających się czasu na przygotowania do tak znaczących zmian. Ale w połowie miesiąca i przed drugim wrześniowym posiedzeniem Sejmu sprawy nabrały tempa, choć wszystko wskazuje, że na prace w parlamencie będzie trzeba jeszcze trochę poczekać.

PRZYSPIESZENIE PRZEZ ODŁOŻENIE

Dość nieoczekiwanie projekty ustaw wchodzących w skład pakietu Stały Komitet Rady Ministrów zaakceptował podczas jednego posiedzenia, co zostało zinterpretowane jako zielone światło do dalszego ich procedowania. „Dość nieoczekiwanie”, bo jest tajemnicą poliszynela, że w całej koalicji rządzącej wcale nie ma zgody co do tego, czy propozycje przygotowane przez Ministerstwo Zdrowia rzeczywiście zasługują na miano „naprawczych”.

Decyzja SKRM zapadła w dniu, w którym wiceminister zdrowia Katarzyna Kęcka i eurodeputowany KO Bartosz Arłukowicz opowiedzieli się

za znacząco krótszym okresem przejściowym. To przyspieszenie na etapie Stałego Komitetu Rady Ministrów, który w przeszłości niejednokrotnie rujnował reformatorskie plany MZ, mogło więc być polityczną kalkulacją i zduszeniem w zarodku ewentualnych debat na temat, który tylko z pozoru zdaje się być techniczny. *Vacatio legis* w tym przypadku to być albo nie być co najmniej kilkudziesięciu szpitali.

Pakiet naprawczy Ministerstwa
Zdrowia to nie jest żadna
systemowa reforma

Ostatecznie dwunastomiesięczne *vacatio legis* przetrwało, choć uściślono, że będzie ono obowiązywać wyłącznie w przypadku „starych” umów, zawartych przez podmioty lecznicze przed wejściem w życie nowych przepisów. Dla ustaw przewidziano trzydziestodniowy czas na wejście w życie od momentu publikacji – wszystkie umowy, które będą podpisywane po wejściu regulacji w życie, będą musiały już spełniać ustawowe wymogi.

To ma pogodzić ogień z wodą. Rząd będzie mógł twierdzić, że nie odłożył zmian i nowe reguły weszły w życie tak szybko, jak to możliwe. Jednocześnie system dostanie czas na przygotowanie się do nowej rzeczywistości w obszarze kadr. Bo trzeba powiedzieć bardzo jasno: pakiet naprawczy MZ to nie jest żadna systemowa reforma. Zmiany dotyczą warunków pracy pracowników medycznych oraz wynagrodzeń – w tym aspekcie praktycznie wyłącznie lekarzy. Ale te zmiany, gdyby wprowadzić je w życie tak, jak projektował resort zdrowia, czyli z założeniem, że 31 grudnia wygasną wszystkie umowy, które nie spełnią ustawowych regulacji, spowodowałyby, że znacząca część systemu złożyłaby się jak domek z kart. Przed taką perspektywą przestrzegały resort zdrowia zarówno samorząd lekarzy i lekarzy dentyków, jak i organizacje samorządów terytorialnych oraz pracodawców.

W komunikacie resort precyzował, że „projekty zostały przyjęte przez Stały Komitet Rady Ministrów i zostaną skierowane, zgodnie ze ścieżką legislacyjną, do Rządowego Centrum Legislacyjnego, do rozpatrzenia przez komisję prawniczą, a następnie będą przedmiotem posiedzenia Rady Ministrów”. Jednocześnie padły zapewnienia z ust m.in. wiceminister Katarzyny

► Zdaniem prezesa ZPP po stronie MZ brakuje woli rzeczywistej współpracy i zrozumienia skutków proponowanych rozwiązań

Kęckiej, że ustawy wchodzące w skład pakietu zostaną uchwalone jeszcze we wrześniu.

Wydaje się to mało prawdopodobne. Projekty miały stanąć na rządzie 15 września, ale dzień wcześniej okazało się, że musiały ustąpić pierwszeństwa sprawom bezpieczeństwa na kolei. Mimo to widać, że rząd spieszy się z procedowaniem przepisów, których konsekwencje będą odczuwalne i dla systemu, i dla pacjentów.

ŚLEPI NA RYZYKO

Jakie to będą konsekwencje? Pod koniec sierpnia Andrzej Płonka, prezes Związku Powiatów Polskich, w długim liście do premiera Donalda Tuska przestrzegał: „Rozwiązania, które miały porządkować system i ograniczać koszty, w rzeczywistości grożą jego dalszą destabilizacją oraz pogłębieniem kryzysu finansowego szpitali. Przedstawiony do konsultacji projekt ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (UD439), jeżeli wejdzie w życie w zaproponowanym kształcie, nie tylko nie zmniejszy kosztów plac w podmiotach leczniczych oraz w całym publicznym systemie ochrony zdrowia, ale spowoduje, że koszty wynagrodzeń personelu lekarskiego będą rosły i mogą się zbliżyć do poziomu 1 mln zł rocznie dla jednego zatrudnionego medyka. Konstrukcja proponowanych przepisów będzie narażała podmioty lecznicze na postępowania sądowe oparte na zarzutach nierównego traktowania w zatrudnieniu” – pisał doświadczony samorządowiec. Stwierdził również, że „po stronie resortu brakuje zarówno woli rzeczywistej współpracy, jak i zrozumienia skutków proponowanych rozwiązań. Projektodawcy albo nie rozumieją ryzyk wynikających z własnego projektu, albo świadomie je ignorują. Obie możliwości są równie niepokojące”.

Wspomniany milion złotych dla medyka to oczywiście pewne uproszczenie zakładające, że lekarze będą pracować w wymiarze dwóch etatów i pobierać maksymalne możliwe wynagrodzenie. Nie ma jednak wątpliwości, że przynajmniej w części specjalizacji „sufit może stać się podłogą” – ocenił były



foto. Mariusz Tomczak

wiceminister zdrowia, poseł Janusz Cieszyński (PiS). Dyrektorzy szpitali podzielają tę opinię, przypominając jednocześnie, że każdy ruch w górę w obszarze wynagrodzeń lekarzy pociągnie za sobą większe oczekiwania płacowe innych grup zawodowych. Będą oczekiwać co najmniej utrzymania proporcji znanych z ustawy o wynagrodzeniach minimalnych.

PEŁZAJĄCA PRYWATYZACJA

Ale zasadniczym problemem, na który zwracają uwagę powiaty, jest widoczny, choć nie do końca zwerbalizowany, zamiar przeprowadzania konsolidacji szpitali. Choć zmiany dotyczące warunków zatrudniania lekarzy nie są reformą, nie ma żadnej wątpliwości, że otwierają drogę do zasadniczych zmian systemowych. Przy czym nadal trudno te zmiany nazwać reformą, bo nie wiadomo, do czego mają doprowadzić.

Samorządy powiatowe uważają, że nie tylko tzw. pakiet naprawczy, ale cały szereg innych decyzji

podejmowanych w ostatnich kilkunastu miesiącach – na przykład wycofanie się z mechanizmu wsparcia finansowego dla zadłużonych szpitali, ale też ograniczanie przez NFZ możliwości wykonywania w szpitalach powiatowych lepiej wycenionych procedur – składają się na pewną kompletną strategię. Tą strategią jest chęć pozbawienia szpitali powiatowych kadr, płynności finansowej i możliwości wykonywania świadczeń, doprowadzenia do zamykania oddziałów, a następnie całych placówek. Pełna odpowiedzialność za ten proces, zarówno polityczna jak i finansowa, ma spaść na powiaty.

„Jeżeli celem rządu jest ograniczenie liczby szpitali powiatowych, należy powiedzieć to wprost i wskazać, które placówki mają zostać zlikwidowane albo przekształcone. Nie wolno prowadzić tej operacji po cichu, metodą administracyjnego i finansowego wyniszczania wszystkich szpitali. Stosowana technika salami jest droższa, bardziej destrukcyjna

i pozwala stronie rządzącej ukryć polityczną odpowiedzialność za skutki własnych decyzji, przerzucając ją na dyrektorów szpitali oraz samorządy” – czytamy w liście od ZPP.

NAD GŁOWAMI LEKARZY

Ani samorządów, ani kadr medycznych, ani wreszcie opinii publicznej nie uspokajają kolejne informacje z obszaru map potrzeb zdrowotnych, z których duża część potwierdza obserwacje samorządów.

Autorzy map na podstawie danych pogrupowali oddziały (nie szpitale!) w cztery kategorie: „spełniające warunki”, „niezbędne ze względu na dostępność czasową” (takie, których utrzymanie jest korzystne ze względu na potrzeby lokalne) oraz „do obserwacji” i „uzupełniające”. Oddziałom „do obserwacji” brakuje niewiele, by spełnić warunki (przede wszystkim kryterium liczby wykonywanych procedur), tym „uzupełniającym” – brakuje znacząco więcej, a do kategorii „niezbędnych ze względu na dostępność czasową” dostać się nie mogły, gdyż dostępność czasową określono na 60 minut.

„Mapy potrzeb zdrowotnych mają pomóc w zarządzaniu szpitalami w oparciu o dane, a nie po omacku” – podkreślała we wrześniowym wywiadzie dla PAP prof. Barbara Więckowska, która

w resorcie zdrowia kieruje pracami nad mapami potrzeb zdrowotnych.

Warto jednak zwrócić uwagę na jeszcze jeden fragment wypowiedzi: „To ważne, żeby pokazać, jak wygląda system, i rozmawiać o nim w oparciu o fakty, a nie opinie. Potrzebowaliśmy narzędzia, które da nam obraz systemu i docelowo będzie służyć wszystkim

Luka w budżecie NFZ oznacza presję na „optymalizację wydatków”, co widać nie tylko w obszarze świadczeń zdrowotnych, ale też leków

zainteresowanym: pacjentom, szpitalom, Narodowemu Funduszowi Zdrowia, resortowi zdrowia czy Ministerstwu Finansów. Dlatego powstały mapy potrzeb zdrowotnych – po to, by dyskutować na temat systemu ochrony zdrowia oprócz na danych, a na ich podstawie podejmować decyzje i wyciągać wnioski”. Może to drobiazg, ale w gronie „wszystkich zainteresowanych” zabrakło z jednej strony pracowników, którzy w szpitalach pracują, z drugiej – samorządów, które są właścicielami owych szpitali. Znalazło się natomiast miejsce dla Ministerstwa Finansów.

KROPLÓWKA Z BUDŻETU

To oczywiście nie powinno dziwić. Narodowy Fundusz Zdrowia i cały system stały się zakładnikami budżetu państwa. A decyzje o nim muszą zapadać na poziomie rządu, premiera i ministra finansów. To, co miało się stać zbawieniem, a przed czym w latach 2016–2017, gdy rząd PiS pracował nad tzw. ustawą 6 proc. PKB na zdrowie, przestrzegało wielu ekspertów, czyli uzależnienie ochrony zdrowia od decyzji na wskroś politycznych, stało się realnym problemem. Do tego wprowadzono szereg mechanizmów uwalniających spod kontroli koszty systemu.

Luka w budżecie płatnika, mimo kolejnej historycznej i rekordowej dotacji przewidzianej na rok 2027, wynosi kilkanaście miliardów złotych. I staje się, jak przyznają i przedstawiciele NFZ, i resortu finansów stałym elementem zdrowotnego

krajobrazu. To oznacza nieustanną presję na „optymalizację wydatków” oraz zwiększanie dotacji z budżetu metodą „kroplówkową”, obliczoną na gaszenie pożarów. Optymalizację zaś już widać nie tylko w obszarze świadczeń zdrowotnych, ale też leków. Wprowadzane są zmiany w programie bezpłatnych leków dla seniorów, a projektowane rozwiązania w nowelizacji ustawy refundacyjnej zakładają, żeby lekarz po negatywnej ocenie stosowania się pacjenta do zaleceń zmieniał mu lek na tańszy odpowiednik.

SZPITALY POD NÓŻ

Gdzieś na horyzoncie zaś majączy cały czas to, o czym w mediach we wrześniu mówił prof. Piotr Czauderna, prezydencki doradca ds. ochrony zdrowia: mamy za dużo szpitali działających w trybie ostrym. Mamy za dużo szpitali w ogóle, powiaty są zbyt słabe, by je prowadzić. Szpitale powinny trafić pod skrzydła marszałków województw, a województwa powinny zmniejszyć liczbę tych placówek. Jak bardzo? Bardzo.

„W obecnym kształcie nie jesteśmy w stanie utrzymać w Polsce systemu opartego na ponad 600 szpitalach. Jeśli chodzi o szpitale działające w pełnym trybie ostrodyżurowym, ich liczba powinna zostać ograniczona do 200–250 jednostek – czyli odpowiadać liczbie funkcjonujących obecnie szpitalnych oddziałów ratunkowych, a być może nawet być nieco niższa. Utworzenie specjalnej, skonsolidowanej sieci szpitali ostrodyżurowych to pierwszy i najpilniejszy krok, jaki musimy podjąć” – mówił prezydencki doradca w rozmowie z „Menedżerem Zdrowia”.

To nie są nowe tezy, nawet nie nowe wyliczenia. Nie jest nowe również to, że o takich decyzjach wiele się mówi podczas konferencji i w ich kulisach, natomiast, gdy przychodzi do twardych decyzji, usłyszeć można co prawda, że część szpitali będzie musiała „zmienić profil”. Pytanie, które? Kto podejmie decyzję? Kto weźmie za nie pełnowymiarową odpowiedzialność? Odpowiedź też nie jest nowa: nie wiadomo. ●

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

KLUCZOWE PUNKTY PAKIETU

- maksymalna stawka godzinowa 240 zł brutto
- łączny czas pracy (w sektorze publicznym i prywatnym) w wymiarze maksymalnie dwóch pełnych etatów
- minimalny wymiar zatrudnienia przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu leczenia szpitalnego w wysokości odpowiadającej połowie etatu
- ograniczenie zawierania umów za pośrednictwem spółek, spółdzielni lekarskich itp.
- odejście od umów zawieranych na procent wartości wykonanych procedur

AKTUALNOŚCI

Więcej o systemie, mniej o zdrowiu

MARCIN KAROLEWSKI

KOORDYNATOR OŚRODKA PROFILAKTYKI
I STRATEGII ZDROWOTNYCH COBIK NIL

Podczas niedawnego Forum Ochrony Zdrowia w Karpaczu omawiano propozycje reform: od punktowych zmian po opcję zero przypominającą wrzucenie granatu i budowę wszystkiego od podstaw.

Na początek wyjaśnienie. Poniższy tekst nie jest dziennikarską relacją z Forum Ochrony Zdrowia, będącego częścią XXXV Forum Ekonomicznego w Karpaczu, a subiektywną oceną wydarzenia jego uczestnika. Pierwszy raz od wybuchu afery w warszawskim Szpitalu Południowym na żywo spotkały się osoby od lat zajmujące się ochroną zdrowia, czyli byli ministrowie zdrowia, politycy, byli i aktualni prezesi NFZ, dyrektorzy szpitali, przedstawiciele samorządów, profesorowie, przedstawiciele zawodów medycznych, producentów sprzętu, leków i dziennikarze medyczni. To sprawiło, że tegoroczne forum znacznie różniło się od poprzednich. Można odnieść wrażenie, że tematy ściśle medyczne, które zawsze dominowały na tym wydarzeniu, zostały wyparte przez rozmowy systemowe. Zarówno w czasie paneli, jak w rozmowach kulańcowych dało się słyszeć jedną tezę, że...

SYSTEM WYMAGA ZMIANY

O tym, że system wymaga reform, mówi się od wielu lat. Z tym że w latach poprzednich nikt tak naprawdę nie wierzył w to, że system zostanie realnie zmodyfikowany. Teraz na większości paneli spór dotyczył raczej radykalności zmian, które powinny nastąpić, i przypominał bardziej dyskusję pomiędzy chirurgiem a internistą: czy pacjenta należy leczyć zachowawczo, czy interwencyjnie.

Byli też zwolennicy takich reform, które przypominają „wrzucenie granatu” i zbudowanie systemu na nowo. Raczej wszyscy zgadzali się co do faktu, że reforma jest nieuchronna, ale już na to, czy nie będzie próby odsunięcia jej na

okres po wyborach, zgody nie było. Pojawili się też...

ŁOWCY CZAROWNIC

Dziś stosy płoną pod lekarzami – zapewne dlatego że jest to najłatwiejsze i przynosi polityczne efekty. Wśród reprezentantów władzy i obecnej opozycji trwa wyścig o liczbę wytro-pionych afer i podłożonych stosów. I tu jest chyba najważniejsze zadanie dla naszego samorządu zawodowego. Trzeba spokojnie i bez emocji tłumaczyć źródło nieprawidłowości systemowych. To, o czym mówiliśmy od lat, tylko niewielu chciało słuchać. W czasie jednego ze śniadań prasowych organizowanych w NIL usłyszeliśmy od redaktora... „może mówiliście za cicho? Dziś płacicie za to, że nie potrafiliście samooczyć środowiska”. Problemem jest to, że nigdy nie mieliśmy odpowiednich narzędzi, żeby takiego samooczyszczenia dokonać, zwłaszcza w kontekście rozwiązań systemowych, które na pewne zachowania przyzwalały.

I tu przejdę do panelu, w którym uczestniczyłem ostatniego dnia forum „Dziura finansowa NFZ – gdzie system traci najwięcej”. Można dużo mówić o braku profilaktyki, co później kosztuje miliardy, o nieskutecznej walce z nałogami, szczególnie alkoholowym, który kosztuje szacunkowo 180 mld zł rocznie, a duża część z tego to koszty ochrony zdrowia. Można mówić o nieefektywnym systemie opieki społecznej i przerywaniu jej zadań na system ochrony zdrowia,

szczególnie na szpitalu. Każdy z nas, szczególnie pracujących w szpitalach na pierwszym stopniu zabezpieczenia, zna te problemy z codziennej praktyki. Można wreszcie mówić o nieefektywnym systemie, opartym w znacznej mierze na szpitalnictwie i odwróconej piramidzie zdrowia. O zbyt dużej liczbie kosztownych łóżek szpitalnych... To wszystko zostało już powiedziane. Ale gdzie tu wina lekarzy?

Moim zdaniem system najwięcej traci na populistycznie skalkulowanych działaniach polityków na poziomie centralnym i partykularnych decyzjach polityków na szczeblu powiatowym!

BANKRUT

W kontekście wszystkich patologii w ochronie zdrowia trzeba wrócić do źródeł i decyzji wcześniejszych, które psuły system, a na które my, lekarze, nie mieliśmy żadnego wpływu. Gorzej, często decyzje były podejmowane pomimo sprzeciwu środowiska. Kilka paneli na forum dotyczyło racjonalnej polityki lekowej i kosztów związanych z darmowymi lekami 65+. Czyja to była decyzja? Owszem, nikt nie powie, szczególnie ja jako lekarz geriatra, że darmowe leki dla seniorów to coś złego. Ale czy to była najbardziej racjonalna decyzja w kontekście wszystkich wyzwań ochrony zdrowia? I czy przypadkiem nie została wprowadzona tuż przed wyborami parlamentarnymi?

Jak wyglądały założenia do wprowadzenia systemu podstawowego

► Siedzimy po uszy w upolitycznionym systemie – mówił **prezes NRL Łukasz Jankowski** podczas jednego z paneli XXXV Forum Ekonomicznego w Karpaczu

szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, potocznie zwanego siecią szpitali? Do sieci miały wejść tylko niektóre z nich, które miały stanowić oś szpitalnictwa. Tymczasem po decyzjach politycznych praktycznie wszystkie istniejące szpitale zostały włączone do sieci. No i mamy sieć placówek niedofinansowanych, borykających się z problemami kadrowymi i zadłużeniem. To też wina lekarzy? My w tym systemie musimy pracować.

Wiemy, że są szpitale lepiej i gorzej funkcjonujące. W tych pierwszych pracuje się zdecydowanie lepiej, chętniej przychodzą rezydenci, łatwiej zapełnić grafik dyżurowy. Do tych drugich trzeba ściągać personel, proponując im wyższe stawki, budzące obecnie duże emocje. W mediach sytuacja przedstawiana jest jednoznacznie – lekarze stawiają dyrektorów pod ścianą i żądają niebotycznych pieniędzy. W praktyce bardzo często dyrektorzy szukają rozwiązań pozwalających funkcjonować tym szpitalom nawet kosztem rosnącego zadłużenia. Dzieje się tak nie poza wiedzą lokalnych polityków, ale – podkreślam – za ich pełną zgodą. Dyrektorzy zbierali oklaski na posiedzeniach rad powiatów za to, że udało im się sprowadzić do lokalnego szpitala specjalistów wykonujących dobrze rozliczane zabiegi, za które otrzymują znaczny procent od procedury.

Jest dużo szpitali, których istnienie trudno uzasadnić z punktu widzenia potrzeb zdrowotnych. Dziś widzimy ten system trochę inaczej. To, o czym mówiliśmy od kilku lat, przestało być tajemnicą poliszynela. Kilka lat temu prezes Łukasz Jankowski ogłosił: „system zbankrutował”. Dziś trzeba powiedzieć jasno: „system zbankrutował moralnie”. Problemem jest to, że teraz każdy mówi...

TO NIE MOJA RĘKA

„To nie ja za tym głosowałem, to nie ja zatrudniałem tych lekarzy. To pazerność lekarzy”. Dalej manipuluje się fragmentarycznymi informacjami, zacierając obraz całości. Politycy od lat czerpali polityczne korzyści z obietnic i działań niszczących system. Dziś ktoś będzie musiał wziąć na siebie ciężar decyzji i pewnie zapłacić polityczną cenę.

Z jednej strony politycy głośno zapowiadają oczyszczenie i usunięcie patologii, z drugiej – po cichu wprowadzają rozwiązania, które umożliwiają np. pełnienie funkcji dyrektora ds. lecznictwa

fot. Materiały organizatora



GŁOS SAMORZĄDU W DYSKUSJI O ZDROWIU

W dniach 8–10 września w Karpaczu odbyło się XXXV Forum Ekonomiczne – największa konferencja społeczno-ekonomiczna w naszej części Europy. Jego częścią było Forum Ochrony Zdrowia, w którym wzięli udział przedstawiciele NIL.

– Siedzimy po uszy w upolitycznionym systemie – mówił prezes NRL Łukasz Jankowski podczas panelu „Czy stać nas jeszcze na obecny model ochrony zdrowia?”. Przypominał, że próby odpolitycznienia zarządów szpitali czy ujawnienia powiązań partyjnych ich dyrektorów konsekwentnie nie znajdują odzewu.

Wiceprezes NRL Klaudiusz Komor podczas dyskusji „Recepta dla Polski. Od diagnozy niewydolności do skutecznej terapii systemu” apelował o pilne działania. – Polski system ochrony zdrowia wymaga gruntownej reformy już teraz, na cito – mówił, dodając, że nie może być to reforma odłożona o kolejne lata. Jego zdaniem punktem wyjścia musi być realna wycena świadczeń. Z kolei Piotr Pisula, rzecznik NIL, ocenił: – Proponowane przez Ministerstwo Zdrowia zmiany są tworzone pod publiczkę, a ich jedynym realnym celem pozostają działania wizerunkowe, nie zaś faktyczna naprawa systemu. Zastępca rzecznika NIL Iwona Kania moderowała natomiast panel poświęcony szczepieniom, podczas którego podkreślono potrzebę skuteczniejszej edukacji zdrowotnej społeczeństwa.

lekarzom nieposiadającym specjalizacji. Pytanie często stawiane na Forum brzmiało...

CZY DA SIĘ PRZECZEKAĆ?

Kilka lat temu toczyła się dyskusja o tym, czy lekarz ma tytuł „lekarza” czy „lekarza medycyny” i co powinno znajdować się na pieczęcie. Mówiło się wówczas, że lekarz jest lekarzem, a jedynym lekarzem, który leczy system, jest minister zdrowia. Podczas Forum zabrakło jednak pani minister zdrowia, a pojawiły się projekty ustaw mających wprowadzić m.in. limit wynagrodzeń, ograniczenie czasu pracy lekarzy itd. Czy to już reforma?

Powtarzając stary dowcip o lekarzach, to chirurg – wszystko robi, a nic nie umie, internista – wszystko umie, nic nie robi, a patomorfolog – wszystko umie, wszystko robi, ale za późno. W Karpaczu było wielu chirurgów i internistów medycyny, którzy proponowali rozwiązania mniej lub bardziej radykalne. Obawiam się tylko, że obecne rozwiązania dotyczące systemu nie są ani radykalne, ani zachowawcze. To rozwiązania z obszaru medycyny paliatywnej. Systemu nie zakwalifikowano do leczenia przyczynowego, a na nowotwór zaproponowano paracetamol. Może na chwilę przestanie boleć. A po wyborach się zobaczy. ●

AKTUALNOŚCI

Karta e-DiLO: więcej niż aplikacja

MARIUSZ TOMCZAK

Elektroniczna karta diagnostyki i leczenia onkologicznego to coś znacznie więcej niż zwykłe przejście od tradycyjnych kartek papieru do świata cyfrowego. To początek zmiany, która pozwoli skuteczniej i na bieżąco monitorować jakość opieki nad pacjentami.

Nowelizacja ustawy o Krajowej Sieci Onkologicznej, uchwalona przez Sejm i podpisana przez prezydenta w lipcu 2026 r., uformowała drogę do wejścia w życie elektronicznej karty diagnostyki i leczenia onkologicznego (e-DiLO). Nie jest ona jedynie cyfrową wersją „zielonej karty”, która jako część pakietu onkologicznego weszła w życie w 2015 r.

Głównym celem e-DiLO jest poprawa koordynacji opieki onkologicznej oraz monitorowanie jakości na każdym etapie leczenia. Karta zawiera pełną ścieżkę danego pacjenta – od diagnostyki, przez podjęte decyzje terapeutyczne i ustalony plan leczenia, aż po realizację terapii. Umożliwi ona śledzenie przebiegu diagnostyki i leczenia w czasie rzeczywistym – to nowość w polskiej onkologii.

KONIEC CHAOSU

„Karta e-DiLO likwiduje chaos informacyjny oraz daje pełną kontrolę nad tym, na jakim etapie leczenia jest chory” – powiedział „Pulsowi Medycyny” prof. Piotr Rutkowski, pełnomocnik dyrektora Narodowego Instytutu Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie ds. Narodowej Strategii Onkologicznej i Badań Klinicznych. W jego ocenie, choć pełna funkcjonalność e-DiLO pojawi się za około pół roku, jest to przełomowa zmiana o charakterze systemowym, m.in. dlatego że dzięki karcie da się pozyskiwać informacje na temat jakości leczenia.

– Mam nadzieję, że tak jak wszystkie nowoczesne rozwiązania informatyczne w medycynie e-DiLO sprawi, że

pacjentom i lekarzom będzie łatwiej. To kolejny, bardzo potrzebny krok w stronę informatyzacji systemu ochrony zdrowia i elektronicznej dokumentacji medycznej. Na początku należy liczyć się z pewnymi problemami i wyzwaniem, ale docelowo zmiana ta powinna być korzystna dla wszystkich, tak jak w przypadku e-recepty czy e-zwolnienia – mówił dr Klaudiusz Komor, wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej, w rozmowie z „Gazetą Lekarską”.

ZMIANA REGUŁ GRY

Ministerstwo Zdrowia przekonuje, że dzięki e-DiLO nie trzeba będzie czekać na sprawozdania czy

ponieważ pozwoli na ocenę terminowości diagnostyki, ciągłości leczenia oraz efektów terapii w skali całego kraju.

„Przełomowe znaczenie e-DiLO polega również na tym, że informacje o pacjencie będą mogły być dostępne jednocześnie dla wszystkich uprawnionych uczestników procesu leczenia. Oznacza to możliwość bieżącego wglądu w historię diagnostyki i terapii prowadzonej w różnych placówkach, bez konieczności wielokrotnego przekazywania dokumentacji przez pacjenta. Dzięki temu lekarze i koordynatorzy opieki będą dysponowali tym samym, aktualnym obrazem procesu leczenia, niezależnie od tego, w którym ośrodku realizowany jest dany etap opieki” – poinformowało Ministerstwo Zdrowia w oficjalnym komunikacie.

CO W RAZIE PROBLEMÓW?

Karta e-DiLO oczywiście nie zastępuje dokumentacji medycznej pacjenta. Jest to „tylko” aplikacja, do której placówki realizujące diagnostykę lub leczenie mają przekazywać dane zawarte w dokumentacji medycznej lub systemach informatycznych. A jakie procedury awaryjne przewidziano dla lekarzy i szpitali w przypadku przerw w dostawie prądu lub braku dostępu do internetu?

„Czasowe problemy z dostępem do aplikacji nie będą wpływały na proces obsługi pacjenta. Dane

Resort zdrowia zapewnia, że w kwestii obsługi e-DiLO placówki medyczne nie będą pozostawione same sobie

ręczne przekazywanie informacji pomiędzy podmiotami leczniczymi. Pacjent nie będzie już musiał przenosić informacji między różnymi placówkami – system będzie podążał za nim. Resort dodaje, że elektroniczna karta stanie się kluczowym elementem systemu monitorowania jakości w ramach Krajowej Sieci Onkologicznej,

w aplikacji będzie można uzupełnić po odzyskaniu dostępu do systemu. Dodatkowo, podobnie jak dotychczas, kartę e-DiLO będzie można wystawić z datą do trzech dni wstecz. Inne, przedłużające się problemy świadczeniodawców będą analizowane indywidualnie i obejmowane wsparciem Centrum e-Zdrowia, które nadzoruje bieżące działanie aplikacji” – przekazał resort.

Z pytaniem, w jaki sposób technicznie jest rozwiązana sytuacja, gdy pacjent ma założoną papierową kartę DiLO kilka miesięcy temu, a jego leczenie będzie kontynuowane w 2027 r., zwróciłem się do Centrum e-Zdrowia. Zapytałem również, czy dane te będą ręcznie przepisywane do e-DiLO.

„Pacjent będzie nadal się posługiwał kartą papierową, lekarze będą widzieli w systemie informację, że pacjent ma taką kartę. Nie będzie więc sytuacji, w której pacjent ma i kartę papierową, i e-DiLO. System poinformuje lekarza, że nie może wystawić pacjentowi e-DiLO” – przekazało Centrum e-Zdrowia. I dodało, że do 1 stycznia 2027 r. lekarz wystawiający kartę papierową zobaczy komunikat w systemie, że pacjent ma już e-DiLO.

KLUCZOWE TERMINY

Udostępnianie karty e-DiLO – zarówno z uwagi na szerszy zakres danych, które trafiają do aplikacji, jak i bezpieczeństwo pacjentów (tak przynajmniej uzasadnia resort zdrowia) – zaplanowano w dwóch etapach:

- **od 11 sierpnia do końca września 2026 r.** – dostęp do aplikacji otrzymują Specjalistyczne Ośrodki Leczenia Onkologicznego III poziomu referencyjnego (są określane skrótem SOLO III), które pełnią także funkcję Wojewódzkich Ośrodków Monitorujących (WOM);

- **od 1 października 2026 r.** – pozostałe placówki zakwalifikowane do sieci jako SOLO I, II lub III (czyli ośrodki I, II i III poziomu referencyjnego), Ośrodki Kooperacyjne (działają głównie w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej i wspierają działania SOLO) i inne podmioty uprawnione do wystawiania karty. W tym gronie znajdują się też lekarze podstawowej opieki zdrowotnej i lekarze, którzy realizują programy zdrowotne.

Do końca bieżącego roku placówki mogą w pełni korzystać z systemu AP-DiLO, udostępnionego przez Narodowy Fundusz Zdrowia, w tym wystawiać w nim nowe karty. Jednak **od 1 stycznia 2027 r.** karta DiLO ma być

prowadzona wyłącznie w postaci elektronicznej.

DANE KOORDYNATORA OBOWIĄZKOWE

Niezwykle istotną rolę w zapewnieniu odpowiedniej opieki pacjentom z chorobami nowotworowymi odgrywa koordynator opieki onkologicznej. To on prowadzi pacjenta krok po kroku przez cały proces leczenia, dbając m.in. o to, by badania były wykonywane w odpowiednich terminach. Mimo że wpisanie danych koordynatora do karty e-DiLO jest obowiązkowe, wciąż rodzi to pytania o to, jak weryfikować jego realną, a nie jedynie formalną dostępność dla pacjenta.

„Bez wprowadzenia danych koordynatora nie będzie możliwa realizacja kolejnych etapów karty, czego konsekwencją będzie brak zapłaty za świadczenia przez NFZ. Dane

Kartę e-DiLO mają uzyskiwać
wyłącznie nowo zdiagnozowani
pacjenci

przekazywane do rozliczeń z NFZ muszą dotyczyć tego samego etapu oraz być w pełni zgodne z informacjami zawartymi w karcie e-DiLO” – przekazało Ministerstwo Zdrowia.

