WAŻNY TEMAT: ZMIANY W SYSTEMIE ODPOWIEDZIALNOŚCI ZAWODOWEJ 11|2026

GAZETA LEKARSKA

ISSN 0867-2164

PISMO IZB LEKARSKICH

WYCIEKI DANYCH MEDYCZNYCH DOTKNĘŁY MILIONY POLAKÓW. DZIURAWE ZABEZPIECZENIA OTWORZYŁY DROGĘ HAKEROM

DIAGNOZA: WŁAMANIE

BUDŻET
PONAD 274 MLD ZŁ NA OCHRONĘ ZDROWIA W 2027 R. CZY TO WYSTARCZY?

STOMATOLOGIA
NAWET 840 DNI CZEKANIA NA LECZENIE W ZNIECZULENIU OGÓLNYM

PRAKTYKA
WCZESNE WYKRYCIE CUKRZYCY TYPU 1 CHRONI PRZED KWASICĄ KETONOWĄ

PRAWO
TESTAMENT, PEŁNOMOCNICTWO, MAJĄTEK. NIE WARTO ODKŁADAĆ NA PÓŹNIEJ

Ostrożnie z tą sztuczną inteligencją

ŁUKASZ JANKOWSKI
PREZES NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ



Postęp technologiczny w medycynie daje ogromne możliwości. Nowe terapie, nowoczesne narzędzia, algorytmy AI – dużo mówi się o korzyściach dla pacjentów, które mogą ze sobą nieść zdobycze techniki. Ale czy rzeczywiście sztuczna inteligencja ma tylko dobre strony? Zwiększenie szybkości wykonywania zadań, zwiększenie produktywności – brzmią dobrze. Ale czy przekładają się na efekty?

Przyznam, że mam coraz większe wątpliwości. Prosty przykład – użyteczność algorytmów w życiu codziennym. Są już pierwsze badania m.in. badaczy z Uniwersytetu Stanforda, które pokazują, że sztuczna inteligencja może istotnie zwiększać – od 76 proc. do nawet 176 proc. – produktywność wykonywania zadań życia codziennego w internecie, takich jak m.in. robienie zakupów online, wybieranie produktów czy planowanie podróży. Naukowcy wykazali jednak, że zaoszczędzony przez używanie AI czas badani poświęcali niemal wyłącznie na dalsze przeglądanie internetu, media społecznościowe lub inne formy rozrywki. Czyli zwiększona wydajność pracy jednostki nie posuwała świata do przodu, szybsze wykonanie zadania nie sprawiało, że resztę czasu poświęcano na rozwój czy nabywanie nowych kompetencji. Robimy więc z użyciem AI rzeczy szybciej, ale czy sumarycznie lepiej?

W życiu zawodowym według dostępnych analiz rzecz ma się podobnie – choć produktywność szeregowych pracowników istotnie rośnie, całe organizacje w związku z użytkowaniem AI nie mogą pochwalić się osiąganiem celów ani przyspieszonym rozwojem. Przekładając to na naszą branżę – być może „lekarz przyszłości" wyposażony w cyfrowe narzędzia będzie szybciej analizował dane, ale czy rzeczywiście dostarczy pacjentowi więcej zdrowia? Ważne jest też podejście do korzystania z innowacji – zadowolenie z używania algorytmów zgłaszali ci pracownicy, którzy AI traktowali jak „stażystę świeżo po studiach", umiejącego szybko analizować dane, ale mającego też prawo do błędu (tzw. halucynacji), a niezadowolenie ci, którzy traktowali AI jako mędrca, wyrocznię czy specjalistę w danej dziedzinie.

Rozwój technologii przynosi także obawy. Nie tylko te wynikające z realnego zagrożenia, ale także z atmosfery narosłej wokół kolejnych wycieków danych medycznych i ataków hakerskich. Z jednej strony powierzamy coraz więcej naszych danych różnym firmom lub wpisujemy je do algorytmów AI, z drugiej mamy poczucie minimalnego wpływu na ich bezpieczeństwo. Poczucie zagrożenia atakiem hakerskim towarzyszy naszym pacjentom. I sprawia, że zaczynają nieufnie podchodzić do nowoczesnych rozwiązań wspomagających zdrowie. Pojawiają się pytania, których nie słyszeliśmy wcześniej. Przykład? Całkiem niedawno usłyszałem na korytarzu szpitalnym pytanie: „Czy pompa podająca mojemu dziecku lek, a umożliwiająca sterowanie zdalne przez mój smartfon, jest podatna na atak hakerski? Czy np. rosyjski haker mógłby włamać się zdalnie do pompy czy czujnika i zmodyfikować przepływ np. insuliny?". Kiedyś traktowalibyśmy te pytania jak teorie spiskowe, dziś – w dobie sztucznej inteligencji i wycieków danych – są one zrozumiałe. I z takimi pytaniami również jako lekarze zlecający terapie wykorzystujące zdobycze techniki będziemy się mierzyć.

Czy w takim razie mamy rezygnować z dobrodziejstw cyfrowego świata w imię bezpieczeństwa? Jak powinniśmy działać? Nie mam gotowej recepty. Podejmujemy na łamach „Gazety Lekarskiej" temat bezpieczeństwa danych, próbujemy rozmawiać z decydentami o koniecznych zabezpieczeniach i przemodelowaniu odpowiedzialności za dane. Po głośnych wyciekach z aplikacji gabinetowych uważamy za konieczne uznanie dostawców oprogramowania odpowiedzialnymi za dane. Chcemy zabezpieczenia tych danych przez państwo – rozmawiamy o tym z Ministerstwem Cyfryzacji. Uwrażliwiamy lekarzy na konieczność zastrzegania swoich danych, w tym numeru PESEL. Współdziałamy z UODO przy wyciekach danych. Ściśle współpracujemy z Komendą Główną Policji: w NIL odbyło się kolejne spotkanie z zespołem ds. cyberbezpieczeństwa KGP w sprawie cyberataków na programy gabinetowe w ochronie zdrowia, ale również hejtu w cyberprzestrzeni. Pracujemy też na forum europejskim – z satysfakcją przyjąłem, że dr Łukasz Jasek, prezes ORL w Łodzi, został właśnie wybrany na przewodniczącego grupy roboczej ds. AI w Europejskiej Unii Lekarzy Specjalistów (UEMS).

Przy tak szybkim rozwoju technologii musimy działać wspólnie. Zacznijmy, proszę, także od siebie – dla własnego bezpieczeństwa uważajmy szczególnie na dane, które umieszczamy w internecie, pytania czy prompty, które udostępniamy narzędziom AI. A w codziennej pracy pamiętajmy, że zgodnie z Kodeksem Etyki Lekarskiej za pacjenta, niezależnie od użycia narzędzi AI, odpowiada zawsze lekarz.

GAZETA LEKARSKA

3 **Ostrożnie z tą sztuczną inteligencją**
Łukasz Jankowski
5 **Czas jesienny**
Klaudiusz Komor
6 **Newsy z kraju i ze świata**
8 **Zatrzymać przemoc**
Piotr Kościelniak

TEMAT NUMERU

8 **Diagnoza: włamanie**
Ostatnie cyberataki pokazały, że lekarz może nie popełnić żadnego błędu, a mimo to stracić kontrolę nad dokumentacją pacjentów.