Innymi słowy to podmiot leczniczy odpowiada za to, czy dany pracownik medyczny jest dostępny dla pacjenta. Resort podkreśla, że dodatkowym elementem weryfikacji poprawności danych i ich zgodności ze stanem faktycznym będzie sam pacjent. Otrzyma on bowiem dostęp do informacji zawartych w karcie e-DiLO, w tym do danych kontaktowych koordynatora, za pośrednictwem Internetowego Konta Pacjenta oraz aplikacji mojeIKP.

OSTATNIA PROSTA

W pierwszej połowie września trwały ostatnie prace dostosowawcze po stronie dostawców oprogramowania. „Celem jest uzyskanie pełnej, dwukierunkowej integracji systemów gabinetowych/HIS z aplikacją e-DiLO. Pozwoli to na wystawienie pierwszych kart e-DiLO jeszcze we wrześniu” – poinformowało Ministerstwo Zdrowia.

Resort podkreśla, że obecnie nie ma planów migracji danych z AP-DiLO do nowej aplikacji. Przyjęto założenie, aby kontynuować procesy diagnostyki i leczenia w dotychczasowej aplikacji AP-DiLO – która zostanie przeniesiona z zasobów informatycznych NFZ do Centrum e-Zdrowia – aż do zakończenia etapu leczenia. W tym kontekście warto dodać, że kartę e-DiLO mają uzyskiwać wyłącznie nowo zdiagnozowani pacjenci.

SZKOLENIA JUŻ TRWAJĄ

Od kilku tygodni w poszczególnych województwach odbywają się szkolenia poświęcone obsłudze e-DiLO. Są one prowadzone przez ekspertów Centrum e-Zdrowia i, jak zapewniają organizatorzy, mają charakter praktyczny. Zaplanowane na około 1,5 godziny szkolenia są skierowane do personelu medycznego z WOM, które realizują świadczenia w ramach SOLO I, SOLO II oraz SOLO III. W szczególności chodzi o trzy grupy:

- osoby odpowiedzialne za obsługę, analizę i monitorowanie kart,
- pracowników realizujących procesy związane z pakietem onkologicznym,
- osoby korzystające z systemów informatycznych wspierających obsługę e-DiLO.

W trakcie szkoleń prezentowane są kluczowe funkcjonalności systemu gabinet.gov.pl, które umożliwiają obsługę e-DiLO na wszystkich etapach jej prowadzenia. Omawiane są też najczęściej występujące problemy i prezentowane sposoby ich rozwiązywania. Na pierwszy ogień – już w sierpniu – poszły trzy województwa: świętokrzyskie, śląskie i zachodniopomorskie. We wrześniu odbyły się kolejne spotkania, ale to jeszcze nie koniec działań szkoleniowych.

Resort zdrowia zapewnia, że placówki medyczne nie będą pozostawione same sobie. Mają otrzymać niezbędne wsparcie ze strony Centrum e-Zdrowia oraz WOM, czyli de facto szpitali z poziomu SOLO III, które mają największy procentowy udział zrealizowanych świadczeń w danym województwie w trzech obszarach: leczenia zabiegowego chirurgicznego, radioterapii onkologicznej oraz chemioterapii i innych metod leczenia systemowego.

Michał Balsa przeprosił prezesa NRL Łukasza Jankowskiego

W serwisie X i na Facebooku pojawiło się oświadczenie prezesa Okręgowej Rady Lekarskiej w Szczecinie, w którym przeprosza Łukasza Jankowskiego za działania, które „naraziły na szwank jego dobre imię”.

Publikacja jest efektem ugody sądowej w sprawie o ujawnienie prywatnej korespondencji, zawartej przed Sądem Rejonowym w Warszawie. Pozew o naruszenie dóbr osobistych złożył jeszcze w 2025 r. Łukasz Jankowski.

„Przepraszam Pana Łukasza Jankowskiego, Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej, za podejmowane przeze mnie działania, które naraziły na szwank Jego dobre imię oraz autorytet jako Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej. Moje działania były wynikiem błędnej oceny sytuacji oraz okoliczności, które z perspektywy czasu

oceniam inaczej. Dziś dostrzegam, że moja ocena była nieprawidłowa i wyrażam z tego powodu szczerą skruchę. Z perspektywy czasu uważam, że krytyka władz samorządowych powinna być oparta na sprawdzonych faktach i adekwatnych środkach wyrazu.

Szczecin, dnia 11.09.2026 roku Michał Balsa”.

Działania szefa Okręgowej Izby Lekarskiej w Szczecinie były elementem kampanii, której celem było osłabienie autorytetu prezesa NRL i – ostatecznie – odwołanie Łukasza Jankowskiego z funkcji. Według pozwu Michał Balsa miał celowo ujawnić i zmanipulować prywatną korespondencję z zamkniętej grupy na komunikatorze WhatsApp.

Dostęp do niej miały tylko cztery osoby. Zmanipulowane fragmenty wpisów Balsa miał przekazać dalej. W takiej formie zostały one przedstawione w mediach opinii publicznej.

„Przyjmuję przeprosiny Michała Balsy. Naruszenie mojej prywatności i tajemnicy korespondencji, a także manipulacja przekazem, były dla mnie trudnym doświadczeniem. Mam nadzieję, że w naszym środowisku tego typu działania nie będą już miały miejsca, tym bardziej że jako lekarze powinniśmy być szczególnie wyczuleni na bezpieczeństwo danych. Dla mnie sprawa jest zakończona” – skomentował Łukasz Jankowski. ●

Piotr Kościelniak

PODATKI I FINANSE

Kup i zapomnij

MARIUSZ TOMCZAK

Na świecie widać jasny trend: coraz więcej osób wybiera inwestowanie pasywne zamiast aktywnego zarządzania kapitałem. Świetnie nadają się do tego niektóre fundusze ETF.

Inwestowanie aktywne polega na kupnie i sprzedaży akcji pojedynczych spółek w dość krótkim horyzoncie czasowym, np. kilku tygodni lub miesięcy, w oparciu o własną analizę i wyczucie rynku. Wydaje się to proste („kup tanio, sprzedaj drożej”), ale w rzeczywistości niewiele osób w długim terminie osiąga dobre wyniki.

Aby inwestować aktywnie, należy interesować się giełdą – zajmuje to trochę czasu i ma swój koszt emocjonalny, bo nie wszyscy znoszą wahania kapitału ze stoickim spokojem. To nie jest podejście odpowiednie dla każdego, a już z całą pewnością trudno je pogodzić z pracą.

PROSTO, TANIO I EFEKTYWNE

Z kolei inwestowanie pasywne nie polega na zakupie akcji kilku czy kilkunastu samodzielnie wybranych spółek, lecz na regularnym nabywaniu jednostek szeroko zdywersyfikowanego funduszu ETF (ang. exchange-traded fund) i niesprzedawaniu ich przez długie lata. Jest to strategia typu „kup i trzymaj”, nieco żartobliwie określana też jako „kup i zapomnij”.

Jak mawiał John Bogle, jeden z ojców inwestowania pasywnego, nie warto szukać igły w stogu siana – lepiej kupić cały stóg. Na pierwszy rzut oka brzmi to absurdalnie („mam jednocześnie kupować spółki zyskowe i fatalne?”), ale dane historyczne dowodzą, że w długim terminie to się opłaca. I nie ma w tym żadnej magii – wynika to m.in. z konstrukcji indeksu giełdowego, niskich kosztów funduszu, jak i tego, że gospodarka światowa wciąż się rozwija.

JAK INWESTOWAĆ PASYWNIE?

W tym celu najczęściej wykorzystywane są ETF-y na akcje globalne, które mogą zawierać nawet kilka tysięcy spółek

z rynków rozwiniętych i wschodzących. Część osób twierdzi, że w zupełności wystarczy kupno funduszu na najpopularniejszy indeks na świecie S&P 500, który skupia około pół tysiąca największych spółek giełdowych notowanych w Stanach Zjednoczonych.

Przyszłości nie znamy, ale dane historyczne są jednoznaczne: w latach 1920–2023, czyli przez ponad 100 lat, akcje amerykańskie osiągnęły średnioroczną stopę

W inwestowaniu pasywnym
nie trzeba śledzić notowań
giełdowych

zwrotu 10,3 proc. w ujęciu nominalnym, a po uwzględnieniu inflacji – 7,4 proc. Dla porównania: 10-letnie obligacje amerykańskie pozwoliły zarobić 5,0 proc. nominalnie i tylko 2,2 proc. po uwzględnieniu inflacji (podaję za atlasetf.pl).

ZYSK OKUPIONY RYZYKIEM

Inwestowanie pasywne nie pociąga za sobą konieczności śledzenia notowań giełdowych. Nie trzeba nawet w ogóle interesować się rynkiem kapitałowym. Coraz więcej brokerów pozwala zautomatyzować cały proces – wystarczy wybrać odpowiedni instrument i w dowolnym momencie dokonywać wpłat ze swojego rachunku bankowego w złotych polskich.

Oczywiście zanim ulokujemy pierwsze środki, należy zdobyć podstawowe informacje na ten temat.

Miedzy innymi trzeba zaakceptować fakt, że inwestowanie zawsze wiąże się z ryzykiem. Notowania jednostek ETF podlegają wahaniom podczas sesji giełdowej i w ciągu zaledwie kilku dni mogą się znacząco zmienić. Żaden indeks nie idzie tylko w górę – zdarzają się okresy spadków, które mogą trwać przez kilka miesięcy czy lat. Obecnie indeksy znajdują się w okolicach swoich historycznych maksimów i nikt nie wie, jak długo będzie trwała obecna hossa.

INSPIRACJA DLA KAŻDEGO

Źródeł wiedzy na temat inwestowania pasywnego jest coraz więcej, ale jedno z nich jest niezwykle przystępne i wartościowe. Już w dniach 21-22 października odbędzie się 6. edycja konferencji „Pasywna Rewolucja”, która gwarantuje zdobycie solidnej dawki wiedzy dzięki ok. 50 prelegentom z kraju i zagranicy. Jest ona skierowana do osób, które chcą rozpocząć inwestowanie w fundusze ETF lub rozwinąć swoją wiedzę na ten temat – zarówno początkujących, jak i średnio zaawansowanych.

Dostęp do transmisji online jest darmowy, podobnie jak do wszystkich materiałów (wykładów i paneli dyskusyjnych) na platformie edukacyjnej po wypełnieniu krótkiej ankiety. Dodatkowo istnieje możliwość stacjonarnego udziału w konferencji na Giełdzie Papierów Wartościowych w Warszawie, która jest partnerem głównym wydarzenia – w czasie poprzednich edycji spotkałem tam m.in. kilku studentów medycyny i lekarza. Więcej szczegółów na stronie pasywnarewolucja.pl. ●



fot. pixabay.com

PODATKI I FINANSE

PPK: proste odpowiedzi na trudne pytania (cz. 2)

MARIUSZ TOMCZAK

Pracownicze plany kapitałowe to dobrowolny system długoterminowego oszczędzania, współfinansowany przez osobę zatrudnioną, pracodawcę i budżet państwa. Dołączenie do niego nie wymaga skomplikowanych formalności.

Choć liczne badania wskazują, że Polacy najchętniej trzymają oszczędności na rachunkach bankowych lub w gotówce, a do akcji podchodzą z dużą rezerwą, pracownicze plany kapitałowe (PPK) – łączące regularne oszczędzanie z lokowaniem środków na rynku kapitałowym – zyskują na popularności. Trzymanie gotówki pod materacem czy na zwykłym koncie gwarantuje stratę – inflacja nieuchronnie obniża jej siłę nabywczą.

Liczba uczestników PPK systematycznie rośnie zarówno w sektorze

publicznym, jak i prywatnym. Na koniec lipca 2026 r. liczba aktywnych rachunków zbliżyła się już do 5,5 mln, a stopa uczestnictwa – do niemal 62 proc. (te i kolejne dane podaję za „Biuletynem Miesięcznym Pracowniczych Planów Kapitałowych” nr 8 z 2026 r.).

DUŻE I MAŁE ZAKŁADY PRACY

Z największym zainteresowaniem program spotyka się w przedsiębiorstwach zatrudniających powyżej tysiąca pracowników, w których partycypacja przekracza

◀ Środki gromadzone w PPK są prywatną własnością uczestnika

91 proc. Wysoki wynik odnotowują również najmniejsze firmy – zatrudniające poniżej 10 osób (prawie 75 proc.). Ile spośród nich to podmioty lecznicze albo jak wielką popularnością cieszy się PPK wśród osób wykonujących zawody medyczne, niestety nie wiadomo. Jednak z całą pewnością w programie uczestniczy część lekarzy, pielęgniarek, fizjoterapeutów czy ratowników medycznych – o tym, kto może do niego przystąpić, pisałem w pierwszej części tekstu.

Pod względem zaangażowania przoduje województwo mazowieckie, w którym wskaźnik partycypacji wynosi 85,9 proc. Za nim plasują się województwa: dolnośląskie (68,8 proc.), wielkopolskie (65,7 proc.) i małopolskie (60,5 proc.). Na końcu zestawienia znajdują się województwa: świętokrzyskie (34,4 proc.), warmińsko-mazurskie (35,7 proc.), lubuskie (39,1 proc.) i podlaskie (39,6 proc.). Do połowy sierpnia na rachunkach 163 tys. nowych uczestników PPK pojawiło się 40,7 mln zł wpłat powitalnych za II kwartał br.

DLACZEGO TO SIĘ OPŁACA?

Po pierwsze, do odłożonych przez pracownika 100 zł pracodawca dokłada 75 zł. Po drugie, ze strony państwa otrzymujemy 490 zł w pierwszym roku oszczędzania i po 240 zł w kolejnych latach. Po trzecie, środki pracują na rynku, więc w długim terminie powinny wygrać z inflacją.

„Jeśli zarabiasz średnią krajową (wg GUS to 9563 zł brutto w I kwartale 2026 r.), w ciągu tylko jednego roku możesz dostać ponad 2200 zł, nie licząc zysków kapitałowych. To kwota, którą po przystąpieniu do PPK musiałby Ci wpłacić pracodawca (1,5 proc. wynagrodzenia) i państwo (250 zł wpłaty powitalnej i 240 zł dopłaty rocznej). Jeśli zaś chodzi o dodatkowe zyski z inwestowania Twoich pieniędzy, w ciągu ostatnich 12 miesięcy wyniosły one średnio 18,9 proc. – od 7 proc. do 23,9 proc. w zależności od funduszu zdefiniowanej daty”

– podkreśla Marta Damm-Świerkocka w portalu mojeppk.pl.

EMOCJE NA BOK

Pieniądze wpłacane na rachunek PPK są przeliczane na jednostki uczestnictwa funduszu, który jest dobierany do wieku uczestnika. Fundusz można jednak w każdej chwili zmienić na bardziej „konserwatywny” (czyli o większym udziale obligacji) lub „agresywny” (mający więcej akcji). Uczestnicy programu nie muszą się zastanawiać, kiedy jest dobry moment na wejście na rynek – jednostki są nabywane automatycznie w ściśle określonych terminach.

Hipotetyczny oszczędzający od 2019 r. zgromadził kapitał przewyższający o 143–240 proc. wartość wpłat pochodzących z jego zarobków. Wynik ten został osiągnięty mimo panicznej wyprzedaży akcji w związku z koronawirusem SARS-CoV-2 czy wybuchem pełnoskalowej wojny na Ukrainie – oba te wydarzenia mocno uderzyły w polski rynek giełdowy. Choć ustawa nakazuje dywersyfikację geograficzną i walutową, w części aktywnej większość środków i tak trafia na Giełdę Papierów Wartościowych w Warszawie.

Oczywiście wcześniej czy później przyjdzie moment, w którym wartość rachunków PPK stopnieje na dłużej. Nikt nie wie, kiedy to nastąpi i jak długo potrwa. Nie powinien to być jednak powód do wycofywania środków i ucieczki z rynku. Kupowanie aktywów przecenionych w trakcie korekty lub bessy sprawia, że za tę samą kwotę nabywamy większą liczbę jednostek, co pozwala osiągnąć wyższe zyski po powrocie do hossy.

WYPŁATA NA WKŁAD WŁASNY

Mało kto wie, że do 45. roku życia można wypłacić do 100 proc. środków zgromadzonych w PPK – bez żadnych potrąceń – w celu pokrycia wkładu własnego w związku z zaciągnięciem kredytu na budowę lub przebudowę budynku mieszkalnego bądź zakup mieszkania czy gruntu. Jest to niejako pożyczka od samego siebie. Należy ją zwrócić w kwocie nominalnej i... bez żadnych odsetek. Przy czym warto podkreślić, że nie każdą potrzebę mieszkaniową da się w ten sposób zrealizować – zakup za gotówkę jest wykluczony.

Zwrot środków musi rozpocząć się przed upływem pięciu lat od dnia wypłaty i nie może trwać dłużej niż 15 lat. Jeśli do tego nie dojdzie, uczestnik PPK zostanie zobowiązany do zapłaty 19-proc.

zryczałtowanego podatku dochodowego od niezwróconej kwoty.

DZIEDZICZENIE BEZ PODATKU

Środki gromadzone w PPK są prywatną własnością uczestnika. Może on wskazać jedną lub więcej osób, które w przypadku jego śmierci otrzymają oszczędności, oraz samodzielnie określić ich udział. Nie muszą to być jego krewni. Jeśli posiadacz rachunku nie wskaże uprawnionych, pieniądze nie przepadają – trafiają do jego spadkobierców. Co ważne, dziedziczone środki nie podlegają podatkowi od spadków i darowizn.

„Jeżeli w chwili śmierci pozostawałeś w związku małżeńskim i mieliście wspólność majątkową, to połowa środków zgromadzonych na Twoim rachunku PPK w trakcie trwania małżeństwa należy się Twojemu małżonkowi. Nie jest to spadek – to po prostu zwrot jego

Zasady przystępowania do PPK są identyczne u każdego pracodawcy, a program jest właściwie bezobsługowy

części majątku wspólnego. Instytucja finansowa dokona tzw. wypłaty transferowej na rachunek PPK, IKE lub PPE małżonka, albo wypłaci te środki w gotówce (tzw. zwrot) na jego wniosek” – podkreśla r. pr. Anna Klisz z Kancelarii Prawnej Klisz i Wspólnicy na stronie prawo-spadowe-poznan.pl.

Osobą uprawnioną do otrzymania środków z PPK w razie śmierci uczestnika wskazuje się w instytucji finansowej prowadzącej rachunek. Anna Klisz podkreśla, że taka osoba otrzyma środki bez konieczności przeprowadzania sprawy spadkowej w sądzie oraz bez uzyskiwania zgody pozostałych spadkobierców. Taka wypłata następuje bardzo szybko – zwykle w ciągu trzech miesięcy, a zdarza się, że już kilkanaście dni po złożeniu odpowiednich dokumentów.

MAGIA PROCENTU SKŁADANEGO

Choć PPK pozwala gromadzić dodatkowe środki z myślą o przyszłości, nie zapewnią one utrzymania standardu życia, do którego wielu z nas przyzwyczaja się w okresie

aktywności zawodowej. Podstawowa składka pracownika to 2 proc. wynagrodzenia – to zdecydowanie za mało, aby po przejściu na emeryturę cieszyć się beztróską. Nie oznacza to jednak, że w pewnym wieku na przystąpienie do programu jest już za późno.

PPK został zaprojektowany tak, aby przynosić korzyści finansowe niezależnie od wieku oszczędzającego. Najwięcej zyskają oczywiście osoby, które dołączają na początku kariery zawodowej. W ich przypadku kapitał powiększa się nie tylko dzięki wsparciu z dwóch dodatkowych stron – pracodawcy oraz państwa – ale również za sprawą siły procentu składanego.

Zasady przystępowania do PPK są identyczne u każdego pracodawcy, a program jest właściwie bezobsługowy – po dokonaniu zapisu nie trzeba podejmować żadnych dodatkowych działań. Wraz ze zbliżaniem się uczestnika do wieku emerytalnego część akcji jest stopniowo zastępowana przez obligacje i depozyty, co ogranicza wahania portfela i zabezpiecza zgromadzony kapitał przed rynkowymi zawirowaniami. Stan rachunku – w tym historię wszystkich wpłat i dopłat – można w każdej chwili sprawdzić w internecie.

CZY WIESZ, ŻE...?

PPK warto łączyć z innymi formami oszczędzania i inwestowania, które działają jak tarcza podatkowa, np. indywidualnym kontem emerytalnym (IKE), indywidualnym kontem zabezpieczenia emerytalnego (IKZE) czy ogólnoeuropejskim indywidualnym produktem emerytalnym (OIPE). Opisywaliśmy je już na łamach „Gazety Lekarskiej”, a w naszym portalu internetowym materiały na ten temat można łatwo odnaleźć pod tagiem #oszczedzanie.

Dodatkowo od 2027 r. zacząć działać także osobiste konta inwestycyjne (OKI), gdzie nie będzie obowiązywać podatek Belki – zmożra wszystkich oszczędzających. „OKI to nie program emerytalny, jak OFE, IKE, IKZE czy PPK. Inwestować na OKI możesz w dowolnym horyzoncie czasowym, bez utraty przywilejów podatkowych” – podkreśla Stowarzyszenie Inwestorów Indywidualnych. ●

PRAWO I MEDYCYNĄ

Nie chodzi tylko o to, aby ukarać

Sądy lekarskie mają coraz więcej pracy. O tym, jakie sprawy trafiają na wokandę i czy lekarze mają powody, by obawiać się pionu odpowiedzialności zawodowej, mówi **Jacek Fórmaniak**, nowo wybrany przewodniczący Naczelnego Sądu Lekarskiego, w rozmowie z Lidią Sulikowską.

Jakie sprawy najczęściej rozpatrują sądy lekarskie i czy ich charakter zmienił się w ostatnich latach?

Przeważająca liczba spraw dotyczy błędów lekarskich. Znaczna część roszczeń jest związana z takimi dziedzinami, jak stomatologia i medycyna estetyczna, a także pracą w szpitalnym oddziale ratunkowym. Natomiast od czasu pandemii COVID-19 rozpoczęła się seria postępowań obejmujących propagowanie nieprawdziwych informacji o szczepieniach i w ogóle o samej pandemii. W Polsce działała spora grupa lekarzy podważająca sensowność szczepień przeciw COVID-19 i nawołująca do niestosowania się do zarządzeń ministra zdrowia. Główną ich linią obrony była wolność wypowiedzi, jednak nawet w oparciu o rozstrzygnięcia Sądu Najwyższego ma ona swoje ograniczenia i trzeba się stosować do zarządzeń ministerialnych, a ich podważanie jest karalne.

Mniej więcej w tym samym czasie na wokandę zaczęły też trafiać sprawy związane z działalnością tzw. receptomatów. Dotyczą one lekarzy, którzy pracowali w takich firmach i w wyniku zachęt finansowych wypisywali dużo recept. Obecnie liczba takich spraw nieco się zmniejsza, ale problem nadal jest widoczny. Niezmiennie jednak większość postępowań odnosi się do błędów lekarskich.

Wiele mówi się ostatnio o aferach, w których zarzuca się lekarzom fałszowanie dokumentacji medycznej czy wyludzanie pieniędzy z NFZ. Czy tu również możemy mówić o odpowiedzialności zawodowej?

Oczywiście. Jeżeli ktoś sprzeniewierza się normom etycznym zapisanym m.in. w Kodeksie Etyki Lekarskiej i podważa zaufanie do zawodu lekarza, musi liczyć się z postępowaniem ze strony organów samorządu – rzecznika odpowiedzialności zawodowej i sądu lekarskiego.

Na styku medycyny i prawa mamy również nowe problemy: media społecznościowe, telemedycyna, sztuczna inteligencja. Czy tego rodzaju sprawy też się pojawiają?

W Naczelnym Sądzie Lekarskim nie mieliśmy jeszcze postępowań związanych ze sztuczną inteligencją. Co nie zmienia faktu, że trzeba mieć świadomość, iż zawsze odpowiedzialność za rozpoznanie i leczenie spoczywa na lekarzu. O tym bezwzględnie należy pamiętać. Dlatego tak ważna jest kwestia świadomego korzystania z AI, wyboru odpowiednich narzędzi i sumiennego sprawdzenia tego, co podpowiadają nam algorytmy. Uważam, że każdy lekarz powinien przejść szkolenie w tej kwestii.

Jeśli chodzi o telemedycynę, to ona już na dobre zagościła w polskiej medycynie. Przyznam szczerze, że nie kojarzę spraw związanych z tą materią. Co innego, jeśli chodzi o reklamę w sieci. Rozpatrujemy m.in. sprawy związane z nieprawidłowym nazewnictwem jednostek medycznych, np. bezprawnym nazywaniem swojej placówki kliniką albo instytutem.

To jest niestety praktykowane, bo stwarza wrażenie ośrodka bardziej prestiżowego, niż jest w rzeczywistości. Problemem jest też posługiwanie się danym tytułem naukowym albo zawodowym niezgodnie ze stanem faktycznym. Lekarze często tłumaczą, że to wina menedżera, który niewłaściwie go przedstawił w reklamie przychodni czy ośrodka zdrowia. Zgodnie z Kodeksem Etyki Lekarskiej to na lekarzu ciąży obowiązek dopilnowania, aby go właściwie przedstawiono.

Czy generalnie spraw przybywa? Zdecydowanie tak. Tylko do Naczelnego Sądu Lekarskiego, który przecież jest instancją odwoławczą, w 2022 r. wpłynęło 190 spraw, rok później 214, a w 2025 r. już 252. Jedynie w 2024 r. odnotowaliśmy spadek do 188, za to w tym roku do lipca trafiło do nas o 70 spraw więcej niż w analogicznym okresie roku poprzedniego. Myślę, że do grudnia możemy dojść do 300 spraw. Jesteśmy coraz bardziej obciążeni pracą.

Co jest dla lekarza najważniejszym dowodem w postępowaniu sądowym?

Kluczową rolę odgrywa dokumentacja medyczna, którą zawsze się stawia ponad słowem. Dlatego warto dbać, by była starannie prowadzona. Lekarze czasem mają z tym problem. Zdarzają się błędy w dokumentacji wynikające z samego pisania, ale też – co trzeba powiedzieć wprost – z lenistwa.

Mam na myśli na przykład korzystanie z gotowych szablonów do wypisu i ich wypełnianie na zasadzie „kopiuj wklej”. Wówczas bardzo łatwo o pomyłki. Uczulam, aby wszystko, co zapisujemy, zawsze dokładnie przeczytać i zweryfikować, czy nie ma żadnych błędów.

Czy lekarz może ponieść odpowiedzialność zawodową, jeśli jego postępowanie było zgodne z aktualną wiedzą medyczną, ale leczenie mimo to zakończyło się dla pacjenta źle?

Jeśli mimo poprawnie wykonanej procedury pojawiły się powikłania, nie trzeba się niczego obawiać. Błąd lekarski pojawia się wtedy, gdy działamy wbrew ustalonym zasadom zarówno pod względem terapii lekowej, jak i postępowania chirurgicznego. Jeżeli lekarz idzie zupełnie inną drogą, np. ordynuje leki niezgodnie z przeznaczeniem albo w złych dawkach lub niewłaściwie posługuje się technikami chirurgicznymi, to są to ewidentne przewinienia. Niestety pacjentowi często trudno jest zrozumieć różnicę pomiędzy niezawinionym niepowodzeniem medycznym a błędem. Dlatego zawsze trzeba choremu wytłumaczyć, z jakimi możliwymi powikłaniami dana procedura może się wiązać.

Sądy lekarskie biorą pod uwagę warunki, w jakich lekarz wykonywał swoją pracę – presję czasu, przeciążenie, braki kadrowe czy organizację pracy?

Oczywiście, że tak. Zdarzają się błędy, które wynikają nie tyle z winy lekarza, co ze złego zarządzania i organizacji pracy. To okoliczności, które prowadzą do uniewinnienia lekarza. Czasami na przykład dochodzi do błędu, bo zabrakło odpowiedniego sprzętu. Pamiętam sytuację, gdzie lekarz musiał pracować na aparacie USG słabszej jakości, bo w weekend nie udostępniano tego lepszego, przez co przeoczył pewną patologię. Podam też inny przykład: zgodnie z procedurami pilne cięcie cesarskie trzeba wykonać w ciągu 10 minut, ale się nie udaje tego zrobić w takim czasie, bo lekarz pełni dyżur jednoosobowo i nie zdążył w tym czasie zorganizować do pomocy drugiego lekarza, co jest przecież wymagane. Za taką organizację pracy odpowiada pracodawca.

Gdzie przebiega granica między odpowiedzialnością lekarza a odpowiedzialnością placówki?

Za organizację pracy odpowiada pracodawca, ale pamiętajmy, że każda sytuacja jest inna. Jeśli permanentnie godzimy się na brak wystarczającej obsady dyżurowej



foto: Archiwum prywatne

albo pracujemy ponad siły lub nasze możliwości, to może się to obrócić przeciwko nam i w razie błędu można popaść w tarapaty. Lekarz, który w gonitwie za pieniądzem dyżuruje kilka dni z rzędu w różnych szpitalach albo z pełną świadomością podejmuje pracę, która wykracza poza jego kompetencje, prosi się o kłopoty. W razie błędu trudno tutaj o taryfę ulgową. Mieliliśmy w NSL sprawy lekarzy, którym latami nie udało się ukończyć żadnej specjalizacji, a mimo to podejmowali trudną pracę w szpitalnym oddziale ratunkowym, i to w kilku szpitalach, a ze zmęczenia i braku wiedzy popełniali błędy.

W kontekście odpowiedzialności zawodowej coraz częściej mówi się o medycynie defensywnej. Czy lekarze zlecają więcej badań i konsultacji, niż potrzeba, żeby zabezpieczyć się przed ewentualnymi zarzutami?

Na pewno w jakimś stopniu asekurantyzm w środowisku lekarskim występuje. To dotyczy tych lekarzy, którzy boją się brać odpowiedzialność za prowadzenie pacjenta. Widzę to zjawisko np. u lekarzy rezydentów, którzy zaledwie po kilku miesiącach pracy w oddziale podejmują się pracy w prywatnych centrach medycznych, oferując opiekę specjalistyczną, na co nie są jeszcze gotowi.

Czy lekarze powinni bać się sądów lekarskich?

◀ *Jeśli permanentnie pracujemy ponad siły lub nasze możliwości, to w razie błędu można popaść w tarapaty – zwraca uwagę Jacek Fórmaniak*

Uważam, że nie. Nasza działalność zabezpiecza wszystkich prawidłowo pracujących lekarzy przed złą opinią na temat całego środowiska. Jeśli jest podejrzenie popełnienia błędu, to taka sytuacja powinna być wyjaśniona. Naszym celem jest dbanie o jakość zawodu, ale nie chodzi tylko o to, aby kogoś ukarać. Zależy nam na tym, aby lekarz pojął swój błąd, zrozumiał, dlaczego do niego doszło. Jeżeli natomiast błędu nie było, to naszą rolą jest wyjaśnienie pacjentowi, dlaczego doszło do powikłania.

W czerwcu br. podczas posiedzenia członków Naczelnego Sądu Lekarskiego wybrano Pana na przewodniczącego NSL X kadencji. Od jak dawna jest Pan związany z pionem odpowiedzialności zawodowej lekarzy i lekarzy dentystów?

16 lat temu koleżanka namówiła mnie do pracy w NSL. Uległem jej namowom, i tak już zostało.

Co jest dla Pana najtrudniejsze w tej pracy?

Najgorsza dla mnie jest sytuacja, gdy trzeba sądzić starszego lekarza, który popełnił błąd ze względu na swoje ograniczenia związane z wiekiem. Mówię o ludziach z pasją, którzy niestety nie potrafią się pożegnać z zawodem i dorabiają na emeryturze. Często nawet nie chodzi o jakieś duże przewinienie, ale już sam proces jest dla nich traumatycznym przeżyciem.

Widzi Pan jakąś potrzebę reformy sądów lekarskich?

Coraz częściej obroną oskarżonych zajmują się wytrawni adwokaci, którzy są wprawieni w odwołaniu kolejnych terminów rozpraw, co finalnie grozi przedawnieniem postępowania. Musimy na te praktyki skuteczniej reagować. Trzeba też między innymi popracować nad szybszą realizacją uzasadnień do wydawanych orzeczeń. Zdecydowanie więc czujemy, że reforma sądów lekarskich powinna nastąpić. Przygotowujemy się do tego procesu. ●

PRAKTYKA LEKARSKA

NFZ zmienia zasady higienizacji

ARTUR PEDRYC

Od 1 września NFZ wprowadził nowe pakiety dotyczące profesjonalnej higienizacji u dzieci i młodzieży oraz zmienił zasady rozliczania usuwania złogów nazębnych. To zmiana, która na papierze porządkuje zasady rozliczania świadczeń, ale w praktyce może wpłynąć na organizację pracy gabinetów.

Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia 31 sierpnia 2026 r. wydał zarządzenie nr 95/2026/DSOZ zmieniające zasady zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie stomatologiczne. Nowe przepisy stosuje się do świadczeń udzielanych od 1 września.

Jedną z najważniejszych zmian jest wprowadzenie rozróżnienia pomiędzy pakietami obejmującymi usuwanie twardych, zmineralizowanych złogów nazębnych i pakietami dotyczącymi profesjonalnej higienizacji u dzieci i młodzieży do 18. roku życia. Pakiety ST30, ST30A, ST30B i ST30C obejmują usuwanie twardych złogów nazębnych. Pakiety ST30D, ST30E, ST30F i ST30G dotyczą natomiast profesjonalnej higienizacji u dzieci i młodzieży, w tym usuwania złogów miękkich. NFZ doprecyzował również sposób wykazywania poszczególnych świadczeń oraz wprowadził zmiany w zasadach stosowania współczynnika korygującego. W przypadku pakietów ST30D–ST30G współczynnik ten nie ma zastosowania.

Prezydium NRL wcześniej negatywnie zaopiniowało projekt zarządzenia prezesa funduszu. Największe wątpliwości samorządu budzą kryteria czasowe, wycena świadczeń i sposób przeprowadzenia konsultacji.

PO CO TE ZMIANY?

„Dotychczas zdarzało się, że gabinety stomatologiczne raportowały do NFZ usunięcie kamienia nazębnego u dzieci

i dorosłych. Tymczasem u małych pacjentów twardy kamień nazębny pojawia się niezwykle rzadko, szczególnie na wczesnym etapie rozwoju. Taki pakiet – w połączeniu z instruktażem higieny jamy ustnej, badaniem lekarskim i lakierowaniem zębów – potrafił kosztować NFZ ponad 600 zł za jedną wizytę. Oznacza to, że świadczenie

Najpoważniejsze merytoryczne zastrzeżenia dotyczą uzależnienia możliwości rozliczenia pakietów od czasu ich wykonywania

na NFZ było droższe niż podobna usługa na rynku komercyjnym” – tłumaczą pracownicy Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia w komunikacie zamieszczonym na stronie internetowej.

Fundusz podkreśla, że odnotował znaczny wzrost rozliczania tego pakietu. Tylko w 2025 r. przeznaczył na tę pozycję ponad 500 mln zł. Dlatego wystąpił do Ministerstwa Zdrowia o podjęcie działań, które doprecyzują zasady realizacji i rozliczania świadczeń profilaktycznych w stomatologii dziecięcej. Ministerstwo Zdrowia zleciło Agencji Oceny Technologii

Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT) przygotowanie nowej wyceny. W efekcie powstał nowy pakiet profesjonalnej higienizacji dla dzieci. Obejmuje on usuwanie złogów miękkich (resztek jedzenia bądź osadu nazębnego), połączone z instruktażem prawidłowego dbania o higienę jamy ustnej oraz opcjonalnym lakierowaniem zębów.

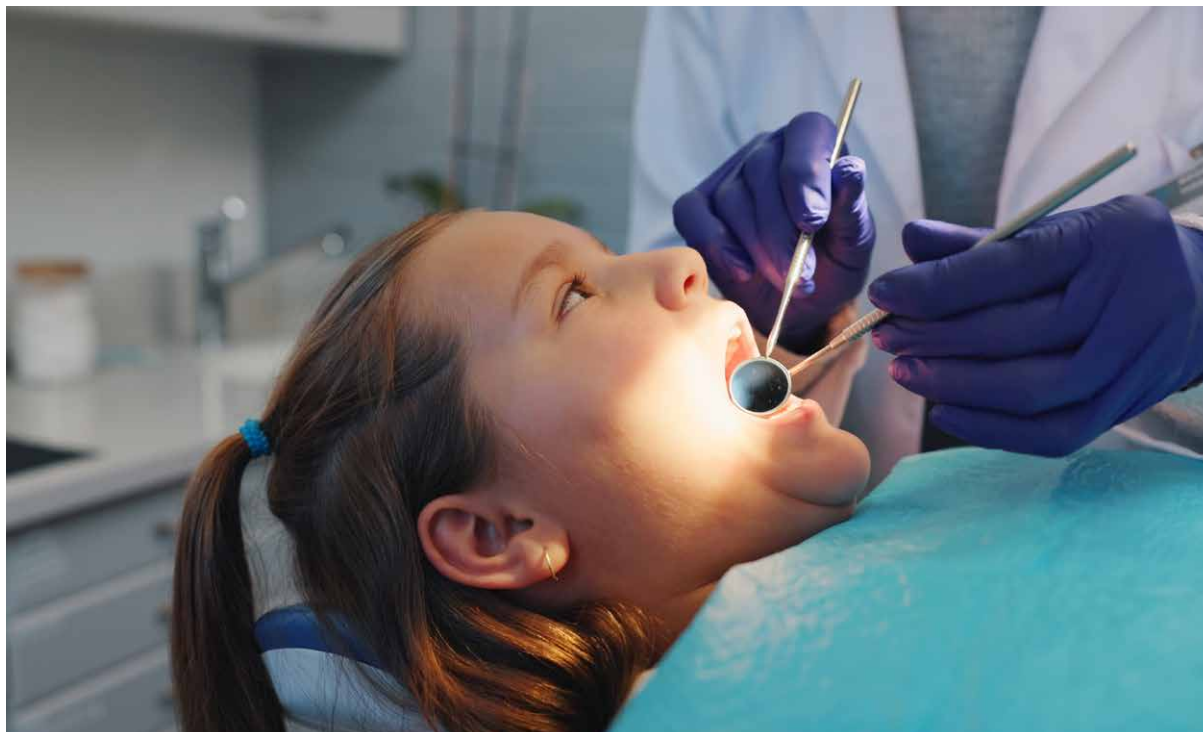
AOTMiT określiła również minimalny czas niezbędny do prawidłowego wykonania świadczenia na minimum 30 minut na pacjenta w przypadku pakietu z instruktażem higieny lub minimum 20 minut na pacjenta w przypadku pakietu bez instruktażu.

Nowe stawki zastępują dotychczasowy bonus finansowy NFZ, który zwiększał wycenę świadczeń dla dzieci o 50 proc. Na tym jednak nie koniec zmian. Fundusz zapowiedział „przegląd wycen w obszarze stomatologii zachowawczej, w tym wypełnień”.

SIEDEM DNI NA KONSULTACJE

Samorząd lekarski miał zastrzeżenia do tych zmian jeszcze na etapie projektu. Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej w stanowisku z 14 sierpnia negatywnie zaopiniowało propozycję NFZ – zarówno pod względem legislacyjnym, jak i proceduralnym.

Zwrócono uwagę przede wszystkim na tempo konsultacji. Na



fot. Shutterstock.com

◀ Czas wykonania higienizacji zależy m.in. od ilości płytki nazębnej, ale też wieku dziecka, poziomu jego lęku czy stopnia współpracy z lekarzem

przedstawienie uwag do projektu przewidziano zaledwie siedem dni. Zdaniem Prezydium NRL to zbyt krótko, szczególnie że – jak wskazano w stanowisku – projekt skierowany do ponownych konsultacji nie był jedynie poprawioną wersją wcześniejszej propozycji. Wprowadzał nowe produkty rozliczeniowe, zmieniał zasady finansowania i przewidywał wyłączenie współczynnika korygującego. Samorząd argumentuje, że przy tak istotnej przebudowie projektu partnerzy społeczni powinni mieć realną możliwość przeanalizowania nowych rozwiązań i przedstawienia uwag.

Najpoważniejsze merytoryczne zastrzeżenia dotyczą uzależnienia możliwości rozliczenia pakietów od czasu ich wykonywania. Samorząd lekarski wskazuje, że czas potrzebny na wykonanie higienizacji nie jest taki sam u każdego pacjenta. Inne postępowania wymaga dziecko z niewielką ilością złogów i dobrze współpracujące, innego pacjent z dużą ilością płytki nazębnej, aparatem ortodontycznym czy chorobą przyzębia. Znaczenie mogą mieć także wiek dziecka, poziom lęku stomatologicznego, niepełnosprawność czy stopień współpracy z lekarzem. W ocenie samorządu sztywna norma czasowa nie uwzględnia tych różnic.

Samorząd wskazuje też na sytuację odwrotną: doświadczony lekarz może

Nowe regulacje pokazują szerszy problem, z którym od lat mierzy się publiczne finansowanie stomatologii

wykonać świadczenie w sposób kompletny i zgodny z aktualną wiedzą medyczną w czasie krótszym od ustalonego minimum. Wówczas prawidłowe wykonanie świadczenia może nie wystarczyć do jego rozliczenia. Powstaje więc pytanie: co powinno być miarą prawidłowo wykonanego świadczenia – czas jego trwania czy zakres i jakość wykonanych czynności? Prezydium NRL opowiada się jednoznacznie za tym drugim rozwiązaniem.

LECZENIE Z ZEGARKIEM

Samorząd ostrzega, że konsekwencją sztywnych minimów czasowych może być sztuczne wydłużanie wizyt. Jeżeli wykonanie świadczenia w czasie krótszym od określonego minimum oznacza brak możliwości jego rozliczenia, lekarz może być zmuszony do dostosowania organizacji wizyty do wymogu administracyjnego.

W ocenie Prezydium NRL może to oznaczać nieefektywne wykorzystanie czasu pracy personelu, ograniczenie liczby przyjmowanych pacjentów i w konsekwencji wydłużenie czasu oczekiwania na świadczenie.

Samorząd zwraca również uwagę na dodatkową biurokrację. Skoro czas wykonania procedury ma znaczenie dla jej rozliczenia, pojawia się pytanie, w jaki sposób będzie on dokumentowany i później weryfikowany. Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej uważa, że kryterium rozliczenia powinny stanowić zakres i jakość wykonanych czynności, potwierdzone dokumentacją medyczną.

W tle sporu o minuty znajduje się jeszcze jedna kwestia: jak właściwie mierzyć jakość profilaktyki stomatologicznej?

Zdaniem Prezydium NRL długość wizyty ani liczba wykonanych procedur nie są wystarczającymi miernikami jakości. O rzeczywistej wartości świadczenia powinny decydować przede wszystkim efekty zdrowotne – poprawa stanu zdrowia jamy ustnej oraz ograniczenie ryzyka rozwoju chorób w przyszłości.

Samorząd zauważa, że w projekcie nie przewidziano mierników

pozwalających ocenić taki efekt. W rezultacie istnieje ryzyko, że świadczeniodawcy będą organizować pracę przede wszystkim pod kątem spełnienia wymogów rozliczeniowych, a nie indywidualnych potrzeb pacjentów.

NA GRANICY OPŁACALNOŚCI

Drugi zasadniczy punkt sporu to pieniądze. Prezydium NRL zakwestionowało możliwość oceny, czy zaproponowane przez NFZ stawki odpowiadają rzeczywistym kosztom wykonania świadczeń. W stanowisku wskazano, że przy kalkulacji należy uwzględnić m.in. czas pracy lekarza dentysty i personelu pomocniczego, sterylizację, materiały jednorazowe, koszty infrastruktury, sprzętu oraz jego eksploatacji.

Tymczasem – zdaniem samorządu – przedstawione informacje nie pozwalają zweryfikować, w jaki sposób poszczególne koszty zostały uwzględnione w wycenie. Według szacunków przywołanych przez samorząd lekarski rzeczywisty koszt realizacji świadczenia przy zachowaniu wymaganych standardów jakościowych, sanitarnych i sprzętowych wynosi około 165–320 zł.

Prezydium NRL ostrzega również, że jeżeli świadczeniodawca będzie musiał dokładać do świadczeń realizowanych w ramach publicznego systemu, problem nie pozostanie wyłącznie kwestią ekonomiki pojedynczego gabinetu. W dłuższej perspektywie część podmiotów może zrezygnować z zawierania lub kontynuowania umów z NFZ, co już obserwujemy. Z punktu widzenia profilaktyki byłby to szczególnie niekorzystny scenariusz. Świadczenia profilaktyczne mają bowiem sens wtedy, gdy są dostępne możliwie szeroko i odpowiednio wcześniej.

Dlatego Prezydium NRL domaga się przedstawienia pełnej metodologii kalkulacji wycen oraz danych kosztowych, które stanowiły podstawę ich ustalenia. Samorząd zwraca uwagę jeszcze na jedną zmianę. Chodzi o ograniczenie możliwości jednoczasowego rozliczania procedur komplementarnych. W stanowisku wskazano, że wykonanie higienizacji może ograniczać możliwość rozliczenia procedury leczenia próchnicy i lakierowania zębów.

Wątpliwości budzi także włączenie badania lekarskiego do pakietu bez – w ocenie samorządu – proporcjonalnego zwiększenia wyceny.

PROBLEM Z PŁATNIKIEM

Nowe regulacje pokazują szerszy problem, z którym od lat mierzy się publiczne

finansowanie stomatologii. Płatnik musi określić jasne zasady rozliczania świadczeń i kontrolować sposób wydatkowania środków publicznych. Z kolei lekarz dentysta odpowiada za to, aby sposób i czas wykonania świadczenia wynikały z potrzeb konkretnego pacjenta, a nie wyłącznie z wymogów rozliczeniowych. W przypadku nowych zasad higienizacji te dwa podejścia wyraźnie się zderzają.

Dla NFZ kluczowe jest precyzyjne zdefiniowanie świadczenia i zasad jego finansowania. Dla lekarzy dentystów – zachowanie możliwości dostosowania postępowania do sytuacji klinicznej oraz zapewnienie finansowania odpowiadającego rzeczywistym

Konsekwencją sztywnych minimów czasowych może być sztuczne wydłużanie wizyt

kosztom. Nie chodzi więc wyłącznie o to, ile minut ma trwać wizyta i ile punktów otrzyma za nią świadczeniodawca.

– Nowe zasady wprowadzone od 1 września po raz kolejny wprowadzają chaos w systemie opieki stomatologicznej finansowanej z budżetu państwa. Otrzymujemy mnóstwo telefonów od zdezorientowanych lekarzy dentystów, którzy nie wiedzą, co mają robić, jak rozliczać świadczenia, bo do nowego zarządzenia prezesa NFZ nie ma żadnych wytycznych – mówi lek. dent. Paweł Barucha, wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej. – Mam nieodparte wrażenie, że NFZ robi wszystko, by małymi krokami wypchnąć stomatologię z systemu publicznej opieki zdrowotnej. Najgorsze jest to, że mimo posiadania ogromnego działu kontroli Fundusz woli karać wszystkich za wykroczenia nielicznych. Najwyższa pora, żeby urzędnicy wyszli zza biurka i zobaczyli rzeczywistość – stwierdza wiceprezes Barucha. ●

Złota godzina” to w ratownictwie medycznym określenie dotyczące pierwszych sześćdziesięciu minut po wypadku. W tym kluczowym czasie interwencji terapeutyczne podejmowane przez zespół ratownictwa, a potem personel szpitalny, mogą zadecydować o przeżyciu pacjenta. Krwotoki trzeba zatamować, drogi oddechowe udrożnić, krążenie wspierać lekami bądź płynami.

Kardiolodzy i neurologowie mówią za to, że time is muscle bądź time is brain. Od momentu zamknięcia się tętnicy obumierać zaczynają odpowiednio komórki mięśnia sercowego i neurony w mózgowiu. Każda minuta ma znaczenie dla rokowania dotyczącego przeżycia i dalszego funkcjonowania pacjenta. Stąd kampanie społeczne podkreślające wagę prewencji, ale też szybkiego rozpoznania zawału mięśnia sercowego bądź udaru mózgu, a następnie wezwania pomocy.

Edukujemy również społeczeństwo odnośnie postępowania w zatrzymaniu krążenia. Jeśli doszło do tego stanu, uciskanie klatki piersiowej „kupuje czas”, a każda minuta bez defibrylacji w przypadku migotania komór to spadek szansy na przeżycie o 10 proc.

Czas w sytuacji zagrożenia życia to najcenniejsze z dóbr. Niczym w pit stopie Formuły 1 należy starać się ten czas urywać, gdzie tylko się da. Aby jednak było to możliwe, należy najpierw cały system pomocy uruchomić. W mojej opinii kiedy rozmawiamy o zawodach medycznych, za mało mówimy o tych ratownikach i pielęgniarzach, którzy są tego systemu pierwszym ogniwem: o ludziach, którzy odbierają telefon 999 – o dyspozytorach medycznych. Bo przecież to właśnie szybkie odbieranie przez nich połączeń, zebranie wywiadu, a następnie wysłanie na miejsce zdarzenia ambulansu bądź śmigłowca ratunkowego uruchamia cały łańcuch zdarzeń, którego dopiero ostatnim ogniwem jest szpital. Najpierw jednak pacjent musi się na numer 999 dowzwoić. Z tym natomiast jest ostatnio coraz gorzej.

Nie chcę popadać w tony alarmistyczne, bo numery ratunkowe

FELIETON

Kto odbierze telefon?

Braki kadrowe w dyspozytorniach medycznych wprost przekładają się na wydłużenie czasu reakcji oraz pogarszają szanse pacjenta na powrót do zdrowia.

JAKUB SIECZKO
ANESTEZJOLOG



w Polsce oczywiście działają. Z obsadą stanowisk dyspozytorskich mamy jednak coraz większy problem. A że problem mały nie jest, pisze o tym w swoim stanowisku z 7 września 2026 r. Krajowa Rada Ratowników Medycznych.

Całość dziewiętnastostronicowego dokumentu znaleźć można na stronie organu, ja natomiast wkleję tylko kilka cytatów z dokumentu: „brak centralnego nadzoru i spójnego dowodzenia”, „zróżnicowane standardy zatrudnienia i procedur”, „rozmycie odpowiedzialności”, „nieefektywność ekonomiczna i technologiczna”, „deficyt merytorycznego audytu i paraliż kontrolny Ministerstwa Zdrowia” i wreszcie „drenaż kadr”. W swoim piśmie do Minister Zdrowia Ratownicy Medyczni określają sytuację w dyspozytorniach medycznych jako „kryzysową”, a braki kadrowe jako „dramatyczne”.

Czym są te dramatyczne braki kadrowe? Średnia obsada dyspozytorni medycznych spadła w stosunku do ubiegłego roku z 86 proc. do 84 proc. I choć wartości te nie wyglądają fatalnie, to pamiętać musimy, że dyspozytornie obsługują miesięcznie ponad 400 tys. połączeń alarmowych. Przy tak ogromnych liczbach każdy procent robi różnicę.

W Polsce działają obecnie 23 dyspozytornie medyczne. Kiedy wybieramy numer 999, system przekierowuje nas do dyspozytorni, która obsługuje część kraju, z której dzwonimy. Kiedy nikt w tej dyspozytorni medycznej naszego telefonu nie odbierze, zostaniemy automatycznie przekierowani do innego wolnego dyspozytora z innej części kraju. Tak więc

wzywając pogotowie w Zgierzu, możemy rozmawiać z dyspozytorem np. z Wrocławia albo Rzeszowa. Nazywa się to mechanizmem połączeń krążących, czyli takich, które nie zostały obsługane w lokalnej dyspozytorni. Czas płynie. Pacjent czeka. Połączenie, które powinno

Zdarzają się dyżury,
kiedy w całej dyspozytorni nie ma
ani jednego dyspozytora
przyjmującego zgłoszenia

zostać odebrane w ciągu kilkunastu sekund, odbierane bywa po minucie albo i dłużej.

Portal onet.pl w artykule z 13 listopada 2025 r. informował: „Tylko w tym tygodniu na jednej ze zmian nocnych na stanowisku dyspozytora medycznego przyjmującego zgłoszenia w Łodzi brakowało aż czterech osób (z ośmiu), w Lublinie trzech (z siedmiu), w Bydgoszczy trzech (z ośmiu), w Warszawie trzech (z dziesięciu), w Radomiu dwóch (z sześciu) i po jednej w Siedlcach, Krakowie, Tarnowie i Legnicy”. Zdarzają się dyżury, kiedy w całej dyspozytorni dyspozytora przyjmującego zgłoszenia nie ma ani jednego.

Działa tu efekt domina, czy, jak kto chce, błędnego koła. Dyspozytorów jest coraz mniej, więc ci, którzy ciągle pracują, obsługiwać muszą coraz więcej połączeń. W efekcie tego przeciążenia kolejne osoby rezygnują z pracy.

Praca dyspozytora nigdy łatwa nie była – trzeba wszak zebrać możliwie dokładny wywiad od osoby często będącej w stanie silnego stresu. Dyspozytorzy instruuje też świadków zdarzenia np. w przypadku konieczności podjęcia resuscytacji – prowadzą ich przez cały proces do momentu przyjazdu karetki. Wysłuchiwać muszą też niejednokrotnie żalów na system ochrony zdrowia – są wszak pierwszym punktem kontaktowym z tym systemem.

Ministerstwo Zdrowia dostrzega problem. W swoim piśmie do wojewodów z 10 lipca 2026 r. resort pisze, że „Braki w dyspozytorniach są zauważalne i rosną”. Wobec coraz bardziej niepewnej sytuacji bezpieczeństwa naszego kraju sprawne działanie służb państwowych, w tym ratownictwa medycznego, staje się zagadnieniem newralgicznym. Dziś o dyspozytorów medycznych i sprawne działanie systemu przyjmowania zgłoszeń trzeba zadbać szczególnie. Ten telefon nie może dzwonić ani o sekundę zbyt długo. ●

Napisz do autora:
sieczko.gazetalekarska@gmail.com

PRAKTYKA LEKARSKA

Interna wymaga gruntownych zmian

Wycena procedur medycznych w internie jest katastrofalna i przyczynia się do nierentowności oddziałów, a w konsekwencji do ich zamykania – mówi **prof. Michał Holecki**, prezes Towarzystwa Internistów Polskich i zastępca dyrektora ds. medycznych w Uniwersyteckim Centrum Klinicznym im. prof. Kornela Gibińskiego SUM w Katowicach, w rozmowie z Lucyną Krysiak.

Ostatnio jeden po drugim są zamykane lub zawieszane oddziały internistyczne – Bytom, Bydgoszcz, Nowogard, Kraków, Katowice. Co to oznacza dla pacjentów?

Zamknięcie interny w szpitalu powoduje gigantyczne obciążenie dla innych placówek, które przejmują jej obowiązki. Dla płatnika to oszczędności i możliwość dysponowania zaoszczędzonymi w ten sposób pieniędzmi według własnego uznania. Zgodnie z nowelizacją przepisów szpitale, które zdecydują się na likwidację nierentownych oddziałów, mogą liczyć na finansowe profity od płatnika. Przez dwa lata otrzymują 50 proc. ryczałtu, który dotychczas przysługiwał na prowadzenie zamkniętego odcinka, mimo że faktycznie nie leczą już tam pacjentów. Innymi słowy, szpital zamykający oddział jest za to nagradzany finansowo. Reszta kwoty natomiast wraca do płatnika, zamiast zasilić oddziały, które przejmują pacjentów.

Zamykanie oddziałów powoduje również brak zaplecza konsultacyjnego – internści są bowiem kluczowi dla funkcjonowania innych oddziałów, np. chirurgii, gdzie konsultują chorych przed zabiegami lub interweniują w razie nagłego pogorszenia się ich stanu zdrowia. Oddziały, które zostały, są przeciążone pracą, ponieważ istotnie zwiększa się liczba chorych przyjmowanych na ostro, tak jak to się dzieje w mojej klinice. To z kolei zmusza

nas do zmniejszenia liczby chorych przyjmowanych w trybie planowym i przyczynia do wydłużenia kolejek oczekujących. Tym samym klinika nie może świadczyć usług specjalistycznych i z wyższej referencyjności staje się oddziałem miejskim, w którym leczy się powikłania onkologiczne, przyjmuje chorych paliatywnych, geriatrycznych oraz pacjentów nadużywających

W USA i Kanadzie, aby zostać np. kardiologiem lub onkologiem, trzeba ukończyć pełną 3-letnią rezydenturę z chorób wewnętrznych

alkoholu. Zatem możliwość diagnostyki i leczenia przypadków, z którymi nie radzą sobie ośrodki o niższej referencyjności, są ze względu na liczbę miejsc ograniczone.

Proszę mi wierzyć, że taka sytuacja jest niezmiernie frustrująca i obciążająca psychicznie. Jak mam wytłumaczyć choremu z ciężkim zespołem nerczowym czy guzem trzustki, że nie jestem w stanie go przyjąć, bo miejsce zajmuje przyjęty

pacjent po alkoholu czy 95-letnia odwodniona staruszka, której rodzina wyjechała na urlop i nie ma jej kto odebrać? Ona powinna być zaopiekowana na oddziale geriatrycznym, ale te nie przyjmują na ostro, lub na oddziale internistycznym, ale ten właśnie zamknięto, bo był nierentowny.

W ciągu ostatnich dziesięciu lat liczba łóżek internistycznych zmniejszyła się z 23 tys. do 17 tys. Czy nie było na nie zapotrzebowania?

Ten spadek nie ma nic wspólnego z zapotrzebowaniem na łóżka internistyczne, które są wręcz oblegane. Ich nierentowność wynika z niewłaściwie wycenionych procedur internistycznych, które są nieporównywalnie niżej wyceniane niż zabiegowe – kardiologiczne, zwłaszcza inwazyjne, czy ortopedyczne. Pamiętajmy, że społeczeństwo polskie się starzeje, a osoby starsze są obciążone wielochorobowością i to właśnie one najczęściej trafiają na SOR – odwodnione, z różnymi powikłaniami specjalistycznego leczenia, zapaleniem płuc, niewydolnością krążenia i innymi chorobami wymagającymi leczenia na masowo zamykanych oddziałach internistycznych.

Skoro to typowi pacjenci hospitalizowani w większości oddziałów chorób wewnętrznych, to

gdzie ich leczyć, skoro oddziałów geriatrycznych także brakuje?

Starzejące się społeczeństwo potrzebuje interny. Jeśli łóżek internistycznych systematycznie będzie ubywać, to będą, a w wielu miejscach już są, poważne trudności z hospitalizacją osób starszych. Chęć miłościwie nami rządzących do uzyskania, za wszelką cenę i nie patrząc na wiążące się z tym konsekwencje, rzeszy specjalistów wąskich dziedzin doprowadziła do kryzysu. Bez internistów system zdrowia się rozsypie, bo kto zajmie się pacjentami z wielochorobowością? Lekarz rodzinny? Szczerze wątpię. Kto przyjmie ich na oddziale, gdy nie będą „idealni” dla konkretnej specjalizacji?

Jak wygląda obecnie specjalizowanie się w internię?

Interna to bez wątpienia jedna z najtrudniejszych i najbardziej wymagających, ale też wszechstronnych specjalizacji, ponieważ uczy kompleksowego podejścia do pacjenta. Dawniej królowała, ponieważ ten, kto zdał egzamin z interny, i ewentualnie potem z innych dziedzin wywodzących się z chorób wewnętrznych, np. kardiologii, diabetologii, pulmonologii i geriatry, miał pełne kwalifikacje do prowadzenia oddziału, na który trafiają pacjenci z wieloma złożonymi problemami zdrowotnymi. Egzamin z chorób wewnętrznych obejmuje m.in. kardiologię, pulmonologię, gastroenterologię i endokrynologię. Lekarz, który go zaliczy, może pracować w szpitalu, poradni przy szpitalnej, przychodni POZ, a także pełnić dyżury w SOR.

Jednak duże obciążenie i brak prestiżu sprawiają, że coraz mniej lekarzy wybiera tę specjalizację. Według najnowszych danych CMKP szkolenia specjalizacyjne w chorobach wewnętrznych wybrało w tym roku 141 lekarzy, z czego 117 w trybie rezydentkim, a 24 w trybie pozarezydentkim. Co więcej, interna rzadko jest wybierana jako specjalizacja pierwszego wyboru, zwykle niestety jako kolejna, w sytuacji gdy kandydat nie uzyskuje miejsca szkoleniowego w dziedzinie specjalistycznej.

Jeszcze parę lat temu chętnych do specjalizowania się w chorobach wewnętrznych było 800–900 rocznie. Wtedy zdanie egzaminu z interny otwierało drogę do uzyskania



for. Archiwum prywatne

specjalizacji szczegółowej. I takie rozwiązanie, mimo że uciążliwe, uważam za słusne. Obecnie można otworzyć wąską specjalizację de novo – zatem po co się męczyć i poszerzać wiedzę? Ponadto uzyskanie specjalizacji z chorób wewnętrznych nie oferuje szczególnych profitów. Nawet praca w POZ wymaga od internisty kursu z medycyny rodzinnej, co uważam za kuriozalne.

Kiedyś system kształcenia dopuszczał robienie specjalizacji z interny w różnych oddziałach, obecnie jest to możliwe tylko w oddziałach internistycznych, a te się zamyka.

Oddziały internistyczne to podstawowe jednostki w szpitalach tak powiatowych, jak i wojewódzkich, gdzie często hospitalizuje się najcięższych chorych pacjentów. Zatem to internista jest tym lekarzem, który stawia rozpoznanie, zanim pacjent trafi do specjalisty. Szkolenie z interny na oddziałach sprofilowanych mija się z celem, gdyż siłą rzeczy mówimy o dość jednolitej czy wybranej grupie chorych. A chyba nie o to w szkoleniu internistycznym chodzi.

◀ **Jeśli łóżek internistycznych systematycznie będzie ubywać, to będą, a w wielu miejscach już są, poważne trudności z hospitalizacją osób starszych – uważa prof. Michał Holecki**

Internista jest przygotowany do leczenia pacjentów z wielochorobowością, a na oddziałach wewnętrznych wzywa się na konsultację specjalistów i szpital z tego tytułu ponosi dodatkowe koszty. Czy to nie absurd?

Dobrze wyszkolony internista poradzi sobie w 90 proc. trudnych przypadków. Z konsultacji skorzysta w wybranych sytuacjach, kiedy jego możliwości diagnostyczne czy lecznicze będą ograniczone, np. w przypadku ciężkich wad zastawkowych, konieczności wykonania specjalistycznej diagnostyki, np. echokardiografii przezprzełykowej, poddania pacjenta dializoterapii czy wyszukanym zabiegom endoskopowym. Z takiej szkoły wyszedłem, takiej szkole hołduję i takie wymagania mam wobec swoich asystentów, którzy, nie chwaląc się, są fantastyczni. Zdaję sobie jednak sprawę, że w wielu sytuacjach chodzi po prostu o rzucenie z siebie odpowiedzialności na konsultanta. Przyczyną jest narastająca liczba pozwów ze strony pacjentów, zastraszanie i hejt wylewany na lekarzy. Brak poważania internisty jako specjalisty sprawia, że się asekuje i wzywa konsultanta, by ten potwierdził jego opinię. Jednak obecnie większość konsultantów specjalistów nie przeszła gruntownego szkolenia internistycznego, nie ma więc szerokiego spojrzenia na problemy zdrowotne pacjenta związane z wielochorobowością, co może oznaczać trudności z właściwą oceną złożonych problemów chorego, np. polipragmazji. Także wysyłanie takiego chorego po zakończeniu hospitalizacji do kolejnych poradni specjalistycznych jest w wielu przypadkach merytorycznie bezzasadne, bo obciąża zarówno chorego, jak i system.

Od lat mówi się o niedoszacowaniu wycen procedur

internistycznych. Tylko 20 z 157 uzyskało ostatnio na wycenie.

Niedoszacowanie wyceny procedur medycznych w internie jest katastrofą, ponieważ przyczynia się do nierentowności oddziałów i w konsekwencji do ich zamykania. Gdyby nie nadwykonania, za które do niedawna płacono, groziłoby nam wstrzymanie przyjęć. W związku z zamykaniem oddziałów internistycznych chorzy trafiają na oddziały jeszcze istniejące, a te są przeciążone, niedofinansowane i generują straty. To powoduje, że nawet najbardziej racjonalnie prowadzona diagnostyka i leczenie pozwalają co najwyżej zmniejszyć koszty hospitalizacji. Ponadto panuje u nas bezmyślny system rozliczeń, np. wymusza się pięć dob pobytu w szpitalu po endoskopii ze znieczuleniem, aby rozliczyć chorego za schorzenie, a nie procedurę endoskopową.

Co może wydzwignąć interne z kryzysu?