16 **Nowe zasady dla placówek medycznych**
18 **To nie incydent, to katastrofa**
19 **Naruszenie danych. Jakie mamy obowiązki**

AKTUALNOŚCI

22 **Sejm za limitami wynagrodzeń**
23 **Europejskie pieniądze na edukację**
24 **Od algi do światła kontrolującego neurony**
Tegoroczna Nagroda Nobla w dziedzinie fizjologii lub medycyny trafiła do trzech naukowców za odkrycia dotyczące światłoczułych kanałów jonowych i optogenetyki.

26 **Nie ma wśród nas milionerów**
28 **Ile i na co? Projekt budżetu państwa pod lupą**
W 2027 r. na ochronę zdrowia trafi ponad 274 mld zł. To więcej niż w poprzednich latach, ale wciąż za mało.

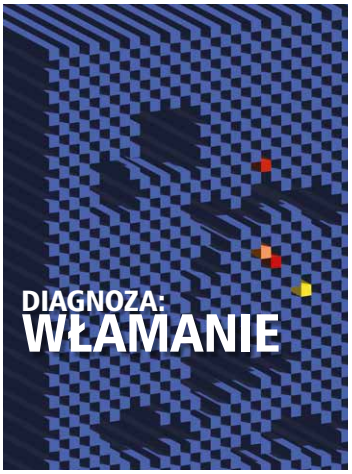
30 **Kontrowersje wokół rehabilitacji**

WAŻNY TEMAT

32 **Odpowiedzialność zawodowa: czas na zmiany**

PRAWO I MEDYCYNA

34 **Lekarz u notariusza. Przegląd, który warto zrobić zawczasu**
Pełnomocnictwo, testament czy umowa majątkowa mogą uchronić przed problemami, gdy życie nagle wymknie się spod kontroli.



TEMAT NUMERU
STRONY 8–21

Tajemnica lekarska może przegrać z błędem w kodzie. Dane milionów pacjentów są tak bezpieczne jak najsłabsze ogniwo systemu, w którym je zapisano – a nie zawsze jest nim człowiek.

PODATKI I FINANSE

36 **Jak wybrać rachunek maklerski i nie żałować**

PRAKTYKA LEKARSKA

38 **Rozwój przez zwijanie**
Paweł Barucha
38 **Leczenie pod narkozą? Nawet 840 dni czekania**
42 **Menopauza zostawia ślad w mózgu**
44 **Uczciwi nie mają się czego bać**
Mariusz Politowicz
45 **Gdy obrazowanie nie wystarcza**
48 **Czy warto się szczepić przeciw COVID-19**
50 **Bez screeningu nie wyrugujemy kwasicy ketonowej**
53 **Twierdza, która się kruszy od środka**
Anna Gołębicka
54 **Czy otaczają nas idioci?**
Jakub Sieczko

WYWIAD LEKAR(S)KI

56 **Komórki Klary**

SAMORZĄD ZAWODOWY

58 **Przepis na sukces**
Piotr Pisula
58 **O tym się mówi/Mówią o nas**
60 **Biuletyn**

OŚRODEK KSZTAŁCENIA

64 **Cukrzyca inna niż wszystkie**

PO GODZINACH

66 **Między Seulem a ciszą świątyń**
70 **Osiecka**
Jarosław Wanecki
71 **Przychodzi wena do lekarza**
72 **Błąd malarski – Bez braw**
74 **Kalejdoskop kulturalny**
76 **Lekarze motocykliści zakończyli sezon**
77 **Medyczny peleton w Dolinie Baryczy**
78 **Paryskie ślady historii medycyny**
79 **Czytelnia**
80 **Ogłoszenia**
82 **Jolka lekarska**

JEDNYM GŁOSEM

Czas jesienny

Choć pracuję w zawodzie od wielu lat, nadal najtrudniejsze dla mnie jest przekazanie rodzinie, że ich bliski odszedł.

KLAUDIUSZ KOMOR
WICEPREZES NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ



Nie wiem jak Wy, Drodzy Czytelnicy, ale ja osobiście najbardziej ze wszystkich pór roku nie lubię jesieni. Niektórzy z Was się zdziwią, a nawet oburzą – bo przecież piękne kolory drzew, zwiewne babie lato czy wszechobecna cisza w przyrodzie zachwycają wielu. Jednak z drugiej strony coraz krótszy dzień, coraz mniej słonecznych godzin czy częste dni pochmurne i deszczowe mogą działać depresjogennie. Poza tym zwykle jesienią w naszym systemie ochrony zdrowia dzieją się najgorsze rzeczy – zaczyna znowu brakować pieniędzy, zaczyna się przenoszenie planowych badań i zabiegów na kolejne miesiące, zaczyna się szukanie winnych.

W tym roku mamy kumulację, ponieważ – jak wiemy – rząd i parlament procedują nowe przepisy „porządkujące" czas pracy i wynagrodzenia lekarzy. Ale nie o tym chciałbym pisać, bo ten temat znajdzie jeszcze swoje miejsce w „Gazecie Lekarskiej". Chciałbym za to podzielić się z Wami inną kwestią związaną z jesienią. Chyba najbardziej jesienny z jesiennych miesięcy, czyli listopad, zaczyna się od jedynego w roku święta, kiedy to wspominamy zmarłych. Pierwszy listopada jest dniem zadumy i refleksji, wspomnień i powrotu myślami do przeszłości. W tym dniu wspominamy swoich bliskich zmarłych.

Dla mnie jest to również dzień, kiedy przychodzą wspomnienia pacjentów, których kiedyś leczyłem, czasami przez wiele lat, i którzy już odeszli. Mimo że w zawodzie lekarza pracuję już ponad 26 lat, nadal najtrudniejsze dla mnie w codziennej pracy w szpitalu jest przekazanie rodzinie informacji o tym, że zmarł ktoś dla nich bliski. Tak naprawdę nikt nie uczył nas na studiach, jak to zrobić najlepiej, może dlatego, że nie ma jednego uniwersalnego sposobu. A może dlatego, że chyba nikt tego tak naprawdę zrobić w każdych warunkach nie umie.

> Miałem szczęście, że mogłem obserwować moich starszych kolegów i nauczycieli i od nich uczyć się tej trudnej sztuki

Miałem szczęście, że mogłem obserwować moich starszych kolegów i nauczycieli i od nich uczyć się tej trudnej sztuki. Rozmawiając z lekarzami stażystami, wiem, że oni również nie czują się pewnie, a nawet trochę boją się sytuacji, kiedy trzeba taką najgorszą wiadomość przekazać rodzinie pacjenta.

Zastanawiam się, w jaki sposób należałoby zmienić system kształcenia lekarzy, aby przygotować ich do takich sytuacji w pracy. Mamy bowiem studia dające doskonałą wiedzę teoretyczną, kliniczny staż podyplomowy, który ma uzupełnić wiedzę praktyczną, kursy w trakcie stażu doskonalące wiedzę w zakresie prawa medycznego czy innych tzw. umiejętności miękkich. Na którym z tych etapów można nauczyć zachowania w tak trudnej sytuacji? Może ktoś z Was ma własne doświadczenia w tym zakresie? A może ktoś ma gotową receptę na rozwiązanie? Jeśli tak, proszę o przesłanie mailem na adres „Gazety Lekarskiej", może trzeba będzie do tego tematu wrócić.