Nie ma idealnej recepty, ale kilka zmian mogłoby poprawić zarówno warunki pracy lekarzy, jak i jakość opieki nad pacjentami. Na przykład ograniczenie biurokracji przez automatyzację raportów i wdrożenie uproszczonych formularzy, zwiększenie roli asystentów medycznych, wzmocnienie kadr poprzez zwiększenie liczby rezydentur z interny i wprowadzenie zachęty przez przyznawanie osobom, które zdały egzamin z interny, dodatkowych punktów w ubieganiu się o specjalizację szczegółową albo stworzenie możliwości otwarcia kolejnej rezydentury po uzyskaniu specjalizacji z chorób wewnętrznych. Ponadto zniesienie przymusu 6-miesięcznej pracy w oddziałach chorób wewnętrznych szpitali pierwszego i drugiego zabezpieczenia, niemniej jednak rozdział miejsc specjalizacyjnych powinien być równomierny i dotyczyć wszystkich jednostek. Można też wprowadzić rotację rezydentów, żeby osoby specjalizujące się na oddziałach powiatowych miały okazję popracować w ośrodku klinicznym, a osoby z kliniki – w szpitalu miejskim. Ważne jest także budowanie pozytywnego wizerunku interny jako specjalizacji strategicznej dla systemu, a nie deprecjonowanej względem wąskich specjalizacji oraz medycyny rodzinnej. Nadal będę się upierał, że specjalizacja z medycyny rodzinnej, tak istotna z punktu

widzenia systemu opieki zdrowotnej, powinna być poprzedzona uzyskaniem specjalizacji z chorób wewnętrznych bądź pediatrii, i dotyczy to wszystkich specjalizacji szczegółowych.

A jakie rozwiązania przyjęto w innych krajach?

W innych krajach, aby uzyskać specjalizację w wąskiej dziedzinie, trzeba w pierwszej kolejności specjalizować się z chorób wewnętrznych lub zdać egzamin po 2- lub 3-letnim module internistycznym. W Wielkiej Brytanii i Irlandii obowiązuje program Internal Medicine Training (IMT), który trwa 3 lata.

Trwają prace nad możliwością realizacji drugiej rezydentury po odbytych wcześniej szkoleniu specjalizacyjnym z chorób wewnętrznych

W tym czasie młody lekarz rotuje po oddziałach internistycznych. Aby móc aplikować o specjalizację szczegółową, musi zdać wymagający, wieloetapowy egzamin państwowy i uzyskać tytuł MRCP (Membership of the Royal College of Physicians) lub MRCPI (Membership of the Royal College of Physicians of Ireland). W USA i Kanadzie, aby zostać np. kardiologiem lub onkologiem, trzeba ukończyć pełną 3-letnią rezydenturę z chorób wewnętrznych (Internal Medicine Residency), a dopiero po zdaniu egzaminu certyfikacyjnego aplikować na 2- lub 3-letnie szkolenie specjalistyczne. W Niemczech stosuje się tzw. Basisweiterbildung, który trwa zazwyczaj 3 lata i obejmuje ogólną internę oraz intensywną terapię. Dopiero po jego zaliczeniu lekarz kontynuuje szkolenie w wybranej dziedzinie szczegółowej. W Szwajcarii standardem dla subspecializacji internistycznych jest zaliczenie pierwszych lat w ogólnej medycynie wewnętrznej. Podobnie w Holandii czy

Skandynawii kładzie się nacisk na to, by specjalista wąskiej dziedziny posiadał najpierw solidną, ogólnolekarską wiedzę internistyczną.

W maju tego roku odbył się zjazd TIP. Co postanowiono, jeśli chodzi o działania na rzecz ratowania interny?

Chcemy zachęcić młodych lekarzy do współtworzenia TIP, reaktywując Komisję Młodych Internistów, której działalność ma się przenieść do „świata wirtualnego”. W sierpniu tego roku powołaliśmy Sekcję Naukową ds. Leczenia Żywnościowego, której zadaniem będzie wdrożenie standardów leczenia żywieniowego u chorych w oddziałach zachowawczych, podnoszenie wiedzy internistów na temat wczesnego wykrywania niedożywienia oraz łączenie praktyki klinicznej z nowoczesnymi wytycznymi w tym zakresie. Przygotowywane są webinary we współpracy z Polskim Towarzystwem Żywności Klinicznego.

Z inicjatywy Zarządu Głównego TIP i redaktor naczelnej czasopisma „Polish Archives of Internal Medicine” prof. Anetty Undas chcemy, by młodzi interniści włączyli się w proces recenzowania i redagowania zgłaszanych materiałów. Inicjatywa zakłada, że spośród powstałego zespołu badaczy na wczesnym etapie kariery naukowej będą wyznaczani recenzenci artykułów nadsyłanych do PAIM. Trzej najbardziej aktywni recenzenci będą nagradzani przez TIP.

Prof. Ilona Kurnatowska, krajowa konsultant w dziedzinie chorób wewnętrznych, pracuje z TIP, CMKP oraz Ministerstwem Zdrowia nad zmianą programu szkolenia specjalizacyjnego z chorób wewnętrznych, jak również nad możliwością realizacji drugiej rezydentury po odbytych wcześniej szkoleniu specjalizacyjnym z chorób wewnętrznych zakończonym uzyskaniem specjalizacji z tej dziedziny. Ta zmiana jest również zapisana w nowym projekcie ustawy o zawodzie lekarza znajdującym się w Sejmie. Mam nadzieję, że te działania pozwolą na poprawę sytuacji interny w naszym kraju. ●

Nie musisz się znać, żeby skorzystać

Wiedza wymaga lat nauki, reklama – zaledwie trzydziestu sekund. Wystarczy, że przekona pacjenta, który idzie do gabinetu lub apteki nie po poradę, lecz po potwierdzenie tego, co wcześniej usłyszał w telewizji albo przeczytał w internecie.

Wydałoby się, że na temat reklam produktów leczniczych (PL), suplementów diety (SD) i wyrobów medycznych (WM) napisano już niemal wszystko. A jednak – jak ponoć mawiano w peerelowskim wojsku – jesteśmy w „mylnym błędzie”. Powiedzieć, że jesteśmy nimi zalewani, to nic nie powiedzieć. Wszystkie bez wyjątku media, także społecznościowe, czerpią korzyści z tych reklam. W zasadzie bez jakiegokolwiek dowodu mógłbym zakończyć na tym stwierdzeniu, a wszyscy by się ze mną zgodzili.

Jestem farmaceutą, który w „Gazecie Lekarskiej” pisuje dla lekarzy. Profesjonalista dla profesjonalistów. Doskonale pamiętam ścieżkę edukacji – swoją oraz koleżanek i kolegów z akademika. Wysiłek w szkole średniej, zapoczątkowany dużo wcześniej. Nie tylko w klasach podstawówki. Raczej w domu, dzięki rodzicom, którzy rozbudzili zainteresowania. Gdy po studiach ich absolwent zaczął się orientować, że wie, iż nic nie wie, logiczną konsekwencją było dążenie do dalszego rozwoju. Okupione ciężką i długotrwałą pracą. Niemniej rozwój następował. A potem nastąpiło brutalne zetknięcie z reklamami.

Pół biedy, gdy np. żartobliwie można się ustosunkować do „zespołu niespokojnych małżowin usznych” lub „męskiego/kobiecego magnezu”. Trudniej, gdy trzeba zająć stanowisko po zetknięciu się z opinią, którą pacjent wyczytał w internecie – bardzo często na forach administrowanych przez osoby, które powinny podlegać sankcjom zawartym w „lex szarlatan”.

Owszem, są wśród nas osoby, które mają niezmiernie pokłady cierpliwości, choć niekoniecznie mają czas na jej nadużywanie. Jednak większość w najzupełniej zrozumiały sposób czuje się źle, gdy lata zdobywania wiedzy i umiejętności są podważane lub dyskredytowane przez patocelebrytów, patodziennikarzy oraz pacjentów amatorów, żeby nie powiedzieć: dyletantów.

Racjonalizm odpowiedzi może nie wystarczyć, gdy pacjent, szczególnie ten krzykliwy, będzie chodzącym przykładem efektu

MARIUSZ POLITOWICZ
CZŁONEK NACZELNEJ
RADY APTEKARSKIEJ



Dunninga-Krugera. Potraktowanie go słowami, że jeśli wie lepiej, może opuścić gabinet lub aptekę, w najlepszym wypadku może się skończyć obrazą. Oba stron. Gorzej – a raczej trudniej – jest, gdy temat podchwycą media. Wtedy można być zmuszonym udowadniać, że się nie jest wielbłądem.

Osobnym zjawiskiem są naturopaci i szarlatani naciągający swoich nieszczęśliwych klientów lub wyznawców na zakup preparatów „marki własnej”, rzekomo lepszej od aptecznej = chemicznej, bo „lekarze lub farmaceuci ci tego nie powiedzą”.

Powstaje pytanie: co jest gorsze – bezwzględni naciągacze, producenci suplementów czy niewiedza oraz bezmyślność ludzi, którzy to kupują, by następnie stosować?

Może winni są farmaceuci, którzy „kiedyś dbali o pacjentów, robili leki i etycznie oraz bezpłatnie dyżurowali 24/7? Dziś w aptekach jest tylko mydło i powidło. Leków brakuje lub trzeba je dopiero zamawiać. Zamienniki dają takie, do których producent przekonał łapówkami” (!).

Kto pracuje w polskiej ochronie zdrowia (OZ), wie, jak kłamliwe i krzywdzące są zacytowane słowa. I to z różnych powodów. Z jednej strony, zgodnie z przepisami każda apteka realizuje recepty, na których przepisano suplementy lub homeopatię, oraz sprzedaje właśnie te preparaty, które są reklamowane. Nie ma przymusu. Jeśli pacjentoklient chce musującej

witaminy C, to może ją kupić. W aptece lub sklepie – co jest śpiewająco podkreślane w jednej z reklam w telewizji – gdzie farmaceutów nie ma.

Z drugiej strony marża urzędowa (poprawnie: narzut) na podstawowym asortymencie, czyli lekach refundowanych, jest żenująco mała. Od kilkudziesięciu groszy (!) na leku za niecałe 8 zł do około 20 zł na leku kosztującym około 274 zł. Na dodatek na każdym z poszczególnych odpowiedników jest identyczna, niezależnie od ich różnej ceny detalicznej, również urzędowej.

Zarówno polityka naszego państwa, która przybrała kształt ustawy refundacyjnej i dzięki której istnieje opisany system marżowo-cenowy, jak i ekspansja producentów PL, SD i WM wpływają na zachowania konsumencie, w tym pacjentoklientów. Inni, głównie farmaceuci, zostali zmuszeni, aby się do tego dostosować. Jednakże ci sami pacjentoklienci z definicji popełniają błędy w samoleczeniu, które reklamy wykreowały jako panaceum na kosztowny system OZ. Potem mają pretensje do całego świata, tylko nie do siebie. Oczywiście najbardziej winni są lekarze i farmaceuci, którzy ośmielają się zarabiać na ich szwankującym zdrowiu...

Błędne koło. Brak woli politycznej do jego zatrzymania.

Jako podsumowanie niech posłuży fragment jednej z reklam: „Nie musisz się znać [na chorobach i lekach], aby skorzystać z naszego produktu”. ●

PRAKTYKA LEKARSKA

Kości nie potrzebują więcej tabletek

MARGIT KOSSOBUDZKA-LIPIŃSKA

Przez lata wapń i witamina D były niemal synonimem profilaktyki złamań. Najnowsza analiza 69 badań z udziałem ponad 154 tys. osób pokazuje jednak, że u większości zdrowych dorosłych suplementacja nie daje takiej ochrony przed złamaniami i upadkami, jak dotychczas zakładano.

Wapń jest ważnym budulcem kości, a witamina D pomaga organizmowi go wchłaniać. Skoro słabe kości zwiększają ryzyko złamań, zakładano, że przyjmowanie większej ilości wapnia i witaminy D powinno pomóc w utrzymaniu silnego szkieletu. Takie zalecenia wyszły od naukowców, a następnie towarzystw medycznych i lekarzy.

Nic więc dziwnego, że apteczne półki są pełne takich suplementów. Siegają po nie zwłaszcza starsi, co jest oczywiste w sytuacji, gdy prawie jedna trzecia osób powyżej 65. roku życia doświadcza co najmniej jednego upadku rocznie, a upadki są główną przyczyną urazów – w tym śmiertelnych – w tej populacji.

Z badań europejskich wynika, że aż 85 proc. osób starszych obawia się upadku, co ogranicza ich codzienne funkcjonowanie. Ponadto połowa kobiet i jedna piąta mężczyzn dozna złamania niskoenergetycznego (pęknięcia lub złamania kości, do których dochodzi pod wpływem bardzo małej siły) w ciągu swojego życia, często właśnie w wyniku upadku. To oznacza nie tylko ból, ale także upośledzenie funkcji złamanej kości, obniżoną jakość życia, konieczność opieki rodziny lub szpitala.

Złamanie kości szyjki udowej u osób starszych w ciągu roku po urazie kończy się śmiercią 20–30 proc. z nich. Duża część pacjentów traci dawną samodzielność. To dlatego zapobieganie upadkom i złamaniom stało się



fot. Shutterstock.com

globalnym priorytetem zdrowia publicznego.

POCZĄTKI BYŁY DOBRE

To prawda, że wapń i witamina D odgrywają ważną rolę w regulacji homeostazy kości. W badaniach obserwacyjnych niskie spożycie wapnia w diecie i niski poziom witaminy D w surowicy krwi były związane z utratą minerałów kostnych, zmniejszoną funkcją mięśni, upadkami i złamaniami.

Od 1990 r. przeprowadzono kilka randomizowanych badań kontrolowanych, których celem była ocena, czy wapń, witamina D lub ich łączna suplementacja korzystnie wpływają na zdrowie układu mięśniowo-szkieletowego. Na podstawie początkowo obiecujących ustaleń wielu lekarzy powszechnie zaleca suplementację witaminy D (z wapniem lub bez), by zapobiegać złamaniom i upadkom.

◀Najsilniejsze dowody na ochronę kości prowadzą nie do apteki, lecz do regularnej aktywności fizycznej – zwłaszcza ćwiczeń oporowych i z obciążeniem

Ostatnie przeglądy systematyczne osiągnęły jednak konsensus co do tego, że suplementacja wapnia lub witaminy D nie przynosi korzyści w zapobieganiu złamaniom. Wciąż jednak nie ma pewności co do korzyści z łączonej suplementacji wapnia i witaminy D.

Najbardziej kompleksowe przeglądy systematyczne dotyczące tych dwóch związków opublikowano w latach 2014–2019, ale miały one istotne ograniczenia, w tym brak metaanaliz dotyczących wpływu witaminy D w połączeniu z wapniem, wykluczenie dorosłych w domach opieki, brak raportów na temat upadków, niewystarczającą liczbę analiz podgrup w celu zbadania wpływu dawkowania witaminy D oraz brak formalnej oceny pewności dowodów.

Wskazywało to na rosnącą potrzebę zaktualizowanego przeglądu systematycznego. Podjęli się tego kanadyjscy badacze, którzy przeanalizowali dane z 69 badań klinicznych z udziałem ponad 154 tys. dorosłych z całego świata. W badaniach tych, opublikowanych w piśmie „BMJ”, porównywano suplementy wapnia, suplementy witaminy D lub kombinację obu z placebo lub brakiem leczenia. Celem było udzielenie

odpowiedzi na pytanie: czy te suplementy rzeczywiście zapobiegają złamaniom i upadkom?

MINIMALNE KORZYŚCI

Okazało się, że w przypadku suplementacji wapniem nie zaobserwowano żadnej lub niewielką redukcję ryzyka złamań i upadków. To samo dotyczyło witaminy D przyjmowanej samodzielnie. Nawet w badaniach z udziałem dziesiątek tysięcy uczestników suplementacja witaminy D praktycznie nie wykazała różnicy w ryzyku złamań w porównaniu z całkowitym brakiem suplementacji.

A preparaty złożone? Tu na pierwszy rzut oka wyniki wydawały się nieco bardziej zachęcające. Skojarzona suplementacja witaminy D i wapnia wiązała się z niewielką redukcją ryzyka niektórych rodzajów złamań. Jednak po bliższym przyjrzeniu się badacze odkryli, że korzyści te były minimalne. Redukcja liczby złamań wynosiła około jednego mniej na sto osób przyjmujących suplementy.

Liczba złamań biodra, jednego z najważniejszych urazów dotyczących osoby starsze, zmniejszyła się tylko o około trzy przypadki na tysiąc osób. Badacze doszli zatem do wniosku, że korzyści te były zbyt małe, aby uznać je za klinicznie istotne dla większości osób.

A JEDNAK WAŻNE

Ważne, by podkreślić, że badanie to nie dowodzi, że wapń i witamina D są zbędne. Pozostają one kluczowymi składnikami odżywczymi dla zdrowia kości i mięśni. Praca jedynie podważa tezę, że każdy powinien regularnie przyjmować suplementy, aby zapobiegać złamaniom.

Owszem, w przypadku osób z osteoporozą, niedoborem witaminy D lub niektórymi schorzeniami suplementy mogą nadal odgrywać ważną rolę w ich opiece medycznej.

Wnioski z badania odnoszą się głównie do ogólnej populacji dorosłych, a w szczególności do osób mieszkających samodzielnie w społeczności, u których nie występuje poważny niedobór witaminy D ani choroby kości.

Czy zatem pozostajemy bezradni w walce ze starzejącym się układem kostnym? Nawet w dorosłym wieku można poprawić jego siłę i funkcjonowanie. Najsilniejsze dowody wciąż potwierdzają skuteczność regularnej aktywności fizycznej, zwłaszcza ćwiczeń z obciążeniem i ćwiczeń oporowych, które angażują mięśnie i kości.

SUPLEMENTACJA WCIĄŻ POTRZEBNA

W przeciwieństwie do innych witamin, które dostarczamy organizmowi wraz

ILE WITAMINY D I WAPNIA

Według aktualnych zaleceń codzienne spożycie witaminy D w Polsce powinno zależeć od wieku, masy ciała, czasu ekspozycji na słońce, nawyków żywieniowych oraz od stylu życia (w pierwszej kolejności zalecane są preparaty pod postacią cholekalcyferolu, w drugiej – pod postacią kalcifediolu). Dla różnych grup wiekowych prezentują się one następująco:

- niemowlęta w wieku 0–6 miesięcy – 400 IU (jednostek międzynarodowych) (10 µg/dzień), niezależnie od metody karmienia,
- niemowlęta w wieku 6–12 miesięcy – 400–600 IU, zależnie od dawki witaminy D przyjętej z pokarmem,
- dzieci w wieku 1–3 lat – 600 IU (15 µg/dzień) przez cały rok, ze względu na niezalecane w tej grupie wiekowej opalanie,
- dzieci w wieku 4–10 lat – 600–1000 IU (15–25 µg/dzień); kąpiele słoneczne przez 30–45 min dziennie z niezakrytymi przedramionami i nogami w godzinach od 10.00 do 15.00 od początku maja do końca września mogą być wystarczające, ale dodatkowa suplementacja w podanej wyżej dawce jest rekomendowana i bezpieczna,
- nastolatki w wieku 11–18 lat – 1000–2000 IU (25–50 µg/dzień); kąpiele słoneczne przez 15–30 min

dziennie z niezakrytymi przedramionami i nogami w godzinach od 10.00 do 15.00 od początku maja do końca września,

- dorośli w wieku 19–65 lat – 1000–2000 IU (25–50 µg/dzień) – kąpiele słoneczne przez 15–30 min dziennie z niezakrytymi przedramionami i nogami w godzinach od 10.00 do 15.00 od początku maja do końca września,
- osoby w wieku 65–75 lat – 1000–2000 IU (25–50 µg/dzień) – z powodu zmniejszonej zdolności syntezy cholekalcyferolu w skórze suplementacja w tej dawce jest rekomendowana przez cały rok,
- osoby w wieku powyżej 75 lat – 2000–4000 IU (50–100 µg/dzień) – ze względu na zmniejszenie zdolności syntezy cholekalcyferolu w skórze, zaburzenia wchłaniania i zmieniony metabolizm witaminy D przyjmowanie powyższej dawki jest rekomendowane przez cały rok.

Jeśli chodzi o wapń, najczęściej zaleca się dorosłym jego codzienne spożycie na poziomie 1000–1200 mg, uwzględniając zarówno wapń z pożywienia, jak i suplementów.

Przekraczanie tej dawki nie jest wskazane ze względu na ryzyko niekorzystnych efektów zdrowotnych, zwłaszcza problemów z nadmiernym obciążeniem nerek.

z pożywieniem, witamina D jest wytwarzana przez skórę, gdy jest ona wystawiona na działanie promieni słonecznych. Między końcem marca a wrześniem słońce jest zazwyczaj na tyle silne, że większość ludzi naturalnie produkuje potrzebną witaminę D.

Jednak od października do początku marca słońce w Polsce nie jest wystarczająco mocne, aby skóra mogła syntetyzować witaminę D – nawet w jasne dni.

Niektóre źródła żywności zawierają witaminę D – w tym tłuste ryby (takie jak łosoś lub sardynki), czerwone mięso, żółtka jaj

i wzbogacone płatki zbożowe. Jednak tylko niewielka część (około 10–20 proc.) naszego poziomu witaminy D pochodzi z diety.

W obliczu zmieniającego się stylu życia (częstszego przebywania w pomieszczeniach, stosowania kremów z filtrem podczas wychodzenia na słońce), a także innych czynników, niedobór witaminy D stał się powszechnym problemem zdrowotnym na całym świecie, w tym również w Polsce. Stąd specjaliści zalecają uzupełnienie niedoborów suplementacją witaminy D przez większą część roku.

PRAKTYKA LEKARSKA

Stulatka na onkologii

Dzięki nowoczesnej medycynie ludzie żyją coraz dłużej, więc i zachorowania na nowotwory w wieku starszym zdarzają się coraz częściej. Jak leczyć stulatka na onkologii – mówi **Adam Miller** z Kliniki Onkologii Instytutu „Centrum Zdrowia Matki Polki” w Łodzi w rozmowie z Adamem Czerwińskim.

Na urodzinach śpiewa się „100 lat”, Pan ostatnio zaśpiewał swojej pacjentce „200 lat”.

To była piękna uroczystość. Był tort, kwiaty, kamery telewizyjne, no i jubilatka – pani Marianna. Od kilku lat jestem jej lekarzem prowadzącym w Klinice Onkologii Instytutu „Centrum Zdrowia Matki Polki” w Łodzi.

Stulatka leczy się onkologicznie?

Sprawdziłem, jest najstarszą osobą w Polsce w czynnym onkologicznym leczeniu systemowym. Prawdopodobnie są rówieśnicy pani Marianny będący ozdrowieńcami z choroby nowotworowej. Natomiast nasza pacjentka jest cały czas aktywnie leczona.

Od dawna?

Trafiła do „Matki Polki” w 2021 r. Zastosowano terapię lekową. Po pewnym czasie choroba zaczęła jednak wymykać się spod kontroli, a kolejna chemia była bardziej toksyczna i wymagała współpracy z innymi ośrodkami. Ale ostatecznie udało się panią Mariannę z ciężkiego stanu wyprowadzić i zaproponować leczenie, które jest skuteczne.

Poznałem ją w 2023 r., kiedy rozpocząłem pracę w Klinice Onkologii. Była jednym z pierwszych wyzwania dla młodego onkologa. Zespół uznał, że skoro jestem specjalistą chorób wewnętrznych, to z taką wiekową osobą z wielochorobowością będę w stanie sobie poradzić, i trafiła pod moje skrzydła. Widujemy się co miesiąc od paru lat.

Chyba nie jest jedyną seniorką w klinice?

W tym roku statystycznie raz w tygodniu rozpoczynaliśmy leczenie pacjenta powyżej 80. roku życia. To znak czasu. W onkologii mówimy o nadchodzącym silver tsunami. Dzięki nowoczesnej medycynie ludzie żyją coraz dłużej i zachorowania na nowotwory w wieku starszym zdarzają się coraz częściej. W tej chwili statystyki mówią, że

W terapii osób starszych
kluczowa jest współpraca
z rodziną

połowa zachorowań jest odnotowywana u osób 65+. A w kolejnej dekadzie życia wskaźnik może wzrosnąć do ponad 70 proc. Nie ma w tym nic dziwnego. Nowotwory mają taką biologię, że częściej dotyczą osoby starsze. Cały czas w każdym z nas dochodzi do podziałów komórkowych i wrodzone systemy naprawcze w pewnym wieku przestają być wydajne. Kiedyś nawet na konferencji naukowej usłyszałem stwierdzenie, że każdy z nas zachoruje na nowotwór, chyba że będzie miał szczęście umrzeć wcześniej na coś innego.

Zdaje się, że wraz z seniorami przybywa wyzwań.

Cała medycyna idzie w bardzo wąskie specjalizacje. Kardiolog się zajmuje sercem, nefrolog nerkami, a onkolog rakiem. Natomiast w zasadzie nie ma w systemie osoby, która spajałaby to wszystko. To znaczy mamy specjalistów geriatry, czyli lekarzy sprawujących opiekę nad pacjentami po 65. roku życia. W Polsce jest ich około 600. Onkologów mamy 1200. Natomiast nowych zachorowań na raka rocznie w całej polskiej populacji odnotowujemy ponad 200 tys., z czego około 25 tys. to seniorzy w wieku 80+. Ta grupa pacjentów ma potężny bagaż doświadczeń życiowych, który obejmuje również liczne choroby. Leczy się je wieloma różnymi lekami. Najczęściej to leki kardiologiczne. Do tego dochodzą preparaty na choroby układu oddechowego, wydalinowego, często na bezsenność, zespół lękowy, depresję... Wszystkie te leki mogą wchodzić w interakcje ze stosowanymi przez nas cytostatykami. Dlatego kiedy do gabinetu onkologa wchodzi 80-latek, nie możemy patrzeć na niego wyłącznie przez pryzmat wytycznych obowiązujących w terapii raka piersi, jelita czy płuca. Nim podamy leczenie systemowe, chemioterapię, immunoterapię zgodnie z wytycznymi, musimy przeprowadzić analizę funkcjonowania pacjenta. Powinna ona obejmować sferę somatyczną, ale też psychiczną i społeczną. Bardzo dobrym narzędziem jest całościowa ocena

geriatryczna zawierająca kilkanaście domen, w których oceniamy całość kształt funkcjonowania organizmu, bo przecież możemy się mierzyć z drugim lub trzecim nowotworem w życiu danego człowieka, a nasz pacjent może być po udarach, zawałach, na dializoterapii... Dalej jest kwestia, czy nasz podopieczny jest w pełni sprawny w samoobsłudze, czy wymaga opieki osób trzecich, a jeśli tak, to czy można – jak w przypadku pani Marianny – liczyć na rodzinę. Nasza stulatka ma bardzo zaangażowanych, ciepłych, opiekuńczych bliskich.

Nie zawsze tak jest.

Zdarzają się 90-latkowie mieszkający w kamienicy na trzecim piętrze, którzy w zasadzie są więźniami własnego domu, bo ciężko im z tego domu wyjść.

Kolejna sprawa to stopień funkcjonowania poznawczego. Bo my możemy pacjentowi tłumaczyć, że coś trzeba zrobić, ale jeżeli on jest niewydolny poznawczo, bo ma choćby zespół otępienny, to nam nie zgłosi, że na przykład ma dolegliwości przy oddawaniu moczu albo że odczuwa dreszcze, że go boli gardło. Jeśli przeoczmy takie objawy, też możemy się nadziać na poważne działania niepożądane, jeśli nałożymy na nie nasze leczenie onkologiczne.

Tylko że taka całościowa ocena geriatryczna to jest mniej więcej godzina pracy z pacjentem.

A my w poradni onkologicznej mamy zapisanych sześciu chorych na godzinę. Istnieje więc problem systemowy. Najlepszym rozwiązaniem byłyby poradnie prehabilitacyjne. Marzy mi się, żeby coś takiego było w Polsce systemowo utworzone, że zanim senior trafi na leczenie onkologiczne, ktoś się z nim spotka, porozmawia o diecie, aktywności fizycznej, bo starsze osoby powinny być aktywne.

Dla wielu seniorów jedyną rozrywką jest siedzenie przed telewizorem i rozmowy przez telefon.

I taką osobę dużo trudniej jest później wyciągnąć z domu, żeby zaproponować leczenie, a nawet diagnostykę. Tak było z panią Marianną. Choć – jak wspominałem – jest ona otoczona wspieranymi bliskimi i aktywna jak na stulatkę, to faktycznie powinna do nas trafić dużo wcześniej.



foto: OIL tódz

Sama przyznaje, że zlekceważyła pewne objawy. W jej wypadku był to guz piersi. Poprosiła o pomoc, dopiero gdy zaczął krwawić. Gdyby wcześniej się do nas zgłosiła, przeprowadzilibyśmy drobny zabieg i jej leczenie pewnie dawno pomyślnie by się zakończyło.

Takie postępowanie jest typowe dla seniorów. Mówią, że już się nażyli i co ma być, to będzie. Albo: „Ja już jestem za stara na leczenie. Po co mi to?”. Na ostatnim dyżurze rozmawiałem z pacjentką, która ma ciocię w wieku 75 lat. I ta ciocia wyczuła jakieś zmiany na piersi. Nigdzie nie poszła, choć zmiana zaczęła podkrwawiać. Stwierdziła, że swoje przeżyła i koniec. A przecież my nikomu na siłę nie dajemy chemioterapii. Uczciwie mówimy, że leczenie onkologiczne jest obciążające. Jeżeli pacjent decyduje, że nie chce żadnego leczenia przyczynowego, możemy zaproponować leczenie objawowe, które sprawi, że dyskomfort związany z chorowaniem będzie mniejszy. W końcu nie każdy osiemdziesięciolatek,

◀ **Adam Miller** jest lekarzem specjalistą chorób wewnętrznych, w trakcie specjalizacji z onkologii klinicznej. Jest członkiem Sekcji Onkogeriatryi Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej, w codziennej pracy szczególnie zainteresowany holistycznym spojrzeniem na pacjenta w wieku starszym z chorobą nowotworową

który ma chorobę nowotworową, kwalifikuje się do jej leczenia. Jest australijskie badanie, które wykazało, że tylko jedna trzecia seniorów z rozpoznaniem rakiem na konsylium jest finalnie kwalifikowana do chemioterapii. Ale nowoczesne leczenie onkologiczne oferuje dużo więcej. Mamy hormonoterapię. Mamy immunoterapię. Mamy leczenie ukierunkowane molekularnie... Chirurgia nie musi u seniora oznaczać ciężkich, rozległych zabiegów. Można przeprowadzić uproszczoną mastektomię. Taki „toaletowy” zabieg wykonuje się, kiedy guz piersi krwawi, rozpada się i wydziela nieprzyjemny zapach. Interwencja chirurgiczna chroni przed krwotokiem z takiego guza.

Jak widać, opcji terapeutycznych dostępnych dla osób starszych jest bardzo dużo. Tylko żebyśmy mogli im coś zaproponować, muszą najpierw do nas przyjść. A jeżeli nie zrobią tego pierwszego kroku i nie zbadają się, nie będzie leczenia. Dlatego tak ważne jest wsparcie bliskich. To oni powinni zadbać, by senior miał po co żyć.

Czego jeszcze nauczyła młodego onkologa stuletnia pacjentka?

Ze pacjent i jego rodzina mogą szczerze rozmawiać z lekarzem. Parę lat temu pani Marianna ledwo uszła z życiem po naszym leczeniu. A my, żeby ją ratować, musieliśmy bardzo się napracować ze specjalistami z innych dziedzin. Przecież nie robi się wielu randomizowanych badań klinicznych na pacjentach w podeszłym wieku. Udało się dzięki wsparciu rodziny i szczerości pacjentki. I dalej dzięki tej szczerości dobrze nam idzie. Jak widzimy się raz w miesiącu, to ona i jej rodzina opowiadają mi, co się dzieje. Jeżeli dowiaduję się,



▲ Pani Marianna jest najstarszą osobą w Polsce w czynnym onkologicznym leczeniu systemowym

że cukier spadł czy ciśnienie skoczyło albo że serce kołatało, czy pacjentka upadła, to patrząc na wyniki, mogę odpowiednio leczenie modyfikować.

Tymczasem pacjenci onkologiczni, a seniorzy w szczególności, mają dużą tendencję do zatajania objawów.

W onkologii bardzo się tego obawiamy. Ponieważ czasem widać, że człowiek ledwo stoi na nogach, a mówi, że czuje się bardzo dobrze, bo boi się, że jak się przyzna do słabości, zostanie zdyskwalifikowany z leczenia. Wróć do wspomnianych wcześniej kwestii zaburzeń funkcji poznawczych. Mam pacjenta w wieku 80+, który generalnie nie pamięta, że coś mu się wydarzyło. Dlatego zawsze proszę jego rodzinę, żeby uzupełniała specjalny dzienniczek. Bo za każdym razem widzę w gabinecie starszego, uśmiechniętego człowieka, który mówi, że było wszystko dobrze i świetnie się czuje, i pyta, czy już może iść do domu. Kiedy otwieram dzienniczek, dowiaduję się, że tu były wymioty, a tu była biegunka i jeszcze nie był w stanie wstać z łóżka przez cały dzień. Najpewniej była zbyt duża toksyczność leków i trzeba zredukować dawkę cytostatyków albo rozrzedzić cykle, żeby organizm zdążył wrócić do formy. Tylko że ja muszę o tym wiedzieć. I dlatego współpraca z rodziną jest kluczowa w terapii osób starszych.