Jak widzicie, początek listopada zwykle skłania do głębszych refleksji. A za oknem jesień – pora roku, którą najmniej lubię. ●

GAZETA LEKARSKA

NEWSY Z KRAJU I ZE ŚWIATA

LIDIA SULIKOWSKA, SYLWIA WAMEJ

Więcej umiejętności lekarskich

Ministerstwo Zdrowia chce zmienić katalog certyfikowanych umiejętności zawodowych lekarzy i lekarzy dentystów. Projekt nowelizujący rozporządzenie w tej sprawie na początku października trafił do konsultacji publicznych. Proponowane zmiany dotyczą podzielenia dwóch umiejętności na trzy szczegółowe, dodania 15 nowych umiejętności, a także zastąpienia 7 umiejętności jedną.

Podział dotyczy radiologii zabiegowej w kardiologii, a także diagnostyki neurofizjologicznej. Lista dodanych nowych umiejętności obejmuje m.in. psychiatrię sądową, robotykę medyczną, stomatologię geriatryczną, lipidologię, diagnostykę i leczenie odleżyn, ginekologię estetyczno-rekonstrukcyjną, interpretację badań TK i MR w diagnostyce chorób układu sercowo-naczyniowego. Zmiana scalająca obejmuje umiejętności dotyczące radiologii zabiegowej w zakresach: chirurgii naczyń, gastroenterologii, kardiologii dziecięcej, neurochirurgii, neurologii, onkologii klinicznej, ortopedii i traumatologii narządu ruchu. W projekcie zastąpiono je jedną umiejętnością (radiologia zabiegowa). Ponadto projekt rozporządzenia poszerza grono lekarzy, którzy mogą ubiegać się o certyfikację danej umiejętności zawodowej.

Polska AI dla medycyny

Politechnika Wrocławska i Dolnośląskie Centrum Onkologii, Pulmonologii i Hematologii rozpoczęły projekt rozwoju sztucznej inteligencji dla polskiej medycyny. Chcą stworzyć bazowy model medyczny i wspólną infrastrukturę technologiczną, na której będą mogły powstawać różne narzędzia dla lekarzy, pacjentów i szpitali. Na pierwszy ogień idzie onkologia ze szczególnym uwzględnieniem pacjentów z rakiem płuca. Model ma wykorzystywać jednocześnie różne typy danych – zarówno dokumentację tekstową, wyniki badań i obrazy diagnostyczne, jak i informacje o przebiegu leczenia. Rolą AI ma być analiza informacji, wsparcie kontroli kompletności dokumentacji, identyfikacja brakującej diagnostyki, a także pokazanie, gdzie proces diagnostyki/leczenia niepotrzebnie się zatrzymuje. Wszystko po to, aby skrócić czas od podejrzenia choroby do rozpoczęcia leczenia. Co ważne, dla bezpieczeństwa danych model ma być rozwijany lokalnie, wewnątrz kontrolowanych środowisk poszczególnych placówek medycznych.



fot.: Pixabay.com

▲ *Rolą AI ma być m.in. wsparcie kontroli kompletności dokumentacji*

Znaczenie komunikacji w adherencji

Jaki jest wpływ kompetencji zdrowotnych i prostego języka na to, jak pacjenci rozumieją i stosują zalecenia lekarskie? Na to pytanie będą szukać odpowiedzi badacze Studium Komunikacji Medycznej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego i innych uczelni medycznych, a także przedstawiciele Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej.

Jak informuje WUM, badania z udziałem pacjentów mają ocenić ich kompetencje zdrowotne, doświadczenia związane z wizytą w POZ oraz stosowanie zaleceń. W ramach projektu badacze sprawdzą też, jakie metody komunikacji wykorzystują lekarze i pielęgniarki. Projekt finalnie ma dostarczyć praktycznych wskazówek dla pracowników ochrony zdrowia do prowadzenia lepszej komunikacji z pacjentami.

Dietetyczne wytyczne dla onkologii

Grupa Robocza ds. Dietetyki przy Polskim Towarzystwie Żywienia Pozajelitowego, Dojelitowego i Metabolizmu (POLSPEN) opracowała rekomendacje z zakresu dietetyki w onkologii. Zostały one objęte honorowym patronatem Narodowego Instytutu Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowego Instytutu Badawczego. Dokument jest dostępny w czasopiśmie naukowym „Postępy Żywienia Klinicznego". Zawiera wskazania dotyczące oceny stanu odżywienia pacjenta i prowadzenia opieki żywieniowej na każdym etapie choroby nowotworowej. Podkreśla również rolę dietetyka w zespole terapeutycznym.

Europejczycy bardziej aktywni

Według najnowszego badania Eurobarometru opublikowanego przez Komisję Europejską wzrasta aktywność fizyczna w Unii Europejskiej. W porównaniu do poprzedniej edycji badania (z 2022 r.) odsetek mieszkańców ćwiczących kilka razy w tygodniu wzrósł do 38 proc. (o 6 p.p. więcej), a wykonujących ćwiczenia niemal codziennie do 9 proc. (o 3 p.p. więcej). Co ważne, spadł odsetek osób nieaktywnych fizycznie – z 45 proc. do 39 proc. Dlaczego Europejczycy uprawiają sport? Główne motywacje

to poprawa/utrzymanie zdrowia fizycznego i relaksacja. Najpopularniejsze miejsca na uprawianie sportu to parki i inne przestrzenie zewnętrzne, a także obiekty typu siłownia czy fitness. Bardziej aktywne są osoby młodsze, z wyższym wykształceniem i lepiej sytuowane pod względem finansowym.

Dawid K. z zarzutami

Prokuratura Okręgowa w Warszawie postawiła zarzuty lekarzowi Dawidowi K., byłemu radnemu Koalicji Obywatelskiej. Sprawa dotyczy jego działalności jako koordynatora SOR w Szpitalu Południowym w Warszawie oraz kontrowersji wokół kontraktu i zasad przyjmowania pacjentów. Po ujawnieniu sprawy Dawid K. zrezygnował z mandatu radnego i opuścił KO. Wątpliwości budził również fakt, że przez 112 dni nie został przesłuchany. Prokuratura tłumaczyła zwłokę koniecznością zgromadzenia obszernego materiału dowodowego.

Jakość snu a sprawność poznawcza seniorów

Osoby starsze, które przesypiają większą część czasu spędzanego w łóżku, osiągają lepsze wyniki w testach funkcji poznawczych niż osoby śpiące mniej efektywnie. Takie wnioski płyną z badania 233 mieszkańców Flandrii w wieku 55-90 lat, opublikowanego w „GeroScience". Badacze nie zaobserwowali równie wyraźnej zależności między sprawnością poznawczą a samą długością snu. Ich zdaniem w ocenie zdrowia mózgu osób starszych istotna może być nie tylko liczba przespanych godzin, ale także jakość snu.

WHO pyta Rosję o śmierć laborantki

WHO zwróciła się do władz rosyjskich o dodatkowe dane dotyczące przypadków ciężkiego zapalenia płuc po śmierci 28-letniej pracownicy Instytutu Badań nad Dżumą w Irkucku. Według medialnych doniesień kobieta miała wcześniej kontakt z materiałem zawierającym patogen dżumy płucnej. Po jej śmierci kwarantanną objęto około 200 osób. Rosyjskie służby sanitarne podkreślają jednak, że nie potwierdzono związku zgonu z patogenami wykorzystywanymi w laboratorium, a wśród osób objętych nadzorem nie wykryto przypadków dżumy. Sytuacja pozostaje pod obserwacją krajowych i międzynarodowych instytucji zdrowia publicznego.

Co piąta szkoła bez profilaktyki

W roku szkolnym 2024/2025 profilaktyczna opieka zdrowotna była realizowana w 81,2 proc. szkół, co oznacza, że blisko co piąta placówka pozostawała bez takiego wsparcia. Jedną z głównych przyczyn są braki kadrowe oraz obowiązujące wymagania kwalifikacyjne wobec pielęgniarek szkolnych. Najlepszą sytuację odnotowano na Podkarpaciu (98 proc. szkół), a najgorszą w Wielkopolsce (56,3 proc.). Ministerstwo Zdrowia zapowiada zmiany przepisów, które mają zwiększyć dostępność opieki zdrowotnej w szkołach.

Decyzja w rękach belgijskiego sądu

Do 26 listopada belgijski sąd zdecyduje, czy utrzyma zajęcie należności PAŻP (Polska Agencja Żeglugi Powietrznej) z tytułu opłat trasowych. Środki zostały zablokowane na wniosek Pfizera w ramach egzekucji długu Polski wobec koncernu. PAŻP podkreśla, że nie jest stroną sporu, a zajęte środki są przeznaczone na finansowanie służb żeglugi powietrznej i zapewnienie bezpieczeństwa ruchu lotniczego. O uchylenie zajęcia wnioskują także Skarb Państwa i Eurocontrol. Sprawa jest pokłosiem wyroku belgijskiego sądu nakazującego Polsce odbiór ok. 64 mln dawek szczepionek i zapłatę Pfizerowi 5,64 mld zł. W Belgii trwa jednocześnie dyskusja, czy egzekucja takich środków jest zgodna z zasadą immunitetu majątku publicznego.

Zmiany w aborcji uchwalone

Sejm przyjął nowelizację Kodeksu karnego przewidującą częściową dekryminalizację pomocy w przerwaniu ciąży oraz ustawę przywracającą możliwość legalnej aborcji w przypadku ciężkich i nieodwracalnych wad płodu. Za nowelizacją Kodeksu karnego głosowało 217 posłów, przeciw było 213. Z kolei ustawę przywracającą tzw. przesłankę embriopatologiczną poparło 233 posłów przy 203 głosach przeciw. Oba projekty trafią teraz do Senatu.

Technika odciąży dermatologów

Autonomiczna sztuczna inteligencja wspierająca ocenę zmian skórnych może znacząco odciążyć poradnie dermatologiczne. Z badania przeprowadzonego w dwóch szpitalach w Wielkiej Brytanii wynika, że zastosowanie certyfikowanego wyrobu medycznego AI pozwoliło zaoszczędzić 2851 godzin pracy klinicystów w ciągu 16 miesięcy.

System analizował zdjęcia zmian skórnych wykonane smartfonem, samodzielnie kwalifikując przypadki łagodne i kierując zmiany podejrzane do dalszej oceny. Badacze szacują, że dzięki temu możliwe byłoby przeprowadzenie ponad 8500 dodatkowych wizyt dermatologicznych. Czułość algorytmu w wykrywaniu najczęstszych nowotworów skóry przekraczała 98 proc. Wyniki przedstawiono podczas kongresu Europejskiej Akademii Dermatologii i Wenerologii (EADV).

GAZETA LEKARSKA

Zatrzymać przemoc

PIOTR KOŚCIELNIAK
REDAKTOR NACZELNY



Nacechowane nienawiścią zachowania wobec lekarzy wymagają zdecydowanej reakcji. Nie chodzi bowiem tylko o agresję fizyczną, ale także o groźby i hejt w internecie. Takie zachowania, często anonimowe (lub pozornie anonimowe), prowadzą bowiem prostą drogą do przemocy i tragicznych zdarzeń, których ofiarą padają lekarze, pielęgniarki czy ratownicy medyczni.

Jaka w tym wszystkim może być rola samorządu lekarskiego i organów państwa, w tym Policji? Tuż przed zamknięciem tego wydania „Gazety Lekarskiej" w siedzibie NIL odbyło się spotkanie z przedstawicielami Centralnego Biura Zwalczania Cyberprzestępczości. Tematem rozmów był przede wszystkim internetowy hejt i przypadki kradzieży tożsamości lekarzy i lekarzy dentystów. Omawialiśmy również ostatnie wycieki danych z systemów elektronicznej dokumentacji medycznej i kwestię odpowiedzialności lekarzy jako administratorów danych – czyli to, co jest naszym tematem numeru.

Czego dowiedzieliśmy się od Policji? Ochrona przed atakami ransomware, w tym takimi, które dotykają polskich szpitali, a także zabezpieczanie szokujących pod względem skali wycieków informacji medycznych to obecnie jedno z najważniejszych zadań CBZC. Jeżeli chodzi o hejt, to możliwości samej Policji są skromniejsze – najczęściej do działania wymagany jest wniosek samego lekarza.

Jak się do tego zabrać? Przedstawiciele CBZC podkreślali, że fundamentalne jest zabezpieczenie dowodów – w przypadku wpisów w internecie wykonanie zrzutu ekranu, skopiowanie paska adresu, zabezpieczenie kontekstu – innych komentarzy czy tekstów dotyczących konkretnego wpisu (porada policyjnych praktyków: aby uniknąć prób kasowania wpisów przez osoby, które chcemy zgłosić, warto przestawić smartfon w tryb samolotowy – wówczas wszelkie aktualizacje wątków w sieciach społecznościowych zostaną wstrzymane).

Najważniejsza jest jednak wola działania – bez zgłoszenia sprawa nie ruszy z miejsca. W takich przypadkach zachęcamy do kontaktu z Naczelną Izbą Lekarską – z Rzecznikiem Praw Lekarzy NIL – oraz organami ścigania. Pomoże to nam także w ocenie rzeczywistej skali zjawiska.