Seniorzy uwielbiają suplementy diety. Czy chwalą się tym Panu?

Te wszystkie ziołka, kropelki na pamięć, na koncentrację to prawdziwa

zmora. Oczywiście ziołolecznictwo jest dziedziną wiedzy medycznej. Tylko że ja muszę wiedzieć o tym, że ktoś z niej korzysta. Bo przecież część tych leków wchodzi w silne interakcje. Weźmy na przykład taki miłorząb japoński czy żeń-szeń – seniorzy je uwielbiają, tylko nie do końca lubią się tym chwalić. I później wzrastają im parametry wątrobowe, a my przerywamy leczenie, bo nie wiemy, co się dzieje. Okazuje się, że pacjent po prostu od wnuczki w dobrej wierze dostał jakiś suplement diety albo, co gorsza, grzybki chińskie. Musimy na to bardzo zwracać uwagę, ponieważ ponad 80 proc. uszkodzeń wątroby nie wynika wcale z naszego leczenia onkologicznego, tylko z interakcji na zasadzie lek-lek albo lek-suplement diety. Jeżeli pacjent albo rodzina nam nie powie o tych kropelkach albo lekach od innego specjalisty, możemy wyindukować bardzo groźne dla życia i zdrowia powikłania.

Skoro tyle mówimy o rodzinie, wspomnijmy o jeszcze jednym ważnym zadaniu dla niej.

Proszę.

Wspomnieliśmy już, że w Polsce jest problem z systemową prehabilitacją pacjentów onkologicznych. Dlatego bliscy powinni zatroszczyć się o przygotowanie do leczenia onkologicznego. Jeśli jest wykonywane badanie histopatologiczne albo w badaniu RTG

czy CT wychodzi podejrzenie guza, warto wykorzystać czas. Można się zgłosić do lekarza POZ i porozmawiać o ocenie geriatrycznej, modyfikacji leczenia, na przykład nadciśnienia czy cukrzycy, o pomocy we wdrożeniu zdrowej, zbilansowanej diety. Nie chodzi o to, żeby wpakować w człowieka kolejne tabletki, tylko żebyśmy mieli na odpowiednim poziomie czynniki, które przy chemioterapii są nam potrzebne, czyli żelazo, witaminę B12, kwas foliowy.

No i szczepienia.

Mamy kalendarz szczepień ochronnych dla osób dorosłych i jest w nim wyszczególniona lista szczepień w immunosupresji, ponieważ my chemioterapią wprowadzamy pacjenta w stan niedoboru odporności. Wyzerowujemy często tę odporność, a szczepienia zapobiegają zachorowaniu. A przecież zbliża się sezon infekcyjny, a na COVID, na pneumokoki, na RSV szczepionki są dostępne. Z przyczyn onkologicznych zachęcamy również do szczepień przeciwko półpaścowi, krztuścowi, chociaż te choroby już mają troszkę mniejsze znaczenie w kontekście już czynnego leczenia.

Po co seniorów szczepić?

Żeby chemioterapia miała najlepszą skuteczność, musi być podawana w określonym rytmie. Jeżeli zaczynam chemioterapię, pacjent powinien za tydzień dostać kolejny cykl. Ale gdy łapie grypę, która się przewleka, i potem choruje na tę grypę trzy tygodnie, to kolejny cykl chemii dostaje nie po tygodniu, tylko po miesiącu. W czasie, w którym powinny być podane cztery cykle leczenia, człowiek dostaje zaledwie pierwszy. I później ta przerwa powoduje, że rak może sobie dalej swobodnie wzrastać, bo mechanizm działania cytostatyków jest taki, że powinny trafić w określony moment rozwoju cyklu komórkowego. Jak te komórki już się podzieliły i są dojrzałe, to już ta chemia nie zadziała. Dlatego zależy nam, żeby rytm chemioterapii był optymalny. ●

To nie lekarze są problemem, lecz system

Lekarza, który ich leczy, Polacy lubią.
System, w którym muszą się leczyć – już znacznie mniej.

ANNA GOŁĘBICKA
EKONOMISTKA, STRATEG
KOMUNIKACJI I ZARZĄDZANIA



Polacy mają z lekarzami relację bardziej skomplikowaną, niż mogłoby wynikać z codziennych nagłówków. Z jednej strony słyszymy o kominach płacowych, milionowych zarobkach, kolejkach, konfliktach interesów i prywatnych gabinetach, z których ścieżka prowadzi na publiczne łóżko szpitalne. Z drugiej strony, kiedy pytamy ludzi o ich własnego lekarza, obraz nagle się ociepla.

Ponad sześciu na dziesięciu badanych deklaruje sympatię do lekarza, z którym najczęściej ma kontakt, ale o lekarzach jako grupie zawodowej pozytywnie mówi już tylko połowa. To fascynująca różnica. Osobiste doświadczenie wygrywa z medialnym obrazem. Relacja wygrywa z „czarnymi owcami”.

Raport „Nowy kontrakt społeczny dla ochrony zdrowia”, przygotowany na podstawie badania na grupie reprezentatywnej Polaków latem 2026 r. przez Human Answer Institute i Centrum im. Adama Smitha, pokazuje więc coś znacznie ważniejszego niż kolejny etap sporu o lekarzy. Polacy nie mają przede wszystkim problemu z lekarzami, którzy ich leczą. Mają z nimi jako grupą, ale jeszcze bardziej z państwem, które od lat organizuje ochronę zdrowia metodą dokładania kolejnych warstw do konstrukcji, a nikt już nie pamięta, kto ją projektował.

Oczekiwania obywateli wobec zmian w systemie są zaskakująco konkretne. 70 proc. badanych uważa, że lekarze pracujący w publicznej ochronie zdrowia powinni być zatrudniani na etatach. 58 proc. chce ograniczenia konfliktów interesów między sektorem publicznym i prywatnym. Jeszcze mocniej brzmi sprzeciw wobec polityki w szpitalach. 74 proc. respondentów uważa, że osoby zarządzające szpitalami nie powinny należeć do partii politycznych. To nie jest rewolucja przeciwko lekarzom. To żądanie uporządkowania reguł gry.

Podobnie jest z pieniędzmi. Polacy nie chcą, żeby lekarz zarabiał mało. Blisko połowa akceptuje wynagrodzenie na poziomie

trzykrotności średniej krajowej. Jednocześnie 62 proc. popiera ograniczenie skrajnie wysokich zarobków. Czyli kompetencje: tak. Przywileje bez granic: nie.

Polacy nie szukają już kompromisu między podziwem dla profesjonalizmu a alergią na poczucie niesprawiedliwości. Chcą jasnych zasad.

Najbardziej wymowna w raporcie jest jednak odpowiedź na pytanie o odpowiedzialność za kryzys. Aż 74 proc. badanych wskazuje przede wszystkim rząd, niezależnie od tego, kto aktualnie rządzi. Lekarzy wskazuje znacznie mniej, bo 38 proc.

Pokazuje to, że pacjent najwyraźniej rozumie coś, o czym politycy często zapominają: że lekarz nie projektuje systemu. Nie ustala budżetu, nie tworzy zasad finansowania, nie decyduje o strukturze świadczeń. Ale też widzą, że potrafi tych zasad używać, a nawet nadużywać. Bulwersuje ich, gdy faktura i ostentacyjne auto w komplecie z poczuciem wyższości zastępuje troskę o pacjenta i rozwój zawodowy.

Dość zaskakującym jest też fakt, że „stomatologizacja” ma się dobrze, co wcale dobrze o polskim systemie nie świadczy. Aż 73 proc. Polaków korzysta z prywatnych wizyt lekarskich. Prywatna medycyna dla wielu stała się obejściem systemu lub jedyną szansą. Czasem jego uzupełnieniem, czasem

kontynuacją, a czasem absurdalnym dublem.

Pacjent coraz częściej sam koordynuje swoje leczenie. Sam szuka specjalistów, sam zbiera dokumentację, sam pilnuje terminów. Państwo zarządza placówkami, ale pacjent musi zarządzać własną chorobą, a w chorobie to szczególnie trudne.

I właśnie dlatego ten raport nie jest tak naprawdę raportem tylko o lekarzach. Jest o tym, że czas stworzyć system oparty na jasnych zasadach, transparentności i odpowiedzialności. O tym, że trzeba odpolitycznić zarządzanie zdrowiem. O tym, że czas na kluczowe decyzje, gdzie kończy się sektor publiczny, gdzie zaczyna prywatny, a gdzie prywatny podmiot realizuje publiczne zadania. Gdzie jest granica, gdzie jest most.

Polacy wysyłają prosty komunikat: lekarz powinien godnie zarabiać, nie powinno być zgody na cwaniactwo, niejasne reguły i uprzywilejowanie. Chcemy leczenia, a nie produkowania porad. Partnerstwa z personelem medycznym, a nie wojny wszystkich ze wszystkimi. Bo ochrona zdrowia stała się dziś lustrem państwa. A w tym lustrze Polacy widzą i cwanych lekarzy, i swojego lekarza, którego lubią i szanują. Widzą system, który od dawna potrzebuje nie kolejnej reformy kosmetycznej, ale wreszcie spójnego pomysłu na siebie.

PRAKTYKA LEKARSKA

Samotność szkodzi jak palenie

SYLWIA WAMEJ

Światowa Organizacja Zdrowia uznała samotność za globalne zagrożenie zdrowotne, porównywalne z paleniem, otyłością i brakiem ruchu. To mierzalny czynnik ryzyka, który zwiększa śmiertelność i obciąża system ochrony zdrowia.

Samotność stała się mierzalnym czynnikiem ryzyka zdrowotnego i działa jak przewlekły stres, ponieważ osłabia odporność, pogarsza kontrolę chorób przewlekłych oraz skraca życie. W praktyce klinicznej lekarze widzą to szybciej niż statystyki: pacjent żyjący samotnie częściej trafia do szpitala, gorzej stosuje się do zaleceń i ma wyższe ryzyko zgonu.

Samotność oddziałuje na organizm wielopoziomowo, a jej skutki są dobrze udokumentowane zarówno w badaniach epidemiologicznych, jak i w praktyce klinicznej. Prof. Tomasz Grodzicki, specjalista w zakresie chorób wewnętrznych, geriatрії i hipertensjologii, zwraca uwagę przede wszystkim na nagłą samotność, która u osób niesprawnych lub przewlekle chorych działa jak silny stresor biologiczny. Jak podkreśla, nagłe odejście partnera czy utrata codziennego wsparcia uruchamia oś podwzgórze-przysadka-nadnercza, prowadząc do długotrwałej aktywacji stresowej.

– Ten stres nie trwa godzinę czy dwie, utrzymuje się tygodniami i przetrza się w stres przewlekły. To stresor o bardzo dużej sile działania, porównywalny ze skutkami palenia – mówi prof. Grodzicki. – Taka przewlekła aktywacja sprzyja nadciśnieniu, zaburzeniom rytmu serca, insulinooporności i przyspieszonej miażdżycy, co tłumaczy, dlaczego samotność tak silnie koreluje z ryzykiem zawału i udaru.

Zdaniem prof. Grodzickiego samotność u osoby niesprawnej działa błyskawicznie, ponieważ wystarczy

kilka dni bez wsparcia, by pojawiło się odwodnienie, pogorszenie stanu ogólnego i konieczność pilnej hospitalizacji.

Prof. Bolesław Samoliński, specjalista zdrowia publicznego, zwraca uwagę na przewlekłą samotność i jej wpływ na codzienne funkcjonowanie osób starszych. Podkreśla, że dezorganizuje ona codzienność seniorów: prowadzi do zaburzeń poznawczych utrudniających prawidłowe przyjmowanie leków, sprzyja zaburzeniom łaknie-

Izolacja społeczna wiąże się ze wzrostem markerów zapalnych, takich jak CRP i IL-6, co zwiększa ryzyko chorób sercowo-naczyniowych, cukrzycy typu 2 i otyłości

nia i odwodnieniu, a także obniża aktywność fizyczną i psychiczną, pogarszając przebieg chorób przewlekłych.

Izolacja społeczna wiąże się ze wzrostem markerów zapalnych, takich jak CRP i IL-6, co zwiększa ryzyko chorób sercowo-naczyniowych, cukrzycy typu 2 i otyłości. Samotność jest też niezależnym

czynnikiem ryzyka zaburzeń poznawczych: badania pokazują, że podnosi prawdopodobieństwo rozwoju otępienia o około 30 proc., m.in. poprzez gorszą stymulację poznawczą, depresję i słabszą kontrolę chorób przewlekłych. W praktyce klinicznej oznacza to pacjentów, którzy częściej wracają z zaostrzeniami, gorzej reagują na leczenie i rzadziej zgłaszają się na kontrolę.

STARZENIE SIĘ POLSKI

Polska ma szczególnie trudną sytuację demograficzną. – Kobiety żyją znacznie dłużej niż mężczyźni, średnio o 8 lat, więc samotność dotyczy przede wszystkim kobiet. W wieku 70 lat na 100 mężczyzn przypada około 175 kobiet. Najczęściej samotność pojawia się po śmierci partnera – mówi prof. Samoliński.

Badania PolSenior i PolSenior2 (ok. 9 tys. respondentów) pokazują, że depresja występuje u co czwartego seniora, a cechy depresji ma ponad 40 proc. osób starszych. – Samotność jest jednym z głównych czynników ryzyka depresji obok utraty pracy, zmiany pozycji społecznej i ograniczenia kontaktów zawodowych – dodaje ekspert.

Prof. Tomasz Grodzicki zwraca uwagę na nowe zjawisko: czteropokoleniowe rodziny, w których żyje już ok. 8 tys. stulatków. Choć formalnie otoczeni bliskimi, wielu z nich doświadcza samotności

► *Samotność oddziałuje na organizm wielopoziomowo. W praktyce klinicznej oznacza to pacjentów, którzy częściej wracają z zaostrzeniami, gorzej reagują na leczenie i rzadziej zgłaszają się na kontrole*

i narastającej niesprawności. Problemy ze słuchem i wzrokiem dodatkowo utrudniają kontakt, przez co wsparcie rodziny często nie działa w praktyce.

NAGŁA I PRZEWLEKŁA

Prof. Grodzicki zwraca uwagę na kluczowe rozróżnienie między nagłą i przewlekłą samotnością, które w praktyce klinicznej oznacza zupełnie różne ryzyka. Nagła samotność u osoby niesprawnej działa jak silny stresor i natychmiast zaburza codzienne funkcjonowanie.

– Taka samotność ma ogromny wpływ na przebieg chorób przewlekłych. Gdy osoba chora zostaje sama, często nie ma kto podać leków, przygotować posiłku, pomóc w higienie czy w podstawowym poruszaniu się po domu. U osób niesprawnych nagła izolacja praktycznie uniemożliwia codzienne funkcjonowanie – podkreśla. Wystarczy kilka dni, by pojawiło się odwodnienie, niedożywienie, upadki czy zaostrzenia niewydolności serca lub POChP.

Samotność przewlekła rozwija się latami. – W przypadku osób, które od lat żyją samotnie, pewne mechanizmy radzenia sobie istnieją, ale jeśli pojawi się niesprawność, one również zostają same z chorobą i jej konsekwencjami – mówi prof. Grodzicki.

Z perspektywy lekarza rodzinnego kluczowe jest wczesne wychwycenie pacjentów na granicy niesprawności, zwłaszcza w starszych małżeństwach, gdzie jedno z partnerów pełni rolę opiekuna. – Trzeba ocenić, na ile partner pełni funkcję opiekuna i co się stanie, jeśli trafi do szpitala choćby na kilka dni. Samotność nie musi trwać latami, czasem wystarczy tydzień, by osoba niesprawna trafiła do szpitala z powodu odwodnienia czy niedożywienia – zaznacza.

SYSTEM: GDZIE JESTEŚMY

Samotność nie jest wpisana do polskiej polityki prozdrowotnej, mimo że dane epidemiologiczne i decyzja WHO wskazują ją jako kluczowy czynnik ryzyka. – Najbardziej świadome problemu są organizacje senioralne, UTW i NGO-sy. Uniwersytety Trzeciego Wieku pełnią realną funkcję profilaktyczną: organizują spotkania, zajęcia, aktywizują – mówi prof. Samoliński.

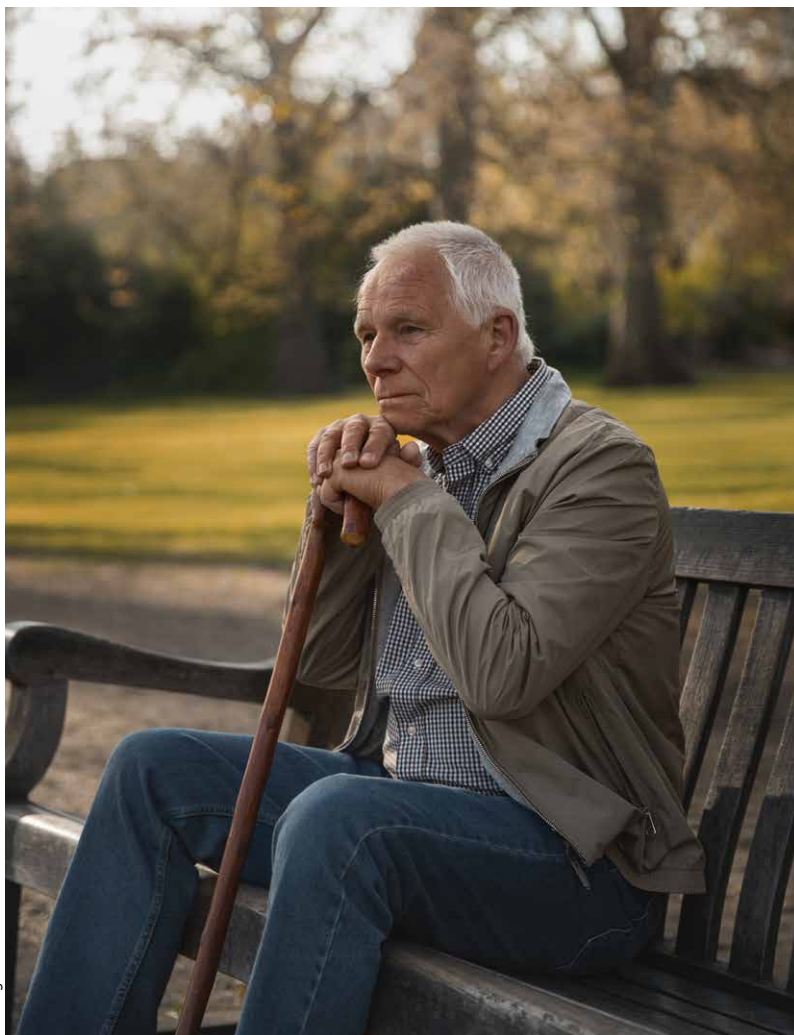


foto: Magnific.com

Jak dodaje prof. Grodzicki: – Systemowo mamy MOPS-y i GOPS-y, które wspierają osoby wymagające pomocy, ale skala potrzeb jest znacznie większa niż możliwości tych ośrodków. Dodatkowo rzadziej możemy liczyć na pomoc sąsiedzką: więzi międzyludzkie w dużych miastach bardzo się rozluźniły. Ważne są działania wyprzedzające, także bardzo praktyczne. – Nawet będąc sprawnym, dobrze jest dostosować mieszkanie, choćby łazienkę: zamiast wanny prysznic z możliwością wjazdu. To prozaiczne rzeczy, ale kluczowe dla codziennej higieny. Los bywa nieprzewidywalny, a nagła niesprawność może pojawić się w każdym momencie – podkreśla prof. Grodzicki.

Prof. Samoliński wskazuje również na trening funkcji poznawczych (zmiana ręki przy jedzeniu,

zmiana ustawienia zegarka) oraz przeciwdziałanie wykluczeniu cyfrowemu jako elementy profilaktyki samotności i ośpienia.

ROLA LEKARZA POZ

Prof. Tomasz Grodzicki zwraca uwagę, że w praktyce POZ samotność coraz częściej zachowuje się jak pełnoprawny czynnik ryzyka. W rozmowie z pacjentami naturalnie pojawiają się pytania o to, z kim mieszkają i kto pomaga im w codziennych czynnościach. Jak zauważa, w takich sytuacjach ogromne znaczenie mają miejsca, które dają choć minimalny kontakt z drugim człowiekiem, kluby seniora, dzienne domy pobytu, lokalne inicjatywy. Czasem sama obecność drugiej osoby obok wystarcza, by zmniejszyć poczucie izolacji i poprawić poczucie bezpieczeństwa. ●

WYWIAD LEKAR(S)KI

Presja, dyskryminacja i przemoc

Sprzeciwiam się traktowaniu lekarzy specjalizujących się jako zasobu do łatania luk w obsadzie szpitali i oddziałów ratunkowych kosztem realnego kształcenia – mówi **Małgorzata Nowosad**, specjalistka chirurgii ogólnej, prezeska i inicjatorka Fundacji Kobiety w Chirurgii, w rozmowie z Marią Kłosińską.

Fundacja Matki Lekarki i Fundacja Kobiety w Chirurgii powstały z doświadczeń konkretnych grup lekarzy.

Co mówi o naszym środowisku fakt, że lekarze tworzą takie fundacje?

Powodem powstawania takich organizacji jak nasze są systemowe problemy, z którymi mierzą się te konkretne grupy zawodowe w obecnym systemie szkolenia oraz systemie pracy. Lekarki oraz lekarze w trakcie specjalizacji zabiegowych, takich jak chirurgia, doświadczają m.in. presji, by zrezygnowali z ustawowych praw ochronnych, dyskryminacji ze względu na rodzicielstwo oraz ograniczeń w dostępie do rzeczywistego wykonywania procedur operacyjnych na rzecz realizowania pracy ponadetatowej lub obsługi szpitalnych oddziałów ratunkowych. W badaniu przeprowadzonym przez Fundację Kobiety w Chirurgii wskazano wiele czynników wpływających na nierówność w pracy oraz często występujące zachowania przemocowe.

W czerwcu rozpoczęły się konsultacje projektu nowelizacji ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Przedstawiliśmy nasze zastrzeżenia podczas spotkania w Ministerstwie Zdrowia i przekazałyśmy 13 uwag wraz z kilkudziesięcioma stronami argumentacji. Ponad tysiąc lekarzy przesłało uwagi do MZ, poparło ich wiele okręgowych izb lekarskich. Czy taka skala zaangażowania środowiska powinna być dla resortu sygnałem, że nie mówimy o jednostkowych problemach, ale o rozwiązaniach



foto: Archiwum prywatne

wymagających ponownego przemyślenia?

Sprzeciw środowiska lekarskiego i studenckiego wobec proponowanych w projekcie rozwiązań ma charakter merytoryczny i powszechny, co zwraca uwagę na brak wcześniejszych konsultacji i szerokiego zapoznania się ze stanowiskiem środowiska przy przygotowywaniu propozycji Ministerstwa Zdrowia. Liczba zgłoszonych uwag jednoznacznie wskazuje, że nie chodzi o jednostkowe zastrzeżenia, lecz o sprzeciw wobec fundamentalnych kierunków zmian proponowanych przez Ministerstwo Zdrowia.

Naczelna Rada Lekarska formalnie złożyła wniosek

◀ **Małgorzata Nowosad**, prezeska Fundacji Kobiety w Chirurgii, jest specjalistką chirurgii ogólnej, FEBS in transplant surgery. Zajmuje się m.in. transplantologią i chirurgią wątroby, jest zaangażowana w działania na rzecz poprawy warunków kształcenia i pracy lekarzy

o odrzucenie projektu ustawy w całości i przygotowanie nowego aktu w uzgodnieniu ze środowiskiem. Większość środowiska lekarskiego określiła projekt jako zagrażający bezpieczeństwu pacjentów, nieakceptowalny i niedostosowany do realiów.

Podczas spotkań konsultacyjnych przedstawiono dane pokazujące m.in., że 82 proc. studentów sprzeciwia się skróceniu stażu podyplomowego, a 85 proc. nie czuje się po studiach dostatecznie przygotowanymi do samodzielnej pracy z pacjentem. Zatem być może należałoby zastanowić się pierwotnie nad formą kształcenia i jego efektywnością. W sytuacji braku realnego przygotowania studentów do pracy klinicznej coraz mniejsza ich część wybiera specjalności zawodowe, które dziś już stoją na granicy wydolności.

Jedna z najważniejszych uwag odnosi się do przepisów dotyczących lekarzy, którzy przez pewien czas nie pełnią dyżurów – m.in. z powodu ciąży, rodzicielstwa czy stanu zdrowia. Projekt zakłada w takich sytuacjach wydłużenie specjalizacji.

Samorząd lekarski oraz związki zawodowe zdecydowanie krytykują projektowane przepisy (art. 16i ust. 1d i 1e), które nakładają obowiązek „odpracowania” niepełnionych dyżurów i automatycznie wydłużają okres specjalizacji. Lekarz korzystający z ochrony rodzicielskiej lub zdrowotnej nadal wykonuje pracę na pełnym etacie, realizuje program szkolenia w podstawowym wymiarze czasu, lecz pacjentów i zdobywa kompetencje. Taka propozycja w ustawie jest formą nierównego traktowania pracownika. Automatyczne wydłużanie specjalizacji od pierwszego dnia skorzystania z praw ochronnych jest regresem w stosunku do dotychczasowych standardów, zgodnie z którymi niedyżurowanie do 24 miesięcy nie wydłużało automatycznie specjalizacji, i mechanizmem zmuszającym młodych lekarzy do odkładania decyzji o posiadaniu dzieci. Uznajemy taki zapis za formę kary za rodzicielstwo i stan zdrowia.

Jeśli chodzi o etap ukończenia specjalizacji i nadania stopnia specjalisty, powinno o tym decydować osiągnięcie wymaganych kompetencji i wykonanie określonych procedur, a nie bezwzględny licznik godzin dyżurowych. Można również zauważyć niespójność systemu zaproponowanego przez Ministerstwo Zdrowia: dyżury przepracowane wcześniej ponad minimalny wymiar nie tworzą dla lekarza żadnego „bufora” na wypadek późniejszej nieobecności. Obowiązkowe dyżury nie powinny być formą wypełniania luk systemowych, a raczej dawać kompetencje i samodzielność przyszłym specjalistom.

Projekt przewiduje konsekwencje dla lekarza, który po zakwalifikowaniu się na specjalizację nie podejmie jej albo zrezygnuje. W określonych sytuacjach oznaczać to będzie wykluczenie z dwóch kolejnych postępowań kwalifikacyjnych. Czy system powinien w ten sposób karać lekarza za decyzję wynikającą z okoliczności życiowych?

Sankcje za niepodjęcie lub rezygnację ze specjalizacji są zupełnie niezrozumiałą formą systemowych rozwiązań przemocowych w stosunku do osób, które nie ze swojej winy nie są w stanie rozpocząć specjalizacji w danym terminie. Zgłoszone stanowiska izb lekarskich oraz organizacji lekarskich

kategorycznie sprzeciwiają się automatycznemu wykluczeniu lekarza z dwóch kolejnych postępowań kwalifikacyjnych. Projekt nie przewiduje mechanizmów pozwalających na zwolnienie z sankcji w przypadku przyczyn obiektywnych i losowych, takich jak ciąża, poród, nagła choroba, zaostrzenie schorzenia przewlekłego, opieka nad niepełnosprawnym dzieckiem czy brak możliwości natychmiastowej relokacji. Odsunięcie lekarza od możliwości specjalizowania się

Rezygnacja ze szkolenia lub zmiana ośrodka z ważnych przyczyn osobistych, opiekuńczych czy zdrowotnych nie może skutkować automatyczną blokadą dalszego rozwoju zawodowego

na okres blisko dwóch lat zamraża potencjał kadr medycznych i pogłębia niedobory specjalistów w ochronie zdrowia, szczególnie w specjalizacjach zabiegowych.

Kolejny problem dotyczy zmiany miejsca odbywania specjalizacji. Uważamy, że lekarz, który z ważnych przyczyn życiowych musi zmienić miejsce szkolenia, nie powinien z tego powodu tracić możliwości kontynuowania specjalizacji w trybie rezydentkim. Jak Pani patrzy na to z perspektywy chirurgii – w jej przypadku wybór ośrodka i możliwość rzeczywistego operowania mają szczególne znaczenie?

Projektowane zapisy wprowadzają zasadę, że zmiana miejsca odbywania specjalizacji skutkuje przydzieleniem lekarza do trybu pozarezydentckiego, a zachowanie rezydentury możliwe jest jedynie w dwóch skrajnych przypadkach: likwidacji jednostki lub stwierdzenia przez wojewodę rażących naruszeń. W praktyce przepisy uzależniające zmianę ośrodka od decyzji wojewody są oceniane jako fikcyjne, gdyż wojewodowie

rzadko reagują na zgłaszane nieprawidłowości szkoleniowe czy patologie organizacyjne.

Z punktu widzenia chirurgii możliwość zmiany ośrodka jest kluczowa, gdy macierzysta jednostka nie zapewnia dostępu do bloku operacyjnego, nie realizuje programu, oferuje niską jakość kształcenia lub stosuje mobbing. Z badań przeprowadzonych na oddziałach chirurgicznych wynika, iż głównym powodem zmiany miejsca specjalizacyjnego jest przemoc w pracy, zła atmosfera i brak możliwości realizowania programu specjalizacji. Pozbawienie rezydentury przy zmianie miejsca oznacza utratę stabilności finansowej, umowy o pracę i bezpieczeństwa socjalnego. Lekarz specjalizujący się nie jest jedynie zasobem do łatania luk w obsadzie dyżurowej podmiotu leczniczego.

Sprzeciwiamy się również rozwiązaniu, które może prowadzić do utraty możliwości zdawania PES, jeśli od zakończenia szkolenia upłynęły 24 miesiące. Do Ministerstwa Zdrowia przekazaliśmy w tej sprawie również argumentację prawną dotyczącą sytuacji związanych z rodzicielstwem i zdrowiem. Życie lekarza nie zawsze układa się zgodnie z harmonogramem specjalizacji – pojawia się macierzyństwo, choroba czy konieczność opieki nad bliskimi.

Ministerstwo Zdrowia tłumaczy wprowadzenie rygoru konieczności ukończenia specjalizacji w określonym czasie, wskazując na przypadki, w których lekarze po zdaniu PES przez długi czas nie uzyskują formalnie tytułu specjalisty z powodu niedokończenia procedur szkoleniowych. Przepis ten uderza bezpośrednio w lekarki w ciąży, osoby korzystające z urlopów macierzyńskich i rodzicielskich oraz lekarzy chorujących przewlekle. Typowy okres nieobecności związany z ciążą i opieką nad dzieckiem wynosi do 2 lat, co oznacza, że w przypadku komplikacji życiowych lekarz traci dorobek egzaminacyjny i jest zmuszony ponownie zdawać PES.

W aktualnym systemie prawnym istnieje system weryfikacji wiedzy i umiejętności związany z niewykonaniem zawodu przez 5 lat, co jest realnym terminem.

Postulujemy także pozostawienie możliwości zdawania PES na ostatnim roku specjalizacji. Dla lekarza, który planuje ciążę, urlop rodzicielski albo z innych powodów przewiduje przerwę w pracy, kilka czy kilkanaście miesięcy może mieć ogromne znaczenie. Czy możliwość podejścia do PES na ostatnim roku rzeczywiście może zagrażać jakości kształcenia?

Resort argumentuje, że możliwość zdawania PES na ostatnim roku skłania do egzaminu osoby z niezrealizowaną odpowiednią częścią programu, szczególnie w specjalizacjach 2-, 3-letnich, co skutkuje słabszym przygotowaniem. Organizacje lekarskie sprzeciwiają się zablokowaniu tej możliwości. Postulujemy utrzymanie prawa do zdawania PES na ostatnim roku pod warunkiem spełnienia wymogów formalnych. Z punktu widzenia lekarzy planujących rodzicielstwo lub przerwę zdrowotną zdanie egzaminu na końcowym etapie szkolenia pozwala na stabilne i bezstresowe przejście na urlop rodzicielski bez konieczności powrotu do nauki po długiej przerwie w pracy. Forma egzaminu PES jest dziś związana z nauką książkową i niestety mało ma wspólnego ze zdobywaniem wiedzy i umiejętności w trakcie pracy.