„Gazeta Lekarska" wielokrotnie zajmowała się tematyką agresji wobec lekarzy, ataków fizycznych i werbalnych, a także reakcją na cyberprzestępstwa oraz internetowy hejt. Publikowaliśmy poradniki, braliśmy udział w akcji „Bezpieczny Lekarz". W jednym z najbliższych wydań zajmiemy się tym tematem ponownie – tym razem wspólnie z ekspertami z Centralnego Biura Zwalczania Cyberprzestępczości. Wyjaśnimy, kiedy, w jaki sposób i jaką drogą informować służby. Sprawdzimy, kiedy lekarz powinien skorzystać z pomocy Naczelnej Izby Lekarskiej lub okręgowych izb, kiedy sprawą zajmą się prokuratura i policja z urzędu, a w jakich sytuacjach potrzebny będzie własny wniosek. Pokażemy również, jakie treści i informacje trzeba zabezpieczyć, aby zgłoszenie było efektywne. Bo trzeba reagować. •

Po nadzwyczajnym posiedzeniu Połączonego Centrum Operacyjnego Cyberbezpieczeństwa 12 sierpnia 2026 r. Ministerstwo Cyfryzacji poinformowało o incydencie w firmie MyDr, dostarczającej oprogramowanie do prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej. Spółka potwierdziła nieuprawniony dostęp do historycznych danych gabinetów lekarskich, zgromadzonych do kwietnia 2024 r. Z jej systemów korzystają zarówno prywatne praktyki, jak i placówki ochrony zdrowia pracujące w ramach NFZ. Według szacunków przedstawionych przez resort incydent może dotyczyć 18,8 mln osób i ponad 12 tys. placówek medycznych. Nieoficjalnie mówi się o tym, że hakerzy przejęli bazę liczącą ponad 2 TB danych.

Równie ważne jest to, czego incydent nie objął. Ministerstwo Zdrowia zapewniło, że centralne usługi e-zdrowia pozostały bezpieczne, a pacjenci nie utracili dostępu do świadczeń ani recept. W odpowiedzi na interpelację poselską Ministerstwo Cyfryzacji doprecyzowało, że nie stwierdzono naruszenia bezpieczeństwa systemu P1, Internetowego Konta Pacjenta ani centralnej obsługi e-recept. Dostępne ustalenia wskazują na naruszenie poufności danych przechowywanych w systemach MyDr, które nie miały wpływu na bieżącą pracę placówek medycznych ani na integralność danych w systemach centralnych. Incydent u jednego dostawcy może więc objąć dane milionów ludzi, nie powodując przy tym przerwy w udzielaniu świadczeń.

Z zawiadomień, które placówki rozsyłały pacjentom od początku września, wynika, że w przejętych zbiorach znalazły się imiona i nazwiska, adresy, dane kontaktowe, numery PESEL, dane dotyczące zdrowia, informacje o ubezpieczeniu społecznym, a niekiedy także o pracodawcy. Przy dokumentacji dzieci oraz pacjentów, którzy upoważnili kogoś do wglądu w swoją dokumentację medyczną, zapisane były również dane rodziców, opiekunów prawnych i osób upoważnionych łącznie z informacją o pokrewieństwie. Administratorami tych danych pozostają poszczególne gabinety

TEMAT NUMERU

Diagnoza: włamanie

DR INŻ. MARCIN BIEŃKOWSKI

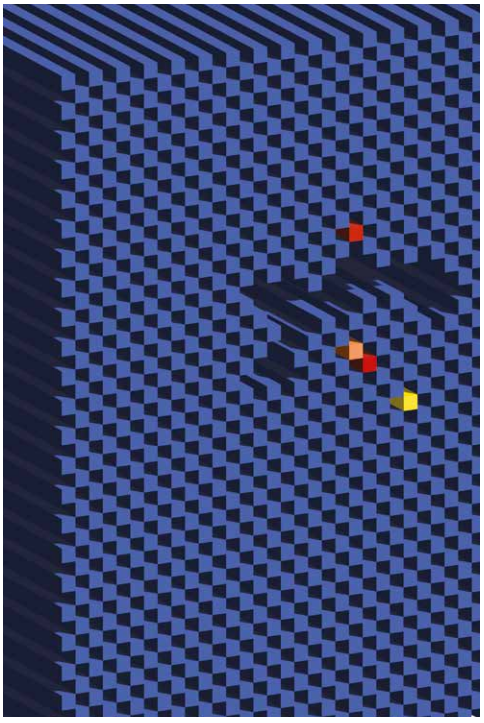
Ostatnie cyberataki pokazały, że lekarz może nie popełnić żadnego błędu, a mimo to stracić kontrolę nad dokumentacją pacjentów. Gdy zawodzą zabezpieczenia, zagrożona jest nie tylko prywatność, lecz także ciągłość i bezpieczeństwo leczenia.

i placówki medyczne, natomiast MyDr pełnił funkcję podmiotu przetwarzającego. To na administratorach spoczął obowiązek oceny ryzyka, zgłoszenia naruszenia do UODO i powiadomienia pacjentów. Co ważne, od 29 sierpnia każdy może sprawdzić w rządowym serwisie bezpiecznedane.gov.pl, czy jego numer PESEL znalazł się w zbiorze objętym incydentem.

JAK ZDOBYTO DANE PACJENTÓW

Szczegóły techniczne są przedmiotem postępowania prowadzonego przez CBZC pod nadzorem Prokuratury Okręgowej w Warszawie. Z informacji, które przekazała spółka MyDr, wyłania się czytelny obraz incydentu. Napastnik założył na platformie zwykłe, standardowe konto, a następnie wykorzystał je, by przedostać się do środowiska serwerów chmurowych dostawcy. Nieuprawniona aktywność trwała od 24 czerwca do 1 lipca 2026 r. W tym czasie pobrano m.in. kopię zapasową bazy danych wykonaną 12 kwietnia 2024 r., a w przypadku niewielkiej części pacjentów także dane z anulowanych e-skierowań wystawionych już po tej dacie. Sami sprawcy w korespondencji z serwisem Zaufana Trzecia Strona mówili o błędzie w obsłudze plików z certyfikatami, który miał im pozwolić uruchomić na serwerze własny kod i przejąć kolejne klucze dostępowe. Tej wersji nikt oficjalnie nie potwierdził.

Mechanizm najłatwiej wyobrazić sobie na przykładzie dużego szpitala. Ktoś zupełnie legalnie dostaje na portierni identyfikator gościa. Karta powinna otwierać jedynie drzwi do holu i poczekalni, ale z powodu błędu w systemie kontroli dostępu pozwala zjechać windą do piwnicy, w której stoją pudła z kopią archiwum sprzed dwóch lat. Przez tydzień intruz wynosi je do samochodu zaparkowanego przy rampie i nikt tego nie zauważa. Lekarze na oddziałach pracują w tym czasie normalnie, zamykają gabinety, nie zostawiają kart na biurkach i nie mają z całym zdarzeniem nic wspólnego.



ilustracja: Michał Trusz (wykonano przy wsparciu AI)

Placówki, które opublikowały własne analizy, nie stwierdziły naruszenia lokalnych danych, przejęcia poczty ani aktywności na swoich kontach

W tym kontekście warto rozróżnić cztery pojęcia. Kontrola dostępu to zestaw reguł określających, kto może odczytywać lub modyfikować dane – można ją porównać do karty dostępu i drzwi, które otwiera. Podatność aplikacji to błąd w oprogramowaniu, który może pozwolić na obejście tych reguł podobnie jak usterka zamka. Eksfiltracja oznacza nieuprawnione wyprowadzenie danych poza system, w odróżnieniu od ich zniszczenia lub zablokowania dostępu do nich. Ransomware to złośliwe oprogramowanie, które szyfruje dane, uniemożliwiając korzystanie z nich, a napastnicy żądają okupu za ich odszyfrowanie. Często wcześniej wykradają dane i grożą ich ujawnieniem, stosując tzw. podwójny szantaż.