Jeśli spojrzeć na przepisy dotyczące niedyżurowania, zmiany miejsca specjalizacji, konsekwencji rezygnacji czy PES – czy nie powstaje wrażenie, że tworzymy system zaprojektowany przede wszystkim dla lekarza, którego życie przez kilka lat szkolenia przebiega bez żadnych zakłóceń?

Zestawienie proponowanych przepisów prowadzi do wniosku, że przepisy zaprojektowano pod kątem modelu lekarza dyspozycyjnego, którego życie przebiega bez żadnych zdarzeń losowych, poświęcającego się wyłącznie pracy. W mojej opinii budowa bezpiecznego i elastycznego systemu ochrony zdrowia wymaga prowadzenia szkolenia opartego na realnej weryfikacji kompetencji i wiedzy. O ukończeniu szkolenia powinno decydować zdobycie konkretnych umiejętności i wykonanie procedur

medycznych, a nie bezwzględny licznik przepracowanych godzin czy dyżurów, szczególnie w specjalizacjach zabiegowych.

Korzystanie z gwarantowanych przez prawo świadczeń macierzyńskich, rodzicielskich czy zwolnień lekarskich nie może pociągać za sobą automatycznych kar zawodowych w postaci przedłużania specjalizacji czy utraty trybu rezydenckiego. Jest to zapis w sposób jawny dyskryminujący tych lekarzy i lekarki. Rezygnacja ze szkolenia lub zmiana ośrodka z ważnych przyczyn osobistych, opiekuńczych czy zdrowotnych nie może skutkować automatyczną blokadą dalszego rozwoju zawodowego.

W najbliższych miesiącach ochronę zdrowia czeka cały

pakiety zmian, przy których nowelizacja ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty jest tylko jednym z wielu tematów. Tymczasem po kolejnych aferach, publicznym rozliczaniu lekarzy i w obliczu narastających podziałów mam wrażenie, że coś znacznie ważniejszego zaczęło nam się rozpadać. Lekarz kojarzył się kiedyś nie tylko z zawodem, ale z pewnym etosem. Co dziś z niego pozostało? Zawód lekarza jest zawodem zaufania publicznego, którego istotą jest niesienie pomocy pacjentom. Wymaga to zarówno długich lat szkolenia, jak i zdobywania umiejętności miękkich. Relacja lekarz–pacjent nie może być oparta na przemocowym systemie szkolenia i dyskryminujących zapisach. ●

reklama

NOWE TECHNOLOGIE

Komputer lekarza jako element infrastruktury krytycznej

DR INŻ. MARCIN BIEŃKOWSKI

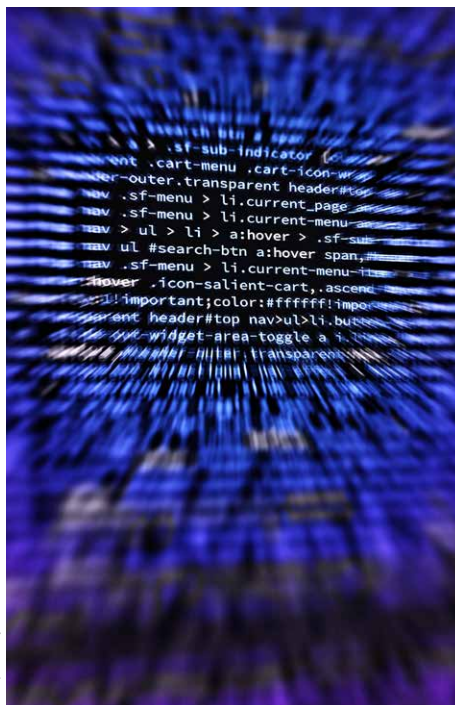
Komputer w gabinecie lekarskim już dawno przestał być urządzeniem, które funkcjonuje w oderwaniu od reszty systemów IT placówki medycznej. Dzisiaj jest on końcówką systemu szpitalnego, bramą do elektronicznej dokumentacji, narzędziem do wystawiania e-recept i konsolą do oglądania badań obrazowych. Jak go zabezpieczyć przed współczesnymi zagrożeniami?

W typowej placówce medycznej komputer lekarza jest punktem dostępu do wielu kluczowych systemów i usług. Każda z tych usług może bazować na innym systemie, często dostarczającym przez innego producenta, ale ze wszystkich można korzystać z tego samego stanowiska. Co więcej, dostęp do nich uzyskuje się za pomocą tej samej tożsamości użytkownika. Haker, który przejmie kontrolę nad takim stanowiskiem, nie zdobywa więc jedynie dostępu do pojedynczego komputera. Zdobywa przyszłość pozwalającą na dalsze działania w infrastrukturze placówki.

Jakie mogą być konsekwencje takiego ataku w skali całej placówki, dobitnie pokazał incydent ze Szpitala Wojewódzkiego w Szczecinie. W nocy z 7 na 8 marca 2026 r. cyberprzestępcy przeprowadzili atak typu ransomware, w wyniku którego zaszyfrowano część zasobów serwerowych. Szpital musiał wdrożyć procedury awaryjne i przejść na pracę z wykorzystaniem dokumentacji papierowej. Sprawcy zażądali kilku milionów dolarów okupu.

Nie był to odosobniony przypadek. Podobne incydenty dotknęły również inne polskie podmioty lecznicze, w tym Bonifraterskie Centrum Medyczne, które 13 marca zidentyfikowało atak ransomware prowadzący do zaszyfrowania części zasobów informatycznych i naruszenia ochrony danych osobowych.

Atak tego typu może doprowadzić do utraty dostępu do danych i systemów w krótkim czasie, podczas gdy przywrócenie pełnej zdolności operacyjnej placówki



fot. pixabay.com

może potrwać wiele dni lub nawet tygodni. Dlatego bezpieczeństwo komputera lekarza warto postrzegać nie jako problem ochrony pojedynczego urządzenia, lecz jako element ochrony całego łańcucha – od urządzenia, przez tożsamość użytkownika i sieć, po aplikację, dane oraz systemy, na których opiera się udzielanie świadczeń.

◀ Pojedynczy błąd może mieć konsekwencje wykraczające daleko poza jeden komputer

INFRASTRUKTURA KRYTYCZNA

Pojęcie infrastruktury krytycznej ma w polskim prawie ściśle określone znaczenie. Reguluje je ustawa o zarządzaniu kryzysowym, która w 2026 r. została znowelizowana m.in. w związku z wdrożeniem unijnej dyrektywy CER dotyczącej odporności podmiotów krytycznych. Ochrona zdrowia jest jednym z sektorów objętych tymi regulacjami. Nie oznacza to jednak, że każda placówka działająca w tym sektorze automatycznie staje się elementem infrastruktury krytycznej.

Dla cyberbezpieczeństwa placówek medycznych równie istotny jest drugi reżim prawny. Nowelizacja ustawy o krajowym systemie cyberbezpieczeństwa, wdrażająca dyrektywę NIS2, weszła w życie 3 kwietnia 2026 r. Sektor ochrony zdrowia został zaliczony do sektorów kluczowych, a podmioty spełniające określone w ustawie kryteria podlegają szczególnym obowiązkom, które dotyczą zarządzania ryzykiem i sposobu reagowania na incydenty. Podmioty, które nie zostały wpisane do wykazu z urzędu, mają czas do 3 października 2026 r. na dokonanie samorejestracji. W przypadku poważnego incydentu pierwsze, wcześnie

ostrzeżenie należy przekazać nie później niż w ciągu 24 godzin od momentu, gdy podmiot dowiedział się o jego wystąpieniu.

Dla lekarza siedzącego przy biurku różnice między tymi reżimami prawnymi mają jednak drugorzędne znaczenie. Niezależnie od tego, czy dana placówka figuruje w odpowiednim wykazie, awaria lub niedostępność systemów informatycznych może natychmiast przełożyć się na czas przyjęcia pacjenta, dostęp do jego historii leczenia, wyników badań czy możliwość wystawienia dokumentów niezbędnych do kontynuowania terapii.

PHISHING, A NIE WIRUSY

Twarde dane dotyczące skali problemu publikuje Sektorowy Zespół Reagowania na Incydenty Bezpieczeństwa Komputerowego działający w Centrum e-Zdrowia (CSIRT CeZ). Z jego raportu za 2025 r. wynika, że zespół obsłużył 1441 incydentów bezpieczeństwa wobec 1028 rok wcześniej. Najwięcej było oszustw komputerowych (580 przypadków) oraz incydentów związanych z podatnymi usługami, których odnotowano 344. Łącznie obie kategorie odpowiadały za 64 proc. wszystkich zgłoszeń. Dalej znalazły się wycieki poświadczeń (148 przypadków) i szkodliwe oprogramowanie (146).

Statystyki pokazują więc, że jednym z najważniejszych elementów bezpieczeństwa pozostaje człowiek korzystający z systemów informatycznych. Oszustwo komputerowe może przybrać postać wiadomości podszywającej się pod komunikat płatnika, dostawcy oprogramowania czy działu kadr albo prowadzić użytkownika do strony łudząco podobnej do firmowego formularza logowania. Wystarczy chwila nieuwagi, aby napastnik uzyskał dane uwierzytelniające, które następnie mogą posłużyć do przejścia kolejnych systemów i kont.

Z punktu widzenia lekarza oznacza to, że bezpieczeństwa nie można sprowadzić do samego hasła ani programu antywirusowego. Równie istotna jest architektura całego środowiska. Współdzielone konta w gabinetach, nadmierne uprawnienia użytkowników, niekontrolowane korzystanie z prywatnych urządzeń czy dostęp do systemów z niezabezpieczonych stanowisk sprawiają, że pojedynczy błąd może mieć konsekwencje wykraczające daleko poza jeden komputer.

POLITYKA ZERO TRUST

Odpowiedzią na tak zarysowane ryzyko jest model Zero Trust, czyli architektura bazująca na zasadzie zerowego zaufania. Jej podstawowe założenie jest proste, samo

podłączenie urządzenia do sieci placówki nie może być powodem do automatycznego uznania go za zaufane. Dostęp do konkretnego zasobu powinien być przyznawany na podstawie uwierzytelnienia i autoryzacji, zgodnie z polityką uwzględniającą tożsamość użytkownika, stan urządzenia oraz kontekst żądania.

Jednym z podstawowych elementów takiego podejścia jest uwierzytelnianie wieloskładnikowe (MFA), przy czym nie wszystkie jego odmiany zapewniają taki sam poziom ochrony. Warto zwrócić uwagę, że kody przesyłane SMS-em, jednorazowe kody z aplikacji czy

Jednym z najważniejszych elementów bezpieczeństwa pozostaje człowiek korzystający z systemów informatycznych

powiadomienia push są podatne na różne rodzaje ataków. Najwyższy poziom ochrony przed phishingiem zapewniają obecnie mechanizmy wykorzystujące standardy FIDO/WebAuthn, dostępne zarówno w postaci kluczy sprzętowych, jak i mechanizmów uwierzytelniania wbudowanych w urządzenia i systemy operacyjne.

Drugim filarem jest zasada minimalnych uprawnień. Lekarz powinien na co dzień pracować na koncie pozbawionym uprawnień administracyjnych, natomiast konta służące do zarządzania systemami powinny być od nich oddzielone i wykorzystywane wyłącznie do zadań administracyjnych.

OD ANTYWIRUSA DO XDR

Klasyczna ochrona antywirusowa opiera się przede wszystkim na rozpoznawaniu znanych wzorców złośliwego oprogramowania. Problem polega na tym, że część współczesnych ataków, w tym ransomware, może wykorzystywać legalne narzędzia i funkcje systemu operacyjnego, zamiast dostarczać na komputer plik złośliwego oprogramowania.

Dlatego ważnym elementem współczesnej ochrony stacji roboczych stały się rozwiązania klasy EDR (Endpoint Detection and Response), które koncentrują się na wykrywaniu zagrożeń i reagowaniu na nie na urządzeniach końcowych. Rozszerzeniem mechanizmów EDR jest system XDR (Extended Detection and Response), który koreluje informacje z wielu źródeł, nie tylko stacji roboczych, lecz także poczty elektronicznej, systemów tożsamości, serwerów czy infrastruktury sieciowej. Dzięki temu pojedyncze zdarzenia, które osobno mogą wyglądać niegroźnie, można analizować jako element jednego łańcucha ataku.

ZARZĄDZANIE WYJĄTKAMI

Jak zatem powinno wyglądać bezpieczne stanowisko pracy lekarza? Techniczne minimum nie jest szczególnie skomplikowane. Komputer powinien korzystać z systemu pozbawionego w cyklu wsparcia i otrzymującego regularne aktualizacje zabezpieczeń. Dane przechowywane na dysku powinny być szyfrowane, a uruchamianie systemu chronione przez mechanizm Secure Boot i moduł TPM. Do tego dochodzą automatyczna blokada ekranu, praca na koncie bez uprawnień administracyjnych, kontrola nośników wymiennych oraz uwierzytelnianie wieloskładnikowe.

Środowisko medyczne ma jednak swoją specyfikę. Nie każda stacja robocza można po prostu zaktualizować do najnowszej wersji systemu. Część oprogramowania współpracującego z aparaturą medyczną wymaga konkretnej konfiguracji systemu operacyjnego, a jej zmiana może wymagać ponownej walidacji lub uzgodnienia z producentem urządzenia i oprogramowania.

Jeżeli aktualizacja nie jest możliwa, należy potraktować urządzenie jako świadomy wyjątek od standardowej polityki bezpieczeństwa. W praktyce może to oznaczać umieszczenie go w odseparowanym segmencie sieci, ograniczenie komunikacji wyłącznie do niezbędnych systemów, pozbawienie bezpośredniego dostępu do internetu i poczty elektronicznej, zastosowanie kontroli uruchamianych aplikacji oraz objęcie stanowiska wzmocnionym monitoringiem.

Taki wyjątek powinien być przy tym udokumentowany, mieć określonego właściciela i termin kolejnego przeglądu. Nie może oznaczać zgody na bezterminowe pozostawienie niezabezpieczonego urządzenia w sieci. Każde odstępstwo od standardu powinno prowadzić do pytania, jak długo jest ono jeszcze konieczne i co można zrobić, aby je ostatecznie usunąć.

POUFNOŚĆ TO NIE WSZYSTKO

W ochronie zdrowia bezpieczeństwo informacji bywa utożsamiane przede wszystkim z poufnością danych pacjentów. Tymczasem podstawowy model bezpieczeństwa informacji opiera się na trzech równorzędnych filarach – poufności, integralności i dostępności. Wyciek dokumentacji medycznej jest poważnym naruszeniem, ale z punktu widzenia bezpieczeństwa klinicznego szczególnie groźna może być utrata integralności danych. Zmieniony wynik badania, błędna dawka leku czy nieprawidłowo przypisana informacja o uczuleniu mogą prowadzić bezpośrednio do błędnej decyzji terapeutycznej.

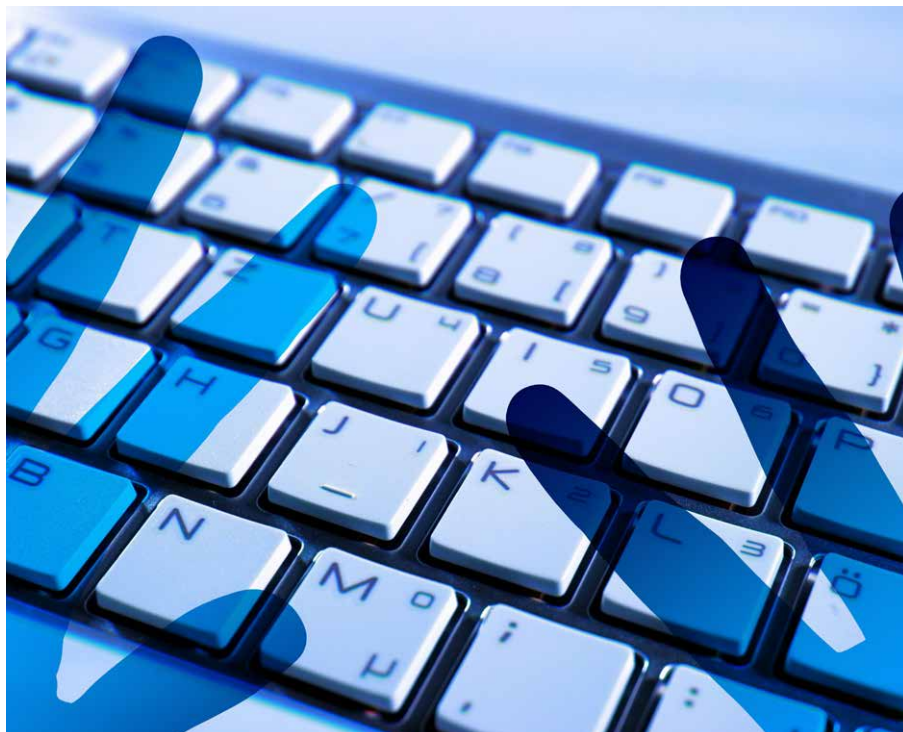
Dlatego tak istotne są odpowiednio zaprojektowane uprawnienia, m.in. kontrola dostępu bazująca na rolach i zasadzie najmniejszych uprawnień (filozofia Zero Trust), a także rejestrowanie operacji wykonywanych na dokumentacji. Dostępność danych i systemów wymaga z kolei sprawnego systemu kopii zapasowych.

Sama obecność kopii zapasowych nie gwarantuje jednak możliwości szybkiego powrotu do pracy. Placówka powinna określić, jaką maksymalną utratę danych jest w stanie zaakceptować (RPO, Recovery Point Objective) oraz jak długo może trwać przywracanie danej usługi (RTO, Recovery Time Objective). Następnie oba założenia należy regularnie weryfikować podczas próbnego odtwarzania.

Dopełnieniem zabezpieczeń technicznych muszą być procedury pracy w trybie awaryjnym. Placówka powinna z góry określić, jak lekarze i pozostali personel mają funkcjonować w sytuacji niedostępności systemów, jak dokumentować świadczenia, jak uzyskać dostęp do niezbędnych informacji o pacjencie i w jaki sposób później uzupełnić dokumentację elektroniczną. Cyberatak nie może bowiem oznaczać jednoczesnego zatrzymania procesu leczenia.

GDY KOMPUTER ZACHOWUJE SIĘ DZIWNIE

Nietypowego zachowania komputera nie należy ignorować ani automatycznie tłumaczyć przeciążeniem sprzętu. Szczególną uwagę powinny zwrócić nieznane



fot. pixabay.com

▲ Jednym z elementów zabezpieczenia komputera jest zastosowanie uwierzytelniania wieloskładnikowego

komunikaty, samoczynne zmiany nazw lub zawartości plików, nietypowa aktywność systemu czy nagle utrata dostępu do dokumentacji. Mogą to być objawy infekcji lub

Bezpieczeństwa nie można
sprowadzić
do samego hasła ani programu
antywirusowego

innego incydentu bezpieczeństwa. Nie należy wówczas podejmować samodzielnych prób „naprawienia” problemu, takich jak odinstalowanie podejrzanego programu, usuwanie plików czy przywracanie systemu. Takie działania mogą zatrzeć informacje potrzebne do ustalenia przebiegu incydentu.

Właściwym postępowaniem jest niezwłoczne poinformowanie zespołu IT lub osoby odpowiedzialnej za cyberbezpieczeństwo i postępowanie zgodnie z obowiązującą w placówce

procedurą. Jeżeli przewiduje ona samodzielną izolację urządzenia, należy odłączyć je od sieci przewodowej i wyłączyć łączność bezprzewodową, nie wyłączając przy tym maszyny, chyba że procedura stanowi inaczej.

Technologia sama nie zapewni jednak bezpieczeństwa. Potrzebne są regularne szkolenia bazujące na realistycznych scenariuszach, uporządkowane zarządzanie uprawnieniami oraz ćwiczenia sprawdzające, czy personel rzeczywiście wie, jak postąpić w sytuacji incydentu. Dane CSIRT CeZ pokazują, że w tym obszarze wciąż pozostaje wiele do zrobienia. Choć 76 proc. badanych podmiotów deklaruje wdrożenie systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji, ponad 28 proc. nie posiada opublikowanej polityki bezpieczeństwa, a około 29 proc. dyrektorów nie dokonuje regularnego przeglądu oceny ryzyka. ●

Autor jest absolwentem Politechniki Wrocławskiej, dr. nauk chemicznych o specjalności fizykochemia warstw powierzchniowych i niezależnym dziennikarzem zajmującym się propagowaniem nauki i techniki.

NIL NA SZYBKO

Na tym polega odpowiedzialność

Zarzuty, że samorząd nie wyciąga konsekwencji w stosunku do nieuczciwych lekarzy, są niesprawiedliwe. Nie oznacza to jednak, że reforma pionu odpowiedzialności zawodowej nie jest potrzebna.

PIOTR PISULA
RZECZNIK NACZELNEJ IZBY
LEKARSKIEJ



Ostatnie miesiące upłynęły pod znakiem wielkich emocji mediów i społeczeństwa, wzbudzanych przez ujawnianie afer związanych z nieprawidłowościami, których dopuszczali się – niestety – lekarze. Emocji, powiedzmy to sobie szczerze, w pełni uzasadnionych i zrozumiałych. Nie ma bowiem wątpliwości, że nieuczciwe drenowanie publicznego systemu ochrony zdrowia w celu osiągnięcia gigantycznych zarobków nie powinno mieć miejsca.

Odpowiedzialność za tę sytuację, poza sprawcami, ponoszą oczywiście osoby organizujące i nadzorujące pracę systemu, a więc politycy. Należałoby zatem oczekiwać, że odpowiedzialność będzie proponowanie takich zmian w prawie, aby w przyszłości uniemożliwić nieuczciwe praktyki.

Niestety wydaje się, że wśród polityków górę wzięły w pierwszej kolejności własny interes, rozumiany jako ochrona własnego wizerunku i zdjęcie z siebie odpowiedzialności. Osią tego działania było przekierowanie uwagi społeczeństwa na zarobki lekarzy i tym samym budowanie przeświadczenia, że to lekarze jako cała grupa zawodowa są głównymi winowajcami wszelkich problemów systemu. I to się politykom udało. Szkoda, że nie udało się proponować rzeczywistych rozwiązań problemów ochrony zdrowia.

Wśród głosów krytyki słychać między innymi, że „izby lekarskie kryją swoich” i nie wyciągają konsekwencji wobec lekarzy, którzy dopuścili się przewinień. Mimo że są to najczęściej oceny niesprawiedliwe, trzeba przyznać, że zdarzają się sytuacje, w których rzecznicy odpowiedzialności zawodowej i sądy lekarskie mogłyby działać lepiej. Warto tu podkreślić, że jednym z głównych zadań wyznaczonych przez prezesa NRL Łukasza Jankowskiego w tej kadencji samorządu ma być reforma pionu odpowiedzialności zawodowej.

Pierwsze kroki zostały już podjęte. Powołano zespół mający opracować główne założenia i harmonogram reformy. Rozpoczęło się zbieranie danych, opinii i propozycji zmian od okręgowych rzeczników i sądów. Po rzetelnej analizie stanu faktycznego, zdefiniowaniu problemów, będzie można proponować celowane rozwiązania. Nie chodzi o to, aby działać bez zastanowienia, byle szybko. W mojej ocenie to właśnie przykład podejścia odpowiedzialnego. Szkoda, że Ministerstwo Zdrowia dotychczas nie wyznaczyło swoich przedstawicieli do zespołu.

O TYM SIĘ MÓWI

PNRL o e-konsultacji

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej popiera rozwiązania zwiększające dostęp pacjentów do specjalistycznych konsultacji w systemie e-Konsylium. Zwraca jednak uwagę, że projekt rozporządzenia nie reguluje w sposób spójny statusu nowych dokumentów ani zasad odnotowywania i przechowywania nagrań z konsultacji. 11 września PNRL wydało swoje stanowisko w tej sprawie.

Pieniądze na szkolenia

Naczelna Izba Lekarska przystępuje do realizacji projektu „Ogólnopolski program rozwoju kompetencji medycznych personelu lekarskiego” (nr FERS.01.12-IP.07-0003/26), finansowanego w ramach programu Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego 2021–2027 (FERS), Działanie 01.12 Kształcenie podyplomowe lekarzy, pielęgniarek i położnych. Celem projektu jest podniesienie kompetencji zawodowych 1420 lekarek, lekarzy, lekarek dentystek i lekarzy dentyistów do 30 czerwca 2029 r. w obszarach kluczowych z punktu widzenia potrzeb epidemiologiczno-demograficznych kraju. W ramach projektu zostanie zorganizowanych 11 kursów medycznych, powstanie także platforma e-learningowa dla kadry lekarskiej oraz portal edukacyjny w obszarach „Kobieta – transformacja menopauzalna”, „Kobieta 60+” i „Zdrowie mężczyzny”.

Po wycieku z MyDr

Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej zwrócił się do prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych o doprecyzowanie obowiązków lekarzy, lekarzy dentyistów oraz podmiotów leczniczych korzystających z systemu MyDr w związku z incydentem dotyczącym bezpieczeństwa danych. Powodem wystąpienia Naczelnej Izby Lekarskiej były liczne pytania kierowane przez lekarzy i lekarzy dentyistów prowadzących praktyki zawodowe oraz podmioty lecznicze korzystające z systemu elektronicznej dokumentacji medycznej MyDr. Wątpliwości pojawiły się po publikacji komunikatów

prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych oraz spółki MyDr, które mogły być odmiennie interpretowane przez administratorów danych. Prezes UODO w komunikacie z 12 sierpnia 2026 r. przypomniał administratorom korzystającym z usług MyDr o konieczności przeprowadzenia analizy ryzyka naruszenia praw lub wolności osób fizycznych oraz o wynikających z niej obowiązkach związanych ze zgłoszeniem naruszenia i zawiadomieniem osób, których dane dotyczą.

W sprawie świadczeń w uzdrowiskach

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej negatywnie ocenia projekt NFZ zakładający likwidację dodatniego współczynnika korygującego stosowanego w lecznictwie uzdrowiskowym. Zdaniem samorządu lekarskiego proponowana zmiana nie zostanie zastąpiona mechanizmem premiującym jakość, a w praktyce będzie oznaczała zmniejszenie finansowania świadczeń uzdrowiskowych, w tym części świadczeń przeznaczonych dla dzieci.

Przeciw obniżaniu jakości

Prezydium NRL negatywnie ocenia projekt NFZ dotyczący wskaźników jakości w KOS-zawał. Samorząd lekarski podkreśla, że system powinien premiować wysoką jakość opieki, a nie prowadzić do obniżania finansowania prawidłowo wykonanych świadczeń.

Uwagi do prezydenckiego projektu

Prezydium NRL pozytywnie przyjęło propozycje zawarte w prezydenckim projekcie ustawy o zmianie ustawy Kodeks karny oraz ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. W stanowisku z 21 sierpnia zawarło swoje

uwagi i spostrzeżenia do omawianego dokumentu.

Walka z hejtem

Internetowa przemoc wobec lekarzy oraz cyfrowe bezpieczeństwo placówek medycznych były głównymi tematami spotkania Rzecznika Praw Lekarzy NIL Grzegorza Wrony z wiceministrem cyfryzacji Dariuszem Standerskim. Rozmowa w ministerstwie pokazała, że problem agresji w sieci i nieszczelności systemów informatycznych wymaga natychmiastowych działań legislacyjnych. Rzecznik Praw Lekarzy zaprezentował na spotkaniu drastyczne przykłady agresji z mediów społecznościowych, z których wiele zawierało groźby karalne, stawiając ministrowi fundamentalne pytanie o to, jak systemowo walczyć z nagonką na środowisko lekarskie. – Wszechobecny hejt i nienawiść w sieci to nie tylko słowa – to bezpośrednie zagrożenie dla życia i zdrowia. Poczucie bezkarności osób piszących nienawistne komentarze zza ekranów komputerów doprowadziło do sytuacji, w której agresja z wirtualnego świata coraz częściej eskaluje do fizycznych ataków w gabinetach i szpitalach, doprowadzając do ludzkich tragedii. Każdy przejaw przemocy zarówno w internecie, jak i w realnym życiu jest niedopuszczalny. Musimy precyzyjnie zdefiniować hejt w przestrzeni cyfrowej i wdrożyć skuteczne narzędzia dla organów ścigania do jego eliminowania. Tylko w ten sposób zadamy o bezpieczeństwo tych, którzy na co dzień ratują nasze życie w szpitalach, przychodniach czy na miejscach wypadków – podkreśla Rzecznik Praw Lekarzy NIL Grzegorz Wrona.

MÓWIĄ O NAS

Potrzeba wyceny procedur

Nie chcemy rozmawiać o stawce 240 zł za godzinę, chcemy rozmawiać o chorobie, którą są dziś złe wyceny procedur, konkurencja

szpitali o niewystarczającą liczbę lekarzy, bilokacja lekarzy, praca w trzech miejscach. Potem możemy rozmawiać o stawce. (...) Nie potrafię powiedzieć, czy zarobki są za wysokie, bo nie wiem, co ci lekarze robią w tym czasie, natomiast wiem, że są niesprawiedliwe. Niesprawiedliwe jest to, że ktoś zarabia miliony, a w tym samym szpitalu lekarz na oddziale chorób wewnętrznych zarabia minimalną krajową. To rozwarstwienie musi się skończyć – podkreślał prezes Naczelnej Rady Lekarskiej dr Łukasz Jankowski w rozmowie z RMF FM.

Nowe zasady NFZ

Wiceprezes NRL Klaudiusz Komor komentował proponowane przez Ministerstwo Zdrowia rozwiązania dotyczące czasu pracy lekarzy: – Były duże wątpliwości co do tego, czy one tak naprawdę rozwiążą problem. Przecież mówiło się, że te minimum pół etatu w jednym miejscu pracy spowoduje zamknięcie wielu chociażby poradni specjalistycznych.

Technicy dentystyczni

Wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej i przewodniczący Komisji Stomatologicznej NRL Paweł Barucha w rozmowie z portalem gazetaprawna.pl komentował pomysł umożliwienia inżynierom i magistrum techniki dentystycznej przeprowadzania procedury dobierania protezy. – Technicy nie są w stanie sprawdzić stanu słuzówki i przyczyny ewentualnego stanu zapalnego. A może nią być nowotwór, który w początkowej fazie może mieć 2–3 mm i być niewidoczny dla niewprawionego oka. Poza tym niewłaściwie założone protezy ruchome mogą przeciążać staw zuchwowo-skroniowy, powodując bóle głowy czy szybsze zmęczenie mięśni twarzy podczas mówienia lub jedzenia, a nawet ubytki kości. Jestem zdania, że jeżeli ktoś chce diagnozować pacjentów, powinien skończyć medycynę. Studia techniczne nie są w stanie do tego przygotować – zaznacza Paweł Barucha.

Przygotował Dział Komunikacji NIL

- 1) Komisja Etyki Lekarskiej – Jarosław Markowski,
- 2) Komisja Finansowo-Budżetowa – Grzegorz Mazur,
- 3) Komisja Organizacyjna – Jacek Sowiński,
- 4) Komisja Legislacyjna – Adam Miller,
- 5) Komisja Kształcenia Medycznego – Paweł Doczekalski,
- 6) Komisja ds. Szpitalnictwa – Agnieszka Ponieważ,
- 7) Komisja Lecznictwa Otwartego – Filip Pawliczak,
- 8) Komisja ds. Młodych Lekarzy – Aleksandra Krygowska,
- 9) Komisja ds. Lekarzy Emerytów i Rentystów – Zbigniew Brzezina,
- 10) Komisja ds. Sportu – Marcin Sobotka,

§ 2.

§ 3.

§ 1.

§ 2.

§ 5.

§ 6.

§ 7.

§ 8.

§ 1.

§ 2.

§ 3.

§ 8.

§ 1.

§ 2.

§ 1.

§ 13.

SEKRETARZ **PREZES**
Piotr Winciunas *Łukasz Jankowski*

**UCHWAŁA NR 9/26/X
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
Z 12 CZERWCA 2026 R.**

w sprawie powołania koordynatorów pionu funkcyjnego Centralnego Ośrodka Badań, Innowacji i Kształcenia (...)

§ 1.

Powołuje się na okres X kadencji następujących koordynatorów pionu funkcyjnego Centralnego Ośrodka Badań, Innowacji i Kształcenia:

1. Koordynator Ośrodka Kształcenia COBIK Naczelnej Izby Lekarskiej – Damian Patecki;
2. Koordynator Ośrodka Profilaktyki i Strategii Zdrowotnych COBIK Naczelnej Izby Lekarskiej – Marcin Karolewski;
3. Koordynator Ośrodka Telemedycyny, Innowacji i E-Zdrowia COBIK Naczelnej Izby Lekarskiej – Artur Drobniak.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ PREZES
Piotr Winciunas Łukasz Jankowski

**UCHWAŁA NR 10/26/X
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
Z 12 CZERWCA 2026 R.**

w sprawie powołania Rzecznika Praw Lekarzy (...)