Osobną kwestią jest wektor ataku, czyli sposób, w jaki napastnik uzyskuje dostęp do systemu. Może on włamać się do sieci placówki, przejąć konto użytkownika, np. wyłudzając hasło, wykorzystać podatność aplikacji lub zaatakować dostawcę usługi. W pierwszych dwóch przypadkach zachowanie personelu może mieć istotne znaczenie dla ograniczenia ryzyka,

w pozostałych zaś możliwości bezpośredniego wpływu pracowników na incydent są niewielkie albo żadne.

ZAWIODŁY PROCEDURY

Bez względu na wynik śledztwa płyną stąd trzy wnioski. Zwykłe konto w aplikacji w ogóle nie powinno otwierać drogi do infrastruktury, na której ta aplikacja działa. Kopia zapasowa to pełny obraz danych, więc wymaga co najmniej takiej ochrony jak bieżąca baza danych, a czas przechowywania starych kopii powinien wynikać z przemyślanej polityki bezpieczeństwa i archiwizacji. Wreszcie kopiowanie terabajtów danych przez kilka dni powinno uruchamiać alarmy na długo przed tym, zanim o włamaniu poinformują sami sprawcy.

Czy lekarz mógł temu zapobiec? Placówki, które opublikowały własne analizy, nie stwierdziły naruszenia lokalnych danych, przejęcia poczty ani nie zaobserwowały podejrzanej aktywności na swoich kontach. Zmiana hasła po fakcie jest rozsądnym odruchem, ale nie usunie kopii bazy, którą mają już przestępcy, ani nie naprawi błędu u dostawcy.

Zastrzeżenie numeru PESEL realnie utrudnia zaciągnięcie kredytu na sfałszowane dane, bo od czerwca 2024 r. instytucje finansowe muszą to sprawdzać. Nie cofa jednak ujawnienia historii choroby i nie chroni przed wiadomościami, w których oszust może powoływać się na prawdziwą datę wizyty czy nazwę przepisanego leku.

PASEK ADRESU

O tym, że do poważnego naruszenia nie potrzeba wyrafinowanego ataku, pokazał incydent opisany przez Ministerstwo Zdrowia w maju 2025 r. W dniach 19-25 kwietnia 2025 r. na Internetowym Koncie Pacjenta można było, ręcznie zmieniając fragment adresu strony w przeglądarce, pobrać dokument elektronicznej dokumentacji medycznej innej osoby. Jeden z użytkowników uzyskał w ten sposób dokumentację czterech pacjentów, obejmującą imiona i nazwiska, daty urodzenia, adresy, numery PESEL, serie i numery dowodów osobistych oraz dane dotyczące zdrowia, po czym zgłosił problem.

Najciekawsze jest to, gdzie leżała przyczyna. Centralny system P1 działał zgodnie z założeniami. Zanim dokument zostanie wydany, repozytorium placówki, w którym jest fizycznie przechowywany, ma sprawdzić, czy pytający użytkownik ma do niego prawo. W jednym szpitalu repozytorium dostarczone przez zewnętrzną firmę tej weryfikacji nie wykonywało. Dostawca przygotował poprawkę, a resort 29 kwietnia zgłosił naruszenie Prezesowi UODO. Mechanizm przypomina zatem szatnię, w której numerek otwiera każdą szafkę, jeśli tylko ktoś przerobi na nim cyfrę. Nikt niczego nie łamał ani nie wykradał haseł, zabrakło mechanizmu kontroli w miejscu, w którym dwa systemy przekazują sobie dane. Dla lekarza pracującego w tym szpitalu był to błąd całkowicie niewidoczny.

FAKTURA TEŻ POTRAFI ZDRADZIĆ DIAGNOZĘ

Pod koniec września 2026 r. ofiarą włamania padł serwis Fakturownia.pl, jeden z najpopularniejszych systemów do wystawiania faktur online, z których korzysta wiele prywatnych, zwłaszcza mniejszych, praktyk lekarskich. Według komunikatu spółki nieuprawniony dostęp trwał od 27 września mniej więcej od godz. 3:20 do 28 września do ok. godz. 17:45, a napastnik skopiował na własne serwery dużą część bazy. Firma wykryła atak 28 września, nazajutrz zgłosiła go Prezesowi UODO, CERT Polska i policji, a 1 października zaczęła wysyłać indywidualne zawiadomienia. Incydent dotyczył każdego konta w serwisie.

Tajemnica lekarska może przegrać z błędem w kodzie. Dane milionów pacjentów są tak bezpieczne jak najsłabsze ogniwo systemu, w którym je zapisano – a nie zawsze jest nim człowiek

Zakres przejętych informacji zależał od daty ich wprowadzenia, bo kopiowanie szło od najstarszych rekordów i zostało przerwane. Wyciekły m.in. dane firm i użytkowników, numery rachunków, skróty haseł, klucze integracji, kwoty ze wszystkich faktur, dane kontrahentów dodanych przed 16 października 2024 r. oraz pełna treść faktur wystawionych przed 22 marca 2021 r. Nie pobrano certyfikatów KSeF ani danych kart płatniczych, których serwis nie przechowuje. Zaufana Trzecia Strona łączy ten atak z grupą, której przypisuje również incydent w MyDr, ale to ustalenie dziennikarskie, nie urzędowe.

Dla gabinetu oznacza to dwa rodzaje kłopotów. Pierwszy jest oczywisty – oszuści znający prawdziwe kwoty i numery faktur mogą rozsyłać przekonujące prośby o przelew na „nowy" rachunek. Drugi jest mniej widoczny. Kontrahentem praktyki lekarskiej bywa pacjent, a faktura z pozycją „konsultacja psychiatryczna" czy „USG ciąży" mówi o jego zdrowiu tyle samo co wpis w karcie pacjenta. Sama Fakturownia przypomniała, że obowiązek zawiadomienia osób powstaje wtedy, gdy wśród danych był PESEL albo informacje pozwalające wnioskować o stanie zdrowia. Dla tych danych administratorem jest gabinet i to on musi ocenić ryzyko. Jak widać, bezpieczeństwa praktyki lekarskiej nie kończy się na oprogramowaniu do prowadzenia dokumentacji medycznej, ale obejmuje też fakturowanie, pocztę i rejestrację online.

GDY ZAWODZI DOSTĘPNOŚĆ

Wycieki naruszają tajemnicę, ale ataki, które zatrzymują systemy, uderzają bezpośrednio w proces leczenia. Według Agencji Unii Europejskiej ds. Cyberbezpieczeństwa (ENISA) ransomware odpowiadał za 54 proc. incydentów w europejskim sektorze zdrowia w latach 2021–2023, a zespół CSIRT Centrum e-Zdrowia obsłużył w samym 2025 r. 1441 incydentów. 3 czerwca 2024 r. atak przypisywany grupie Qilin sparaliżował angielską firmę Synnovis wykonującą badania laboratoryjne m.in. dla szpitali King's College Hospital oraz Guy's and St Thomas'. Do początku lipca w obu szpitalach przełożono ok. 1,4 tys. planowych zabiegów i ponad 4,9 tys. wizyt ambulatoryjnych, a brytyjska służba krwi apelowała o oddawanie krwi grupy 0. Przestępcy opublikowali blisko 400 GB danych, w tym nazwiska, daty urodzenia, numery NHS i opisy zleconych badań. W czerwcu 2025 r. King's College Hospital przyznał, że wśród czynników, które przyczyniły się do niespodziewanej śmierci jednego z pacjentów, było



fot. Shutterstock.com

▲ *Lekarz może chronić hasła, pilnować procedur i dochować tajemnicy lekarskiej. A mimo to dane jego pacjentów mogą trafić w ręce cyberprzestępców*

długie oczekiwanie na wynik badania krwi spowodowane atakiem. Analiza powłamaniowa trwała ponad rok i nie ustaliła, którędy napastnicy weszli do sieci.

W lutym 2024 r. w Stanach Zjednoczonych zaatakowano Change Healthcare, ogólnokrajowego pośrednika w rozliczeniach świadczeń i obsłudze recept. Prezes koncernu UnitedHealth zeznał przed Kongresem, że przestępcy zalogowali się 12 lutego do portalu zdalnego dostępu wykradzionymi danymi, a portal nie wymagał drugiego składnika uwierzytelnienia. Przez dziewięć dni poruszali się po sieci i wynosili dane. Spółka zapłaciła 22 mln dolarów okupu, a według informacji przekazanych amerykańskiemu Departamentowi Zdrowia i Opieki Społecznej naruszenie objęło dane ok. 192,7 mln osób.

Samo pytanie, czy dane wyciekły, to za mało. Informatycy stosują trzy kryteria, łatwe do przełożenia na język kliniczny. Poufność określa, kto może poznać informację o pacjencie – jej naruszeniem był wyciek z MyDr i błąd w IKP. Integralność oznacza, że dokumentacja jest prawdziwa i kompletna, a wynik trafił do właściwej osoby. Jej naruszenie bywa najgroźniejsze, bo trudno je zauważyć. Zmieniona dawka, usunięta informacja o alergii czy wynik przypisany innemu pacjentowi mogą prowadzić prosto do błędu. Dostępność to możliwość skorzystania z systemu wtedy, gdy jest potrzebny, a przypadek Synnovis pokazał, że jej brak oznacza odwołane zabiegi i opóźnioną diagnostykę. Każde z tych naruszeń ma skutki kliniczne, organizacyjne, prawne i finansowe, a zabezpieczenia chroniące przed jednym nie zawsze chronią przed pozostałymi.

Z prawnego punktu widzenia placówka medyczna pozostaje administratorem danych pacjentów, a dostawca oprogramowania jest podmiotem przetwarzającym

OSTATNIE OGNIWO ŁAŃCUCHA

Współczesne środowisko pracy lekarza to sieć powiązanych systemów. W szpitalu obok systemu szpitalnego HIS działają laboratoryjny LIS, radiologiczny RIS z archiwum obrazów PACS i repozytorium dokumentacji elektronicznej. Mały gabinet korzysta zwykle z jednej aplikacji, która łączy się z systemem P1 przy e-receptach i e-skierowaniach, z laboratorium, rejestracją online, bramką SMS i programem do faktur. Coraz częściej całość działa w chmurze, a serwis łączy się z placówką zdalnie.

Istotna jest różnica między modelami przechowywania danych. Gdy serwer stoi w placówce, jego bezpieczeństwo zależy od niej samej, z całym idącym za tym ryzykiem. W modelu usługowym,

określanym skrótem SaaS (Software as a Service), dostawca utrzymuje jedną platformę dla tysięcy klientów. Zwykle jest ona lepiej chroniona niż komputer w kącie rejestracji, ale staje się pojedynczym punktem, którego przełamanie pozwala na jednoczesny dostęp do danych wszystkich korzystających z niego placówek. W takiej współdzielonej infrastrukturze najważniejsze jest oddzielenie od siebie danych klientów, a kont użytkowników od zaplecza technicznego. Gdy ta granica zawodzi, staranność tysięcy lekarzy przestaje mieć znaczenie.

Szczególnie wrażliwym punktem są miejsca integracji systemów IT. Podczas wymiany danych systemy porozumiewają się poprzez interfejsy programistyczne, tzw. API, przy użyciu kont technicznych, tokenów i kluczy, czyli cyfrowych przepustek działających bez udziału człowieka. Jeśli taka przepustka udostępnia szersze uprawnienia, niż wymaga tego od niej dane zadanie, jeśli przechowana jest w kodzie źródłowym albo jeśli system po drugiej stronie nie sprawdza, czy ma do czynienia z uprawnionym zapytaniem, tak jak miało to miejsce w wypadku IKP, powstaje niewidoczna z poziomu żadnego gabinetu furtka. Dlatego Fakturownia po włamaniu unieważniała tokeny klientów, a Centrum e-Zdrowia wspólnie z MyDr zapobiegawczo zmieniły certyfikaty komunikacji z P1, choć nie stwierdzono ich naruszenia.

Z prawnego punktu widzenia placówka medyczna pozostaje administratorem danych pacjentów, a dostawca oprogramowania jest podmiotem przetwarzającym, działającym na podstawie umowy powierzenia przetwarzania danych. RODO zobowiązuje administratora do wyboru takich dostawców usług, którzy gwarantują odpowiedni poziom ochrony danych dzięki właściwym zabezpieczeniom technicznym i organizacyjnym. Mały gabinet nie dysponuje jednak zwykle narzędziami ani pozycją negocjacyjną pozwalającymi samodzielnie zweryfikować zabezpieczenia infrastruktury dużej firmy technologicznej. Ministerstwo Cyfryzacji wskazało, że również dostawca, który nieobjęty jest bezpośrednio obowiązkami wynikającymi z przepisów o krajowym systemie cyberbezpieczeństwa, powinien być uwzględniany w ocenie ryzyka związanego z łańcuchem dostaw przez korzystające z jego usług podmioty kluczowe i ważne. Co ciekawe, w dniu incydentu firma MyDr nie figurowała w wykazie podmiotów krajowego systemu cyberbezpieczeństwa.

WARSTWY ZABEZPIECZEŃ

Skuteczna ochrona danych przypomina znany z analizy zdarzeń niepożądanych model sera szwajcarskiego i składa się z kilku niezależnych warstw zabezpieczeń, z których każda ma słabe punkty, ale rzadko wszystkie tworzą jedną drogę prowadzącą do incydentu. Pierwszą warstwą jest kontrola tożsamości. Uwierzytelnianie wieloskładnikowe (MFA, Multi-Factor Authentication), wymagające potwierdzenia tożsamości za pomocą co najmniej dwóch różnych składników (np. oprócz loginu i hasła podania dodatkowo kodu otrzymanego SMS-em lub wygenerowanego przez specjalną aplikację), powinno być standardowo wykorzystywanym rozwiązaniem w każdym systemie zapewniającym dostęp przez internet. Przypadek Change Healthcare wyraźnie pokazał, jakie mogą być konsekwencje braku takiego zabezpieczenia.