§ 1.

1. Na stanowisko Rzecznika Praw Lekarzy na okres X kadencji Naczelnej Rady Lekarskiej powołuje się Grzegorza Wrone.
2. Rzecznik Praw Lekarzy sprawuje swoją funkcję do czasu powołania nowego Rzecznika przez Nacelną Radę Lekarską następnej kadencji.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ PREZES
Piotr Winciunas Łukasz Jankowski

**UCHWAŁA NR 11/26/X
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
Z 12 CZERWCA 2026 R.**

w sprawie wyboru mediatora w Naczelnej Izbie Lekarskiej (...)

§ 1.

1. Do pełnienia funkcji mediatora w Naczelnej Izbie Lekarskiej na okres X kadencji Naczelnej Rady Lekarskiej wybiera się Andrzeja Siarkiewicza.
2. Mediator sprawuje swoją funkcję do czasu wyboru mediatora na następną kadencję Naczelnej Rady Lekarskiej.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ PREZES
Piotr Winciunas Łukasz Jankowski

**UCHWAŁA NR 12/26/X
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
Z 12 CZERWCA 2026 R.**

w sprawie powołania Pełnomocnika Naczelnej Rady Lekarskiej ds. lekarzy z niepełnosprawnościami (...)

§ 1.

1. Na Pełnomocnika Naczelnej Rady Lekarskiej ds. lekarzy z niepełnosprawnościami na okres X kadencji Naczelnej Rady Lekarskiej powołuje się Filipa Pawliczaka.
2. Pełnomocnik Naczelnej Rady Lekarskiej ds. lekarzy z niepełnosprawnościami sprawuje swoją funkcję do czasu powołania Pełnomocnika przez Nacelną Radę Lekarską następnej kadencji.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ PREZES
Piotr Winciunas Łukasz Jankowski

**UCHWAŁA NR 13/26/X
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
Z 12 CZERWCA 2026 R.**

w sprawie powołania Pełnomocnika Naczelnej Rady Lekarskiej ds. zdrowia lekarzy (...)

§ 1.

Na Pełnomocnika Naczelnej Rady Lekarskiej ds. zdrowia lekarzy na okres X kadencji Naczelnej Rady Lekarskiej powołuje się Magdalenę Flagę-Łuczkiwicz.

§ 2.

Powierza się Pełnomocnikowi Naczelnej Rady Lekarskiej ds. zdrowia lekarzy koordynację działań pełnomocników do spraw zdrowia lekarzy i lekarzy dentystów powołanych przez okręgowe rady lekarskie oraz podejmowanie działań o charakterze ogólnopolskim oraz systemowym na rzecz poprawy stanu zdrowia lekarzy i lekarzy dentystów.

§ 3.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ PREZES
Piotr Winciunas Łukasz Jankowski

**UCHWAŁA NR 14/26/X
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
Z 12 CZERWCA 2026 R.**

w sprawie upoważnienia Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej

(...)

§ 1.

1. Upoważnia się Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej – Łukasza Jankowskiego do jednoosobowego podejmowania decyzji o zaciąganiu zobowiązań majątkowych Naczelnej Izby Lekarskiej do wysokości 20.000 zł netto (słownie: dwadzieścia tysięcy złotych) w okresie jednego miesiąca kalendarzowego.
2. Dokumenty w sprawie zaciągnięcia zobowiązań majątkowych Naczelnej Izby Lekarskiej wynikających z podjętej przez Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej decyzji, o której mowa w ust. 1., podpisują Prezes lub Wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej oraz Skarbnik Naczelnej Rady Lekarskiej

SEKRETARZ PREZES
Piotr Winciunas Łukasz Jankowski

**UCHWAŁA NR 15/26/X
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
Z 12 CZERWCA 2026 R.**

zmieniająca uchwałę w sprawie Rejestru Ukaranych Lekarzy i Lekarzy Dentystów Rzeczypospolitej Polskiej (...)

§ 1.

W uchwale Nr 59/22/IX Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 16 grudnia 2022 r. w sprawie Rejestru Ukaranych Lekarzy i Lekarzy Dentystów Rzeczypospolitej Polskiej wprowadza się następujące zmiany:

- § 2 otrzymuje brzmienie:
„1. Wpisów do Rejestru dokonuje Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej lub upoważniony przez niego lekarz lub lekarz dentysta.
2. Upoważniony lekarz dokonujący wpisów, obowiązany jest do składania okresowych sprawozdań ze swojej działalności Prezesowi Naczelnej Rady Lekarskiej.”

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ PREZES
Piotr Winciunas Łukasz Jankowski

**UCHWAŁA NR 16/26/X
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
Z 12 CZERWCA 2026 R.**

w sprawie ustanowienia roku 2027 Rokiem gen. prof. Karola Kaczkowskiego (...)

§ 1.

Ustanawia się rok 2027 w Samorządzie Lekarskim Rokiem gen. prof. Karola Kaczkowskiego.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ PREZES
Piotr Winciunas Łukasz Jankowski

**UCHWAŁA NR 17/26/IX
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
Z 12 CZERWCA 2026 R.**

w sprawie Regulaminu działania
Rzecznika Prasowego Naczelnej Izby
Lekarskiej

(...)

§ 1.

Wprowadza się *Regulamin działania Rzecznika Prasowego Naczelnej Izby Lekarskiej*, zwany dalej „regulaminem”, którego treść stanowi Załącznik do niniejszej uchwały.

§ 2.

1. Rzecznika Prasowego Naczelnej Izby Lekarskiej powołuje i odwołuje Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej.

2. Rzecznik Prasowy Naczelnej Izby Lekarskiej wykonuje swoje zadania na podstawie regulaminu oraz wytycznych Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej.

§ 3.

Wykonanie uchwały powierza się Prezesowi Naczelnej Rady Lekarskiej.

§ 4.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ

PREZES

Piotr Winciunas

Łukasz Jankowski

**UCHWAŁA NR 18/26/IX
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
Z 12 CZERWCA 2026 R.**

w sprawie powołania Zespołu do spraw reformy odpowiedzialności zawodowej
(...)

§ 1.

1. Powołuje się Zespół do spraw reformy odpowiedzialności zawodowej.

2. Na przewodniczącego zespołu wybiera się Wiceprezesa NRL Klaudiusza Komora.
(...)

§ 4.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ

PREZES

Piotr Winciunas

Łukasz Jankowski

**UCHWAŁA NR 19/26/X
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
Z 12 CZERWCA 2026 R.**

zmieniająca uchwałę w sprawie ponoszenia przez Naczelną Izbę Lekarską kosztów uczestnictwa delegatów w Krajowym Zjeździe Lekarzy
(...)

§ 1.

W uchwale Nr 19/07/V Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 26 października 2007 r. w sprawie ponoszenia przez Naczelną Izbę Lekarską kosztów uczestnictwa delegatów

w Krajowym Zjeździe Lekarzy w § 3 po ust. 2 dodaje się ust. 3 o brzmieniu:

„3. Do czasu uregulowania całej zaległości w przekazywaniu składek członkowskich, zwrot kosztów, o których mowa w § 1 pkt 3 i 4, nie przysługuje okręgowej izbie lekarskiej i Wojkowej Izbie Lekarskiej, która posiada zaległości w przekazywaniu należnej części składki członkowskiej do Naczelnej Izby Lekarskiej za okres przekraczający 2 miesiące i nie uregulowała tych należności pomimo otrzymania upomnienia wystosowanego przez Skarbnika Naczelnej Rady Lekarskiej.”.

§ 2.

Postanowienia uchwały Nr 19/07/V Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 26 października 2007 r. w sprawie ponoszenia przez Naczelną Izbę Lekarską kosztów uczestnictwa delegatów w Krajowym Zjeździe Lekarzy w brzmieniu nadanym niniejszą uchwałą stosuje się także do rozliczenia kosztów udziału delegatów w XVII Krajowym Zjeździe Lekarzy w Jachrance w dniach 21-23 maja 2026 r.

§ 3.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.
(...)

SEKRETARZ

PREZES

Piotr Winciunas

Łukasz Jankowski

**UCHWAŁA NR 20/26/X
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
Z 12 CZERWCA 2026 R.**

zmieniająca uchwałę w sprawie zasad gospodarki finansowej samorządu lekarzy
(...)

§ 1.

W uchwale nr 44-03-IV Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 24 lutego 2003 r. w sprawie zasad gospodarki finansowej samorządu lekarzy § 22 otrzymuje brzmienie:

„§ 22.

1. W przypadku stwierdzenia zaległości w przekazywaniu przez okręgowe izby lekarskie należnej części składki członkowskiej do Naczelnej Izby Lekarskiej przez okres przekraczający 2 miesiące Skarbnik NRL zobowiązany jest:

1) skierować do prezesa okręgowej rady lekarskiej upomnienie z wyznaczeniem okręgowej izbie lekarskiej 14-dniowego terminu do uregulowania należności;
2) zawiadomić właściwą okręgową komisję rewizyjną i Naczelną Komisję Rewizyjną o zaległości w przekazywaniu należnej części składki członkowskiej.

2. Po bezskutecznym upływie terminu wymienionego w ust. 1 pkt 1 Skarbnik NRL zobowiązany jest skierować do okręgowej izby lekarskiej wezwanie do zapłaty całej

należności w terminie 7 dni. Wezwanie do zapłaty powinno zawierać ostrzeżenie o zamiarze przekazania po upływie miesiąca danych okręgowej izbie lekarskiej do biura informacji gospodarczej, o którym mowa w ustawie z dnia 9 kwietnia 2010 r. o udostępnianiu informacji gospodarczych i wymianie danych gospodarczych (zwanego dalej: krajowym rejestrem dłużników).

3. Po bezskutecznym upływie terminu wyznaczonego w wezwaniu do zapłaty, o którym mowa w ust. 2, Skarbnik Naczelnej Rady Lekarskiej zobowiązany jest:

1) spowodować wszczęcie postępowania sądowego, zmierzającego do uzyskania należnych kwot;

2) spowodować zgłoszenie okręgowej izby lekarskiej do krajowego rejestru dłużników.

4. Po bezskutecznym upływie terminu wyznaczonego w wezwaniu do zapłaty, o którym mowa w ust. 2, Naczelna Izba Lekarska może także dokonać zbycia wierzytelności z tytułu należnej części składki członkowskiej na rzecz wybranego przez siebie podmiotu zajmującego się windykacją wierzytelności.

5. W przypadku dalszych zaległości w przekazywaniu przez okręgową izbę lekarską należnej części składki członkowskiej do Naczelnej Izby Lekarskiej, przed skierowaniem sprawy na drogę postępowania sądowego nie jest wymagane podjęcie przez Skarbnika NRL działań, o których mowa w ust. 1.

6. W uzasadnionych przypadkach, na wniosek okręgowej izby lekarskiej, Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej może rozłożyć spłatę zaległej części składki członkowskiej na raty lub zwolnić okręgową izbę lekarską z części lub całości odsetek.”.

§ 2

Do zaległości w przekazywaniu przez okręgowe izby lekarskie należnej części składki członkowskiej do Naczelnej Izby Lekarskiej, których termin płatności przypadał przed dniem wejścia w życie niniejszej uchwały stosuje się przepisy uchwały nr 44-03-IV Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 24 lutego 2003 r. w sprawie zasad gospodarki finansowej samorządu lekarzy w brzmieniu nadanym niniejszą uchwałą.

§ 3.

Uchwała wchodzi w życie z chwilą jej podjęcia.
(...)

SEKRETARZ

PREZES

Piotr Winciunas

Łukasz Jankowski

Pełna treść uchwał i stanowisk NRL z 12 czerwca 2026 r. dostępna na stronie nil.org.pl

OŚRODEK KSZTAŁCENIA

E-rejestracja bez tajemnic

Rusza cykl szkoleniowy na temat wdrażania centralnej e-rejestracji w ramach współpracy COBIK NIL z Ministerstwem Zdrowia. – Zależy nam, aby po szkoleniu uczestnik nie tylko znał przepisy dotyczące CeR, ale przede wszystkim wiedział, jak przełożyć je na codzienną praktykę – mówi **Karolina Tądel**, zastępca dyrektora Departamentu e-Zdrowia w MZ, w rozmowie z Lucyną Krysiak.

COBIK NIL zainicjował wspólny z Ministerstwem Zdrowia cykl szkoleniowy z udziałem ekspertów dotyczący wdrażania centralnej e-rejestracji. Co wnosi ich udział w tych szkoleniach?

Centralna e-rejestracja (CeR) to nie tylko nowe rozwiązanie informatyczne, ale przede wszystkim zmiana sposobu organizacji procesu umawiania pacjentów i zarządzania dostępnością świadczeń. Dlatego bardzo ważne jest dla nas, aby placówki medyczne były dobrze przygotowane do funkcjonowania w tym modelu i rozumiały zarówno zasady działania systemu, jak i jego praktyczne konsekwencje. Wspólny cykl szkoleniowy ma przede wszystkim charakter praktyczny. Chcemy uporządkować wiedzę, wyjaśnić najważniejsze zasady CeR i odpowiedzieć na pytania, które pojawiają się po stronie środowiska lekarskiego. Zależy nam, aby uczestnicy wiedzieli, jak system wpływa na organizację udzielania świadczeń, umawianie pacjentów, obsługę skierowań czy zarządzanie harmonogramami przyjęć. Udział ekspertów Ministerstwa Zdrowia i Departamentu e-Zdrowia w tym przedsięwzięciu jest kluczowy, ponieważ pozwala przekazywać informacje bezpośrednio u źródła, wyjaśniać założenia CeR oraz odnosić się do konkretnych przykładów zgłaszanych przez lekarzy.

Co powinni wiedzieć lekarze, aby przygotować się do funkcjonowania w nowym systemie?

Przede wszystkim powinni poznać cały proces z perspektywy codziennego funkcjonowania placówki i pracy lekarza. Zaczynamy więc od podstaw: czym jest CeR, jakie są cele jej wdrożenia i jaki zakres świadczeń obejmuje.

Istotnym elementem jest proces umawiania pacjenta – od momentu skierowania, przez wybór i rezerwację terminu, aż po realizację świadczenia. Lekarze powinni również znać zasady związane z obsługą skierowań oraz wiedzieć, w jaki sposób organizacja harmonogramów i udostępnianie



fot. MZ

◀ Nie chcemy ograniczać się do jednorazowego przekazania informacji – podkreśla **Karolina Tądel**

do końca 2027 r. ma objąć 40 zakresów świadczeń. CeR należy postrzegać jako rozwiązanie, które będzie rozwijane wraz z kolejnymi etapami jego wdrażania i doświadczeniami użytkowników. Dlatego działania edukacyjne są ważnym elementem tego procesu. Nie chcemy ograniczać się do jednorazowego przekazania informacji, ponieważ wraz z rozwojem CeR będą pojawiały się nowe pytania, konkretne przypadki i doświadczenia placówek, które warto wspólnie omawiać.

Współpraca z Naczelną Izbą Lekarską daje możliwość dotarcia bezpośrednio do środowiska lekarskiego i prowadzenia dwustronnej komunikacji. Z jednej strony możemy przekazywać aktualną, uporządkowaną wiedzę o funkcjonowaniu systemu, a z drugiej – otrzymywać informacje zwrotne dotyczące praktycznych wyzwań związanych z jego stosowaniem. Dlatego widzimy przestrzeń do kontynuowania działań edukacyjnych również w kolejnych miesiącach, odpowiednio do potrzeb i następujących po sobie etapów wdrażania systemu. Formuła takich działań może być dostosowywana do tematów, które będą najbardziej istotne dla lekarzy i podmiotów leczniczych. Najważniejsze jest dla nas, aby wdrażaniu CeR towarzyszyła rzetelna informacja, możliwość zadawania pytań i praktyczne wsparcie użytkowników. Ostatecznie powodzenie tego rozwiązania zależy nie tylko od technologii, ale również od tego, jak dobrze proces zostanie zrozumiany i wdrożony w codziennej pracy placówek. ●

terminów w CeR mają wpływ na obsługę pacjenta w placówce. Część szkolenia chcemy poświęcić właśnie zarządzaniu harmonogramami wizyt przez placówki medyczne. To jeden z kluczowych elementów całego rozwiązania, ponieważ jakość danych o dostępnych terminach bezpośrednio przekłada się na możliwość sprawnego umówienia pacjenta. W programie przewidzieliśmy również omówienie najczęściej pojawiających się pytań i problemów oraz sesję pytań i odpowiedzi. Zależy nam, aby po szkoleniu uczestnik nie tylko znał przepisy czy założenia CeR, ale przede wszystkim wiedział, jak przełożyć je na codzienną praktykę.

Czy będą kolejne etapy rozwoju centralnej e-rejestracji i czy planowane są dalsze wspólne projekty edukacyjne?

CeR obejmuje m.in. mammografię, test HPV HR oraz pierwszą wizytę u kardiologa, a od 1 sierpnia 2026 r. system został rozszerzony o kolejne specjalizacje, m.in. angiologię/chirurgię naczyniową, choroby zakaźne, endokrynologię, hepatologię, immunologię, nefrologię, neonatologię i choroby płuc. System jest wdrażany etapowo i docelowo

KALENDARZ SZKOLEŃ - PAŹDZIERNIK
2026

- 12.10.2026 - Karnoprawna ochrona lekarza przed agresją ze strony pacjenta, w tym w Internecie.
- 21.10.2026 - CYKL: Lekarz w świecie finansów.
Jak nauczyć się budować bezpieczeństwo finansowe i świadomie inwestować cz. I.
- 21.10.2026 - Trudne rozmowy w pracy lekarza — praktyczne techniki komunikacyjne.
- 23.10.2026 - Syndrom oszusta w zawodzie lekarza - między wysokimi wymaganiami a poczuciem niewystarczających kompetencji.
- 26.10.2026 - CYKL: Lekarz w świecie finansów.
Jak nauczyć się budować bezpieczeństwo finansowe i świadomie inwestować cz. II.
- 28.10.2026 - Jak budować ekspercki autorytet lekarza w świecie cyfrowym?
- 30.10.2026 - Zarządzanie jednoosobową działalnością gospodarczą przez lekarzy.

SZKOLENIA ORGANIZOWANE Z PARTNERAMI

- 02.10.2026 - Nawracające zakażenia układu moczowego – gdzie tkwi problem?
- 05.10.2026 - Prawne uwarunkowania ochrony radiologicznej w jednostkach ochrony zdrowia wykorzystujących promieniowanie jonizujące do celów medycznych w praktyce lekarzy dentystów (cz II).
- 07.10.2026 - Fundusz Kompensacyjny Zdarzeń Medycznych.
- 08.10.2026 - Profilaktyka wścieklizny – spojrzenie na całość problemu.
- 09.10.2026 - 1. Zespół cieśni nadgarstka- diagnostyka i leczenie
2. Uszkodzenie nerwu łokciowego- trudności diagnostyczne i terapeutyczne.
- 12.10.2026 - Laser Dentistry in General Practice (Stomatologia laserowa w praktyce ogólnej).
- 14.10.2026 - Orzekanie o niepełnosprawności w praktyce lekarskiej – kryteria, wskazania i analiza przypadków.
Jak myśli lekarz orzecznik? Prawne i funkcjonalne kryteria orzekania.
- 15.10.2026 - Orzekanie o niepełnosprawności w praktyce lekarskiej – kryteria, wskazania i analiza przypadków.
Gdy opinia różni się z kryteriami. Analiza przypadków z praktyki orzeczniczej.
- 16.10.2026 - Centralna e-rejestracja
- 16.10.2026 - Gazometria krwi pępowinowej i włósniczkowej zgodnie z nowymi Standardami Opieki Okołoporodowej – od pobrania próbki do interpretacji wyników.
- 19.10.2026 - Otyłość i cukrzyca sąsiadki czy rodzina?
- 22.10.2026 - Mniej powikłań, większa niezależność – miejsce samocewnikowania w codziennej praktyce urologicznej.
- 22.10.2026 - Choroby Wątroby – zapobieganie.
- 26.10.2026 - Szczepienia ochronne - obowiązkowe i zalecane - aktualne informacje.
- 29.10.2026 - Aby życie było lżejsze - co nowego w farmakoterapii otyłości?

WTORKI Z INNOWACJAMI

- 13.10.2026 - Nowoczesne Metody Zarządzania Cyberbezpieczeństwem – od przychodni po szpital wojewódzki
- 20.10.2026 - Cykliczny przegląd AI dla lekarzy cz. II.

SZKOLENIA STACJONARNE

- 01.10.2026 - Sztuka empatycznego słuchania.
- 02.10.2026 - Zarządzanie zespołem poprzez delegowanie zadań i odpowiedzialności.
- 06.10.2026 - Jak odpoczywać? Warsztat relaksacyjny dla lekarzy i lekarzy dentystów.
- 08.10.2026 - Budowanie osobistego dobrostanu poprzez zarządzanie stresem.



EPIKRYZA (161)

Wszyscy moi wrogowie

Od pierwszego wejrzenia spodobał mi się polski tytuł filmu wyreżyserowanego przez Andrew Pattersona. Decydując o kupnie biletów, nie przeczytałem nawet opisu.

Premiera w Kazimierzu Dolnym nad Wisłą okazała się na szczęście jednym z lepszych pokazów festiwalu Dwa Brzegi. Tydzień później film wszedł do kinowej dystrybucji i, szczerze mówiąc, nie śledziłem, jakie uzyskał recenzje. Chciałem bowiem, aby stał się kanwą subiektywnego przeglądu demonów, które krążą nad lekarzami.

Mimo wszystko wypada o samej produkcji napisać choćby krótki akapit. Amziah King jest pszczelarzem i muzykiem. Po latach rozłąki spotyka przybraną córkę, którą wychowywał wraz z żoną. Postanawia odbudować relację i przekazać Kateri tajniki prowadzenia pasieki. Gdy wydaje się, że oboje mają szansę na nowy początek, ktoś brutalnie niweczy ich plany. I w ciągu kilku dni tracą to, co budowane było przez lata ciężkiej pracy i pasji.

Wokół środowiska lekarskiego narasta napięcie. Poczucie osaczenia i frustracji słychać w rozmowach, postach i komunikatach. Pobrzmiewa w nich także bliżej nieokreślony żal, który nie do końca potrafimy wyrazić. Przekonanie o ponadprzeciętnych umiejętnościach i wartości rynkowej zawodów medycznych nieoczekiwanie przełożyło się w ciągu kilku miesięcy na społeczny gniew. Najgłośniej wyrażają go poszukujący wyborczego złota politycy, a najciszej stojący w coraz dłuższych kolejkach pacjenci. Nie zmienia to faktu, że szmer krytyki – i tej z pierwszych stron gazet, i tej wyrażonej w opiniach o „znanym lekarzu” – odbieramy jako wrogie ataki.

Nigdy nie było tak, że lekarze mieli tylko dobrą prasę. Świadczą o tym różnego rodzaju przedsięwzięcia, które szumnie nazywaliśmy poprawą wizerunku. Biorąc udział w tych dyskusjach, przychylałem się do opinii, że żadne medialne działania nie zastąpią kompetentnej opieki w gabinecie i szpitalu. Z biegiem lat ulegaliśmy jednak jakiejś narastającej presji napinania mięśni, wyciągania na światło dzienne agresywnych zachowań pacjentów i przemilczania nieestosownych popisów koleżanek i kolegów. W ten sposób na listę wrogów, którzy przeszkadzali w dążeniu do wiedzy, sławy i fortuny, trafili niemal wszyscy, jakby zło sprzymierzyło się przeciw dobru.

JAROSŁAW WANECKI
PEDIATRA, FELIETONISTA



Lekarskim wrogiem numer 1 jest zawsze SYSTEM. Do znudzenia niemal w takich chwilach cytuję refren z kabaretu Olgi Lipińskiej: „A nas nigdy tutaj nie było, wianki dziewicze na naszej skroni, to tylko kilka osób robiło, to oni, oni, to oni”. Wytrych o systemie, którego reforma rozwiąże bóleczki zdrowotne, jest najukochańszą śpiewką ostatnich dekad. Nawet różnice pokoleniowe zaciera się, gdy trzeba znaleźć głównego winowajcę. Najlepiej nadaje się do tego słowo: biurokracja. Tymczasem proponowanie zmian, poza podwyższeniem stawek we wszystkich segmentach, dzieli interesariuszy i natychmiast urasta do roli nowego zagrożenia. Koło się zamyka.

W sytuacji, w której wszyscy są potencjalnymi wrogami lekarzy, istnieje realne domniemanie, że lekarze stają się powoli wrogami wszystkich. Z łatkami lewych biznesów, podwójnych dyżurów, kilku etatów (aż brakuje doby), sławionej w szeptach gabinetowej chciwości i łączenia przyjęć prywatnych z posadą w publicznej opiece zdrowotnej środowiskowy wizerunek z dnia na dzień szarzeje. Deprecjacji najpiękniejszych zawodów świata, zasługujących na szacunek i godną gażę, pomaga oczywiście zwykła ludzka

zazdrość o samochód, dom, kolejne mieszkanie i wakacje nad oceanem. Niechęć wzmacnia nonszalancja, spóźniałstwo i hołdowanie balansowi, w którym zaciera się fraza o „najwyższym nakazie” i gubi się „dobro chorego”. Jeśli nawet owe przytyki „boskości” dotyczą tylko kilku przykładów, jak próbujemy o tym mówić i pisać, to może nadśledził czas, aby przyjrzeć się temu uważniej. Ze smutkiem przyznam, że w taką refleksję nie wierzę. Zbyt różnorodny stanowimy stan, by móc pogodzić się w jednolitej narracji. Mit o wspólnym mianowniku etyki traci blask, gdy posłuchamy ubranych w anegdota opowieści, jak się zachowujemy sami wobec siebie. Najbardziej przejmujące są w tym wypadku relacje seniorów. Nie mniej frustrujące są wojny plemienne, polaryzujące od wewnątrz. Cemu służyć? Mam nadzieję, że nie mnożeniu wrogów.

Od pierwszego wejrzenia spodobał mi się tytuł. Specjalnie go nie zmieniłem, choć wygodna byłaby ucieczka z „moi” do „nasi”. Jeszcze lepiej, gdybym napisał „sami przyjaciele”. Chciałbym znaleźć okazję do takiej laudacji. Boję się jednak przegranej z czasem, moim wrogiem największym, który brutalnie potrafi niweczyć plany.

PO GODZINACH – PODRÓŻE

Smaki Peru

JAROSŁAW WANECKI

Gdybym miał odrobinę kulinarnego talentu, wyprawę do Ameryki Południowej opisałbym przepisami. Na talerzu spotykają się tu wpływy inkaskie, hiszpańskie i kulinarne specjały przywiezione przez imigrantów z różnych stron świata.



fot. Jarosław Wanecki

Skoro żaden ze mnie MasterChef i tak jak w poprzednich tekstach nie chcę zastępować pilota wycieczki ani udawać historyka czy geografa, podzielę się jedynie serią zachwyty. Wiem przecież, że wśród Czytelników są tacy, co nie z jednego pieca chleb, a coś dopiero kartofle, jedli, więc i smak peruwiańskich atrakcji nie jest im obcy. Potwierdziły to rozmowy, które odbyłem z koleżankami i kolegami pytającymi o szczegóły programu i porównującymi moje opowieści, okraszone licznymi

fotografiami, ze swoimi wrażeniami, czasem sprzed bardzo wielu lat.

ŚNIADANIE W ROZRZEDZONYM POWIETRZU

Aklimatyzację do ponad 4000 m n.p.m. trzeba planować z wielką precyzją. I muszę przyznać, że żadnych nagłych przewyższeń w czasie mojej panamerykańskiej drogi nie było. W miarę możliwości dzień po dniu po dokładnym instruktażu o objawach choroby wysokościowej

▲ Tęczowa Góra jest magnesem przyciągającym turystów z całego świata

i łagodzących je liściach koki, przeżuwanym lub zaparzanym w postaci porannej herbaty, większości uczestników udało się wspiąć wzwyż bez bólu głowy, skurczu mięśni, braku tchu, skoków ciśnienia czy sensacji gastrycznych. A im było wyżej, tym świat wokół stawał się bardziej fotogeniczny. Warunkiem powodzenia była także wczesna pobudka, aby



◀ Nazca. Geoglif kolibra

móc zdążyć w najlepszej porze do odległych stanowisk.

Kanion Colca jest dwukrotnie głębszy od Wielkiego Kanionu Kolorado. W jego najbardziej obleganym punkcie widokowym, nazywanym Krzyżem Kondorów, zbierają się na specjalnie wykutych skalnych tarasach tłumy wypatrujące szybujących majestatycznie andyjskich ptaków. Kondory, wpisane w symbolikę Ameryki Południowej, jakby na zamówienie publiczności wykonują podniebne akrobacje i wraz z rosnącą temperaturą wznoszą się coraz wyżej i bliżej oczu

i cyfrowych migawek. Nic dziwnego, że to magiczne miejsce w czasach prekolumbijskich uważano za święte i składano tutaj ofiary bogom.

Leżące na wysokości 3400 m n.p.m. Cuzco to, jak piszą górniotnie przewodnicy, kamienny klejnot w dolinie. Miasto zafascynowało hiszpańskich konkwistadorów, którzy wbrew swojej polityce kolonizacyjnej, zamiast burzyć, przebudowywali inkaskie pałace, niezbyt wiele zmieniając. Stąd wyruszają wycieczki w kierunku Machu

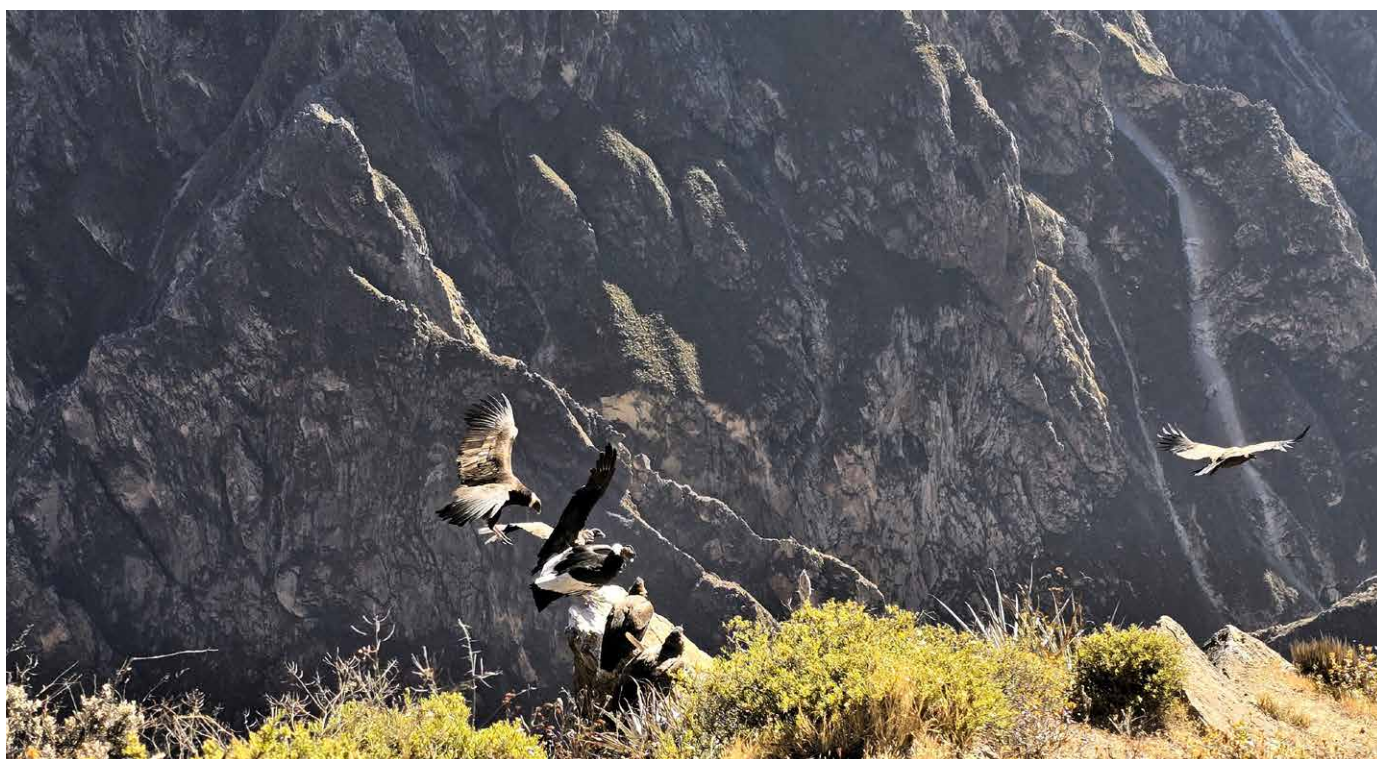
Picchu i Ollantaytambo, gdzie rozpoczyna się Szlak Inków.

Wejście do legendarnego miasta z połowy XV wieku, zbudowanego na przełęczy między szczytami Wayna Picchu i Machu Picchu, jest widokiem, którego nie oddaje żadna fotografia. Nie dziwi zatem fakt, że jeden z siedmiu nowych cudów świata, trudno dostępny i kosztowny, otoczony głęboką doliną Urubamby, zachwyca globtrotterów i archeologów. Trasa przebiega bussem, pociągami i liniowym autokarem pędzącym szutrową drogą w górę, zakończona pieszą wspinaczką w baśniowym krajobrazie, warta jest zmęczenia. Ośrodek religijny i gospodarczy Inków był twierdzą, której nikt nie zdobył. Co ciekawe, Hiszpanie „Starej Góry” nie odnaleźli. Opuszczona w 1572 r. prawdopodobnie w wyniku wyniszczającej epidemii ospy, została odkryta na nowo na początku XX wieku przez kontrowersyjnego podróżnika i naukowca. Niestety Hiram Bingham wywiózł do skarbców Uniwersytetu Yale znaczną część artefaktów, a mocarstwo Ameryki

fot. Jarosław Wanecki



fot. Jarosław Wanecki



▲ Kondory nad Kanionem Colca

► Na wyspie Uros doświadczyłem niezwyklej gościnności

▼ Machu Picchu – piękna tego miejsca nie odda żadna fotografia



fot. Jarosław Wanecki



fot. Jarosław Wanecki

Północnej wciąż ociąga się z ich zwrotem.

PRZEKĄSKA Z LOTU PTKA

Jeśli Machu Picchu jest śniadaniową wisienką, to delcją trzeba nazwać Tęczową Górę. Trekking z przewyższeniem 450 metrów z bazy wypadowej na szczyt trwa około godziny w zależności od wydolności i aklimatyzacji piechurów. Przykro mi, ale radości malującej się na twarzach zdobywców przeciwnielego wzniesienia z widokiem

na Vinicunca (5036 m n.p.m.) nie potrafię opisać.

Aby zobaczyć olbrzymie naziemne rysunki stworzone przez prekolumbijską cywilizację Nazca, trzeba wsiąść do awionetki. Dzięki temu można z góry wypatrywać linii układających się w kształty figur geometrycznych, zwierząt, roślin i... astronauty. Trudno zrozumieć motywację rytowania w suchym płaskowyżu dzieł, form modlitwy, gwiazdnych konstelacji czy prezentacji rodowych totemów. Trudno



fot. Jarosław Wanecki

zrozumieć, ale nie sposób przelecieć obójtnie nad tą nieziemską grafiką sprzed dwóch tysięcy lat.

OBIAD NA UROS

Pływające wyspy z trzciny totora powstają od czterech wieków dzięki żmudnej pracy plemienia mieszkającego w zachodniej części jeziora Titicaca. Preinkaski lud Uru przywędrował prawdopodobnie z lasów Amazonii. Pogardzany i wypierany przez kolejnych kolonizatorów, postanowił osiedlić się na wodzie, budując dryfujące sztuczne lądy, które stały się fortyfikacjami prawie nie do zdobycia. Gnijący budulec zmusza do ciągłego poprawiania konstrukcji, na której stoją chatki dla dwóch–trzech rodzin. Tubylcy trudnią się rybołówstwem, łapaniem ptaków, tkactwem i hodowlą świnek morskich, które według obowiązującej obecnie nomenklatury nie są już ani świnkami, ani nie pochodzą z morza. Nowa nazwa nie zmienia jednak kulinarnych przyzwyczajęń, zgodnie z którymi kawia domowa to peruwiański przysmak z grilla.

Odwiedziny w skansenie Uros to wspomnienie niezwykle gościnności, ruchomego podłoża pod nogami, rodzinnego chóru nierówno wyśpiewującego na cześć zamożnych przybyszów i bosych dzieci zachęcających do kupna rękodzielniczych pamiątek. Na środku trzcinowej wyspy przykuwało uwagę wygaszone palenisko z kilkoma garnkami, czekające na przedobiednią podpałkę, by dać wypiarzom poczucie bezpieczeństwa i miszkę ciepłej zupy rybnej.

DESER KOLONIALNEGO GWARU

Arequipa, położona między wulkanami El Misti, Chachani i Pichu Pichu,

nazywana jest krainą wiecznej wiosny. Białe miasto założył w 1540 r. hiszpański konkwistador Garci Manuel de Carbajal. Centralny plac otaczają ciągi kolonialnych arkad, a jedną z pierzei zajmuje imponującej wielkości katedra. Na środku rozciągającego się przed nią Plaza de Armas stoi fontanna z figurą żołnierza dmącego w trąbkę, bajkowo nazywanego Tukurutu. Na szczęście zamorski wojak nie wzywa już do ataku, a niedzielni spacerowicze słuchają fletni Pana. Złożona z powiązanych sznurkiem różnej długości rurek bambusowych fujarka wyczarowuje peruwiańską balladę o kondorze, wzywając władcę niebios, by zabrał śpiewaka na szczyty Andów i znów pozwolił zamieszkać wśród braci Inków.

Wraz z zachodem słońca zamykają się wrota Klasztoru św. Katarzyny, za którego murami ukryto „miasto w mieście” z uliczkami wśród kwiatów, brukowanymi placami i fontanną na kameralnym dziedzińcu. Wstępującym do jaskrawo pomalowanej kłauzury zakonnicom służyły dawniej młode Indianki. Podwyższony standard nawet kilkupokojowych cel opłacany był przez hiszpańskie rodziny dziewcząt ślubujących ubóstwo. W kuchni z wysoką kopułą wyobraziłem sobie gotowanie gęstego kisielu z fioletowej kukurydzy, podawanego mniszkom ze śliwką, goździkami i cynamonem. Pytanie tylko, czy świąteczny deser mógł osłodzić przerwę między

▲ Twierdza Sacsayhuaman na obrzeżach Cuzco

modlitwami w złotej klatce Santa Catalina?

Po sutym posiłku przyjemnie jest usiąść w cienistej oazie daktylowych palm. Huacachina zbudowana jest wokół naturalnego pustynnego jeziora, którego woda i błoto mają właściwości lecznicze. Ponadto wysokie na 500 m wydmy otaczające kurort pozwalają na uprawianie sandboardingu (zjazd na desce po piachu) i widowiskowe przejazdy samochodami typu buggy.

KOLACJA POŻEGNALNA

W peruwiańskich restauracjach wieczorne biesiadowanie rozpoczyna ceviche. Surowa ryba marynowana w soku limonki, przyprawiona ostrą papryką, kolendrą, cebulą i solą, rozplywa się w ustach przekrzykujących się opowiadaniemi turystów. A potem na stół kelnerzy wnoszą warzywne zupy z komosą ryżową, potrawki z drobiu i wołowiny, steki z alpaki podawane z ryżem i batatami oraz tłuste picarones oblane miodem. Po takiej degustacji pozostaje już tylko spacer nad Oceanem Spokojnym w limeńskim parku zakochanych i hotelowy przegląd zdjęć z Muzeum Złota.

Szczęśliwe zakończenie wieńczą toasty. Pisco sour jest mieszanką destylatu z winogron, który znawcy klasyfikują jako rodzaj brandy, podawanej z sokiem limonki, białkiem jaja kurzego, odrobiną syropu cukrowego i gorzkim likierem. Tukurutu gra hasło powrotu. Salud!

PO GODZINACH – BŁĄD MALARSKI

Przed i po

Każdy, kto kiedykolwiek próbował zawojować media społecznościowe, wie, że nie ma to jak dobre „przed i po”. Współcześni influencerzy dzielą się metamorfozami wewnątrz poddanych przemebłowaniom czy twarzy skonturowanych tak, że trudno je rozpoznać. Jest coś dziwnie wciągającego i satysfakcjonującego w oglądaniu tych zmian. A jak wyglądałoby medyczne „przed i po”?



Obraz: „Pani Bennet uzdrowiona z choroby skóry”, 1818-1820, kolekcja Wellcome Trust

***Szczegóły zmieniono tylko na portrecie ozdrowiałej pani Bennet.

Wiemy to dzięki pani Bennet, która na początku XIX wieku żyła w Anglii, w Leeds. Portret pani Bennet pokazuje ją w ujęciu en face, z oczami zwróconymi w dół, w kierunku widza. Jej twarz okala biały czepek z falbanką, kontrastujący z czerwienią i brązem sukni. Zawijana linia falbany, zaznaczona białym impastem, kontrastuje z kolei z prostymi liniami brwi i nosa oraz podkreślonymi skośnymi liniami fałdami ubrania.

Nic w jej fizjonomii nie zdradza choroby, nic nie niepokoi. Oto portret młodej kobiety o śmiałym spojrzeniu i świeżej cerze. Dopiero oglądany wraz ze swoim dopełnieniem, drugim portretem pani Bennet, obraz ten nabiera pełnego znaczenia. Patrzymy tutaj bowiem na „po”, nie podejrzewając skali

AGATA MORKA
DOKTOR HISTORII SZTUKI



zmian, jakie zaszły w wyglądzie pani Bennet w porównaniu z jej „przed”.

Panią Bennet sportretowano dwukrotnie. „Przed” pani Bennet to studium choroby skórnej, która zajęła znaczną część jej twarzy. Na tym portrecie pani Bennet z lekkim zażenowaniem spogląda na widza, a jej oczy niemal trudno znaleźć wśród licznych czerwonych zmian skórnych. Portrety są częścią całej

kolekcji obrazów nieznanego autorstwa, dokumentujących fizjonomie mieszkańców Leeds dotkniętych poważnymi chorobami.

Diagnoza kondycji skórnej pani Bennet pozostaje zagadką – obrazom nie towarzyszy historia choroby. Są jednak znakomitą medycznym „przed i po”, które z pewnością przyczyniłoby się do uznania umiejętności lekarza, który panią Bennet wyleczył.

Rozwiązanie zagadki z „GL” 9/26

Szczegóły różniące obrazy:

- Dodanie większego widocznego kawałka tkaniny między talią a łokciem Wenus.**
Ponieważ talia Wenus uległa zmniejszeniu, widzimy teraz większą część tkaniny, która jednak, jak to u Rubensa, i tak więcej tu odkrywa, niż zakrywa.
- Zmiana koloru włosów Wenus na ciemne.**
Większość tradycyjnych przedstawień Wenus, zwłaszcza tych z okresu renesansu, przedstawia ją w wersji blond, czasami rudą.
- Zmiana koloru kolczyka w lewym uchu Wenus na zielony.**
Wenus ma kolczyki w różnych kolorach: perłowy i zielony. Zmiana koloru jednego z nich utworzyłaby mniej intrygujący komplet.
- Dodanie widocznego wcięcia w tali.**
Rubensowska Wenus odbiega od współczesnych kanonów piękna, zamiast cienkiej talii dumnie pokazuje zaokrąglone kształty.



Peter Paul Rubens, „Wenus przy lustrze”, około 1615

WSKAŹ ORYGINAŁ I ZNAJDŹ CZTERY SZCZEGÓŁY RÓŻNIĄCE OBRAZY.
Odpowiedź prześlij na bladmalarski@gazetalekarska.pl do 20 października 2026 r.
W temacie maila należy wpisać GL10 oraz podać dane do kontaktu (imię i nazwisko, adres, telefon). Jedna osoba może przesłać jedną odpowiedź.

NAGRODZENI „GL” 9/26

Voucher do Hotelu Prezydent**** Medical SPA & Wellness w Krynicy-Zdroju otrzymuje Rajmund Jaguścik (Sadulaki)

Nagrody dodatkowe: Anna Działara (Warszawa), Małgorzata Piłat-Gliwińska (Warszawa), Monika Stanisław (Kobiernice)

Dla jednej z osób, które prześlą prawidłowe odpowiedzi

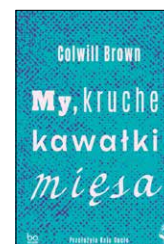
★★★★
HOTEL PREZYDENT
MEDICAL SPA & WELLNESS
HOTEL PRZYJAZNY DOROSŁYM

 WYDAWNICTWO
UNIwersYTETU
JAGIELLOŃSKIEGO
www.wuj.pl

Hotel Prezydent**** Medical SPA & Wellness w Krynicy-Zdroju ufundował voucher obejmujący m.in.:

- 2 noclegi dla 2 osób w apartamencie
- 2 śniadania i 2 obiady w hotelowej Restauracji Magnolia oraz uroczystą kolację dla dwojga
- pakiet 3 zabiegów (dla 2 osób) w hotelowej Ambasadzie Zdrowia i Urody SPA
- aromatyczny masaż relaksacyjny częściowy, zabieg nawadniający express na twarz, aquamassage
- możliwość korzystania bez ograniczeń z basenu, jacuzzi, 3 rodzajów saun, siłowni

Nagrody dodatkowe dla trzech osób, które prześlą prawidłowe odpowiedzi, ufundowało Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego:



KLAUZULA INFORMACYJNA

Zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) informujemy, iż: 1) administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Naczelna Izba Lekarska z siedzibą w Warszawie, ul. Sobieskiego 110, 00-764 Warszawa; 2) kontakt z Inspektorem Ochrony Danych – iod@hipokrates.org; 3) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.; 4) Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą przez okres maksymalnie 1 roku; 5) posiada Pani/Pan prawo do żądania od administratora dostępu do danych osobowych, prawo do ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania oraz prawo do przenoszenia danych; 6) ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego.
Regulamin konkursu na www.gazetalekarska.pl

PO GODZINACH – PROZA

Kobieta z lustra

(wybrany fragment)

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

KATARZYNA WIERZBICKA

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

Urodziła się i mieszka w Otwocku. Ukończyła II Wydział Lekarski Akademii Medycznej w Warszawie. Jest specjalistką z dziedziny chorób wewnętrznych. Doświadczenie zawodowe zdobywała w Szpitalu Powiatowym w Otwocku, pracując na oddziale chorób wewnętrznych oraz w izbie przyjęć.

Od kilkunastu lat pracuje w przychodni podstawowej opieki zdrowotnej oraz w domu opieki. Wolny czas lubi spędzać z rodziną, spacerując po lesie. Nie wyobraża sobie życia bez książek, muzyki klasycznej i teatru. Ostatnio po pracy uspokaja myśli, wyszywając haftem krzyżykowym. Kolekcjonuje zdjęcia drzew i anioły. Należy do Unii Polskich Pisarzy Lekarzy.

Wielokrotna laureatka konkursu „Przychodzi wena do lekarza” w kategoriach poezja i proza. Dwukrotnie nagradzana w konkursie „O złote pióro Asklepiosa” oraz w Ogólnopolskim Konkursie Poetycko-Prozatorskim „Puls Słowa”. Próby pisania wierszy podejmowała jeszcze na studiach, w okresie długiej rekonwalescencji po ciężkim wypadku samochodowym.

Kilka lat temu wróciła do pisania – dzięki wsparciu rodziny i przyjaciół. Pisanie wierszy i opowiadań traktuje jako zatrzymywanie ważnych refleksji i ulotnych zdarzeń. W 2024 r. ukazał się jej debiutancki tomik wierszy „Otulona cisza”.

Ten czas, który zaczyna swoje panowanie, nie zna moich przyzwyczajęń ani marzeń. Ja też nie znam jego zamiarów. Jest nieznajomym, bez twarzy, bez nazwiska...

Przychodzę do ciebie, mamu, jak nieznajoma. Nawet nie pytasz, skąd i dokąd idę. Moje opowieści przeszłe nie mają już między nami wspólnego mianownika. Prowadzą donikąd. Moje plany nie istnieją, nie mają kształtów realnych, które mogłabyś objąć i ośwoić w swojej głowie, czekać na nie, sekundować im.

Przychodzę do ciebie każdego dnia, nie wiedząc, ile dziś w tobie będzie przeszłości bliskiej jak ciepła koszula przy skórze, oswojonej jak łagodny kot obok ciebie na poduszce. A na ile dziś nasze światy będą nawet nie równoległe, a obce. Wchodząc, patrząc w twoje oczy, albo widzę zielone światło dla herbacianego czasu, otulonego jakąś historią, albo częściej rozpoznaję alarmy, czerwone światła stopu, by nie brnąć, usiąść w ciszy, bo na nic dziś nie ma przyzwolenia. Dziś jesteś kobietą z lustra, nieznajomą nawet dla siebie.

Próbuję każdego dnia znaleźć drogę do wspólnych wspomnień. Łapię się ich usilnie jak brzdące maminych spodnic. Mimo to częściej zaciskam dłonie na kubku z herbatą. Trzymam go jak kotwicę, by zmusić się do pozostania tu bez względu na ból ciszy, brak drogi do przeszłości, ciągle twoje pytania, kim jestem.

Lubisz, gdy czeszę ci włosy. Wtedy przymykasz oczy i gdzieś wędrujesz, w odległe dobre czasy. A ja staję się twoją matką. Łapię te chwile czułości, odwrócone w rolach jak w krzywym zwierciadle. Zamieniłyśmy się miejscami w życiu. Może dlatego nie poznajesz mnie, a ja ciebie? Te chwile czułości naklejam w sobie jak małe plastry na te wszystkie poranione wczoraj miejsca, w które uderzyłaś słowem obcym, ostrym jak odprysk lustra. Może mimo lata spotkałaś Królową Śniegu, nie widzisz mnie, nie poznajesz, zmrożona tym czasem niepamięci. Czeszę twoje siwe włosy, licząc na to, że ciepło dotyku rozpuści to, co obce i mroźne. Przypomnisz sobie nie tylko tę bajkę. Zanim zaplotę w warkocze twój cały świat.

Teraz nastał czas, kiedy stałam się córką bez lalek i przywilejów. Nawet bez imienia. Nieznajoma znajoma twarz. Staram się poukładać na półkach pamięci stare klocki w dobrej kolejności. Bez sukcesu. Mieszą się każdego dnia, każdej nocy.

PO GODZINACH – CZYTELNI

O brydżu i medycynie

Burzliwe życie z brydżem i medycyną w tle” Ewy Skopińskiej-Różewskiej to trzytomowa biografia, która nie tylko opowiada historię człowieka, ale staje się żywym świadectwem epoki. Autorka prowadzi czytelników przez kluczowe momenty swojego życia, kreśląc barwny portret świata, który na przestrzeni lat przeszedł radykalne transformacje. Z dużą energią opisuje swoje dokonania na polu medycyny, ale nie skupia się tylko na tym aspekcie życia. Poznajemy też jej wzruszające i wielobarwne wątki osobiste, rodzinne wspomnienia, ale głównym bohaterem książki jest brydż. To jej pasja

i ważna część życia. Wątek brydżowy obfituje w anegdoty oraz szczegółowe analizy rozdań z turniejów rangi krajowej, mistrzostw Europy i świata, na których prof. Skopińska-Różewska z sukcesami reprezentowała nasz kraj. Z pewnością będzie to prawdziwa uczta dla pasjonatów tej gry.

To jednak pozycja warta uwagi nie tylko dla graczy i miłośników medycyny, ale dla każdego, kto szuka inspirującej biografii.

(ab)

▲ Ewa Skopińska-Różewska, „Burzliwe życie z brydżem i medycyną w tle”



Przeprogramować mózg

Zaprogramuj swój mózg na nowo” Johna B. Ardena to książka dla tych, którzy chcieliby coś w swoim życiu zmienić, ale nie zawsze wierzą, że zmiana jest możliwa. Autor przekonuje, że mózg przez całe życie zachowuje zdolność do tworzenia nowych połączeń, a nasze codzienne wybory mogą wspierać ten proces. Brzmi obiecująco, ale Arden nie poprzestaje na motywacyjnych hasłach.

▲ John B. Arden, „Zaprogramuj swój mózg na nowo”, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego

Największą wartością tej książki jest połączenie neuronauki, psychologii i nauk o zdrowiu z konkretnymi wskazówkami, które można zastosować w codziennym życiu. Autor pokazuje, jak pracować nad nawykami, stresem, koncentracją czy dobrostanem, odwołując się do mechanizmów, które zachodzą w naszym mózgu. Nie obiecuje szybkiej metamorfozy, raczej zachęca do konsekwentnej, świadomej pracy nad sobą.

To książka pełna wiedzy, ale napisana tak, by nie pozostawić czytelnika wyłącznie z teorią. Zamiast kolejnego poradnika o „lepszem życiu” dostajemy zestaw narzędzi i – co chyba najważniejsze – przekonanie, że zmiana nie musi zaczynać się od wielkiego przełomu. Czasem wystarczy zacząć od małych, powtarzanych każdego dnia działań. Po lekturze zostaje przede wszystkim jedna myśl: nasze mózgi nie są raz na zawsze zaprogramowane. A skoro tak, to być może część ograniczeń, które uznajemy za nieuniknione, rzeczywiście istnieje przede wszystkim w naszej głowie.

(awa)

reklama

PO GODZINACH – SPORT

Upalny spływ pontonowy

Kiedy termometry wskazują 33 stopnie w cieniu, najlepszym pomysłem na weekend jest ucieczka nad wodę.

Ekipa dolnośląskich lekarzy i lekarzy dentystów oraz ich bliskich 15 sierpnia udowodniła, że Komisja Sportu Dolnośląskiej Izby Lekarskiej potrafi zorganizować integrację idealnie dopasowaną do ekstremalnych warunków pogodowych. Tym razem sportowa aktywność środowiska medycznego przeniosła się z sal treningowych w malownicze plenery. Celem naszej 30-osobowej wyprawy było Bardo, gdzie Nysa Kłodzka malowniczo wije się pomiędzy stromymi, zielonymi zboczami Gór Bardzkich. Tym razem było bez powodzi, uff.

Punktem startowym naszej wyprawy była Ławica. Po podzieleniu się na 4-, 6-osobowe grupy, założeniu kamizelek ratunkowych i po otrzymaniu instruktażu na temat trasy chwyciliśmy za wiosła. Trasa do Barda zajęła nam około czterech godzin. Praca zespołowa na pontonach, chłodna woda i niesamowite widoki



▲ Spływ po Nysie Kłodzkiej był doskonałą formą integracji

pozwoły nieco zapomnieć o upale, a sam spływ stał się fantastyczną okazją do resetu po trudach dyżurów i pracy w gabinetach.

Ekstremalne słońce wymusiło na nas drobną zmianę logistyczną. Zrezygnowaliśmy z tradycyjnego popołudniowego ogniska. Zamiast tego po zacumowaniu w przystani docelowej w Bardzie przenieśliśmy się do zacienionej strefy relaksu, gdzie po wysiłku

na wodzie zregenerowaliśmy siły przy obiedzie i zimnych napojach.

Sierpniowy spływ pontonowy to kolejny dowód na to, jak ważna jest aktywność pozazawodowa w naszym środowisku. Sprawna realizacja wydarzenia oraz zapewnienie transportu i profesjonalnego sprzętu wodnego nie byłyby możliwe bez zaangażowania i wsparcia finansowego Dolnośląskiej Izby Lekarskiej, która konsekwentnie promuje sport i integrację wśród swoich członków.

Dziękujemy wszystkim uczestnikom za wspaniałą atmosferę i niezawodną współpracę na wodzie. Zapraszamy do śledzenia fanpage'a Komisji Sportu DIL na Facebooku. Do zobaczenia na kolejnych wydarzeniach!

Michał Głuszek
Przewodniczący Komisji Sportu DIL

Ogłoszenia

Zjazdy koleżeńskie

ROCZNIK 1971–1977

**50-LECIE! ZJAZD ABSOLWENTÓW
WYDZIAŁU LEKARSKIEGO AKADEMII
MEDYCZNEJ W BIAŁYMSTOKU**

(wraz z uroczystością odnowienia dyplomów),
ROCZNIK 1971–1977.

Szanowne Koleżanki i Koledzy. Serdecznie
zapraszamy na nasz jubileuszowy zjazd,
który odbędzie się w dniach 10–13.06.2027 r.
w Białymstoku, w Hotelu Dworek Czarneckiego.

Zapraszamy również Koleżanki i Kolegów
z Wydziału Stomatologii rocznik 1971–1976.

Dalsze szczegółowe informacje odnośnie
do zjazdu będą przekazywane drogą e-mail.

Kontakt: Danuta Świderska, tel. 603591841,

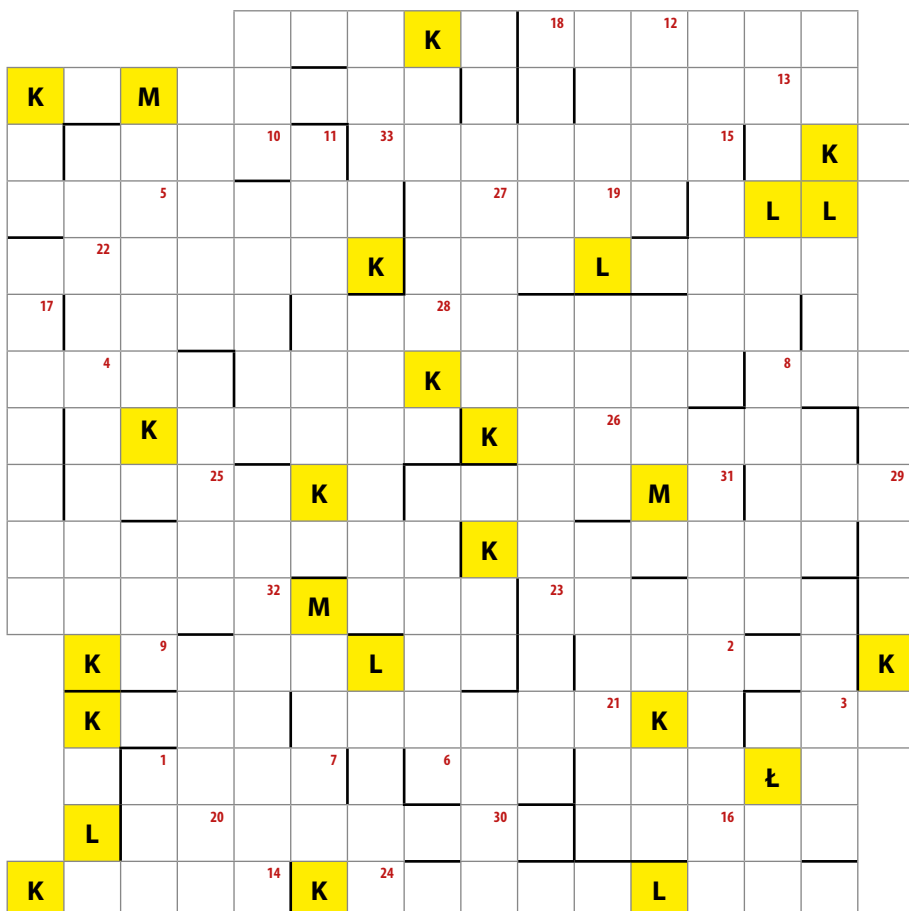
e-mail: danka.swider@wp.pl •

JOLKA LEKARSKA 318



Wydawnictwo Lekarskie PZWL
to specjaliści, wiedza i zaangażowanie.

PZWL



Objaśnienia 77 haseł podano w przypadkowej kolejności. W diagramie ujawniono wszystkie litery K, L, ł i M. Na ponumerowanych polach ukryto 34 litery hasła, które stanowi rozwiązanie. Jest to myśl Arystotelesa. Hasło należy przesłać na karcie pocztowej do redakcji lub e-mailem na adres jolka@gazetalekarska.pl do 20 października. Wśród autorów prawidłowych rozwiązań rozlosujemy nagrody książkowe (prosimy o podanie specjalizacji i adresu do wysyłki).

* źródł nad Rabą * elaborat * twarda krzemionkowa skała * stres poniedziałkowy * powiat krzyżacki * Reate obecnie * zaciśnięta dłoń * reguluje pomiary optyczne * kurze ziele z leczniczymi kłączami * łączy dwa końce łuku * powierzchniowy ubity śnieg * nordycki bóg myślistwa * do wycierania * bryła doskonała * część sztuki * bogoznawstwo * trujący tlenek węgla * Mollusca * brak współpracy różnych części ciała * 126p, maluch * katalizuje przemiany plazminogenu * fundus * ... Niemnem * gorąc * łuk po burzy * periosteum * ptasi zwany świńską trawą * premier ZSRR (1964-80) * zwany mordownikiem * Czerwona lub Kijowska * główny port Chorwacji * uchodzi w Karaczi * japońska mata * stolarz, artysta meblowy * pół połówki * zespół Józefa Skrzeka * poddaje się * lanugo * gladiator walczący na ślepo * służy do ubijania * cykliczna forma muzyczna * rodzaj łodów owocowych * pnącze w dżungli * premier Belgii (1974-78) * koagulacja tkanek elektrodami * sól kwasu azotowego * wzór rzymskiej matki i matrony * Świętego Wita *

naprzeciw zenitu * trujący trójtlenek arsenu * sędzia muzulmański * katgut i kordnek * dawne materace * Al... , meczet w Jerozolimie * po dzisiaj * bohaterka „Chaty za wsią” * nadaje winom cierpki smak * głowowa lub łonowa * 12. księżyc Urana * partner FBI * podgatunek * corpus * przedpokój * ogarnięci niemocą * cyanosis * Pakt Bezpieczeństwa Pacyfiku * DiLO lub dużej rodziny * poprawka strzału * zakończenie elewacji * pustorożec z Azji Środkowej * stolica Umbrii * lamblioza * znawca Włoch * Wielka, w Tatrach, wyższa od Niagary * najlepsza liga koszykówki * sakwa, kiesa * alumen

Jerzy Badowski

Rozwiązanie jolki lekarskiej 316

Zdrowy żebrak jest szczęśliwszy niż chory król

Nagrody otrzymują:

Aleksandra Gramann (Gdańsk), Wiktor Knobelsdorf (Szczecin), Wojciech Łobaziewicz (Kraków), Bartosz Popkowski (Kowal), Mariusz Wręczycki (Trzebnica)

Fundatorem nagród jest Wydawnictwo Lekarskie PZWL, www.pzwl.pl. Nagrody prześlemy pocztą.

Klauzula informacyjna na str. 77/ Regulamin konkursu dostępny na www.gazetalekarska.pl

WYDAWCA

NIL

Naczelna
Izba Lekarska

Gazeta Lekarska dla członków
izb lekarskich bezpłatna

Nakład: 195 000 egz.

Kolegium redakcyjne

Ryszard Golański, Mateusz Grochowski,
Klaudiusz Komor, Piotr Kościelniak,
Anna Lella, Artur Plachta, Piotr
Sielatycki, Marcin Szczęśniak,
Mariusz Tomczak, Anna Wojda

Redakcja

ul. Jana III Sobieskiego 110,
00-764 Warszawa
tel.: (22) 558 80 40

Dyżur telefoniczny w każdy wtorek w godz. 10.00-14.00

Poza tym terminem prosimy
kontaktować się mailowo:
redakcja@gazetalekarska.pl

Piotr Kościelniak

(redaktor naczelny)
piotr.koscielniak@nil.org.pl

Anna Wojda

(sekretarz redakcji)
anna.wojda@nil.org.pl

Lidia Sulikowska

(dziennikarz)
lidia.sulikowska@nil.org.pl

Mariusz Tomczak

(redaktor portalu internetowego)
tel. (22) 558 80 40
mariusz.tomczak@nil.org.pl
www.gazetalekarska.pl

Sylwia Wamej

(redaktor portalu internetowego)
sylwia.wamej@nil.org.pl

Reklama i ogłoszenia

Agata Bryk
ogloszenia@gazetalekarska.pl

Stale z nami współpracują

Jerzy Badowski, Adam Czerwiński,
Lucyna Krysiak, Agata Morka,
Małgorzata Solecka, Jarosław Wanecki

Projekt, projekt okładek

Michał Trusz

Skład

Montownia/Teresa Urawska

Druk

Eurodruk-Poznań Sp. z o.o.

W celu zmiany adresu wysyłki „Gazety Lekarskiej” prosimy kontaktować się z właściwą okręgową izbą lekarską.

Materiałów niezamówionych redakcja nie zwraca i zastrzega sobie prawo do skrótów, adaptacji, zmiany tytułów. Redakcja nie odpowiada za treść reklam i ogłoszeń. Autorów prosimy o przysyłanie tekstów zapisanych na CD, e-mail w edytorze pracującym w środowisku Windows. Publikacja ta przeznaczona jest tylko dla osób uprawnionych do wystawiania recept oraz osób prowadzących obrót produktami leczniczymi w rozumieniu przepisów ustawy z 6 września 2011 r. – Prawo farmaceutyczne (Dz.U. nr 126, poz. 1381, z późn. zmianami i rozporządzeniami).