18,8 mln Polaków mogło zostać objętych wyciekiem danych z systemu obsługującego gabinety lekarskie. Wśród przejętych informacji były numery PESEL, adresy i historia leczenia

Odporne na phishing są zwłaszcza klucze sprzętowe oraz klucze dostępu, które nie wymagają wpisywania hasła na stronie logowania. Każdy użytkownik powinien mieć wyłącznie uprawnienia niezbędne do wykonywania swoich obowiązków. Tak więc konto recepcjonistki nie musi oferować dostępu do całej dokumentacji medycznej, a konto lekarza do ustawień systemowych. Zadania administracyjne należy wykonywać z oddzielnych kont, a listę użytkowników regularnie weryfikować. Aktywne konto byłego pracownika, który odszedł rok wcześniej, jest też potencjalną furtką dla napastnika.

Druga warstwa to urządzenia. Aktualne oprogramowanie, zaszyfrowany dysk w laptopie, narzędzia klasy EDR wykrywające podejrzane zachowanie programów, a nie tylko znane wirusy, oraz ograniczenie instalowania aplikacji i używania prywatnych nośników USB.

Trzecią warstwą jest sieć. Aparatura medyczna i komputery administracji oraz Wi-Fi dla pacjentów nie powinny pracować w tej samej sieci, a zdalny dostęp dla firm serwisujących sprzęt medyczny powinien odbywać się kontrolowanym kanałem z uwierzytelnianiem wieloskładnikowym i powinien być uruchamiany tylko wtedy, gdy jest rzeczywiście potrzebny.

Czwarta warstwa dotyczy samych danych. Szyfrowanie podczas przesyłania i przechowywania sprawia, że skopiowany plik bez klucza jest bezużyteczny, pod warunkiem że klucz trzymany jest gdzie indziej. Rejestrowanie dostępu pozwala ustalić, kto i kiedy otwierał dokumentację, a monitorowanie nietypowych operacji, np. eksportu całej bazy pacjentów w środku nocy, daje szansę na przerwanie ataku w czasie jego trwania. Hasła i klucze używane przez same systemy należy trzymać w wyspecjalizowanych sejfach, a nie w plikach konfiguracyjnych czy w kodzie aplikacji.

Piątą warstwę tworzą kopie zapasowe, które chronią przede wszystkim przed ransomware. Punktem wyjścia jest reguła 3–2–1 – trzy kopie danych na dwóch różnych nośnikach, z czego jedna poza placówką. Uzupełnia ją kopia odłączona od sieci lub niezmienialna, której nie da się skasować ani zaszyfrować nawet z konta administratora. Kopia, której odtworzenia nigdy nie przećwiczono, pozostaje jednak tylko obietnicą odzyskania danych, a nie realnym kołem ratunkowym. Test powinien pokazać, ile godzin zajmie przywrócenie pracy rejestracji i gabinetów. Przypadek MyDr przypomina o drugiej stronie medalu, gdzie archiwalna kopia sprzed lat to pełnowartościowy łup, który trzeba chronić i w porę usuwać.

Ostatnią warstwą jest zarządzanie dostawcami. Przed podpisaniem umowy z usługodawcą trzeba zapytać, gdzie przechowywane są dane,

czy system obsługuje uwierzytelnianie wieloskładnikowe MFA dla wszystkich użytkowników, jak chronione są kopie zapasowe, czy dostawca przechodzi niezależne testy penetracyjne, w jakim czasie poinformuje o incydencie i czy pozwoli wyeksportować całą dokumentację, gdyby trzeba było zmienić system. Plan wyjścia z usługi to element bezpieczeństwa, a nie formalność.

CZEGO NIE DA SIĘ PRZERZUCIĆ NA LEKARZA

Po każdym głośnym wycieku pada pytanie, czy lekarze dobrze dopilnowali danych. W opisanych tu przypadkach jest ono źle postawione. W MyDr, IKP, Synnovis i Fakturowni źródłem naruszenia była infrastruktura lub oprogramowanie dostawcy, a nie zachowanie personelu medycznego. Nie znaczy to jednak, że lekarz nie ma na nic wpływu.

W jego gestii pozostaje ochrona własnego konta, w tym unikatowe hasło, włączone uwierzytelnianie MFA, niepożyczanie loginu koledze ani rejestracji, blokowanie ekranu przy odchodzeniu od biurka. Po wycieku tej skali szczególnie ważna staje się czujność wobec wiadomości, które brzmią wiarygodnie, bo przestępcy mogą znać prawdziwe daty wizyt, nazwiska lekarzy i nazwy leków. Wyniki i dokumenty należy przesyłać zatwierdzonymi kanałami, a nie prywatnym komunikatorem. Trzeba też zgłaszać to, co może budzić nasz niepokój. Są to takie zdarzenia, jak nieoczekiwane powiadomienia o logowaniu, dziwne zmiany w dokumentacji, których nie pamiętamy, abyśmy wprowadzali, czy telefon od „serwisu" proszącego o zdalny dostęp.

Nie można natomiast oczekiwać od lekarza, że przeprowadzi audyt chmury dostawcy, naprawi błąd autoryzacji w repozytorium szpitala czy wykryje kopiowanie bazy z cudzego serwera. To zadania placówki, jej działu IT, a przede wszystkim dostawców.

KIEDY INCYDENT JUŻ SIĘ ZDARZY

Pierwsze minuty po podejrzeniu ataku przypominają nagłe zdarzenie kliniczne, gdzie liczy się przygotowana zawczasu procedura. Należy niezwłocznie powiadomić dział IT, inspektora ochrony danych lub osobę odpowiedzialną za bezpieczeństwo, zanotować, co i kiedy się wydarzyło, a urządzenie odizolować tak, jak przewiduje procedura, zwykle odłączając je od sieci, ale bez samodzielnego kasowania plików czy „sprzątania", które niszczy ślady potrzebne do analizy. Nie wolno też na własną rękę kontaktować się z przestępcami.

Równolegle placówka musi „umieć leczyć" bez komputerów. Papierowe formularze, zasady telefonicznego zlecania badań, lista świadczeń mających pierwszeństwo i wskazanie, kto uruchamia tryb awaryjny, to elementy planu ciągłości działania, który musi istnieć, zanim będzie potrzebny. Po przywróceniu systemów trzeba wprowadzić dokumentację prowadzoną na papierze i sprawdzić, czy wyniki z okresu awarii trafiły do właściwych pacjentów.

RODO wymaga, by administrator zgłosił naruszenie Prezesowi UODO bez zbędnej zwłoki, w miarę możliwości w ciągu 72 godzin od jego stwierdzenia, chyba że jest mało prawdopodobne, by skutkowało ono ryzykiem dla osób, których dane dotyczą. Gdy ryzyko jest wysokie, a tak właśnie oceniały je placówki

WIKTOR WESOŁOWSKI
ADWOKAT I PARTNER
W LWW ŁYSZYK WESOŁOWSKI
I WSPÓLNICY



fot.: archiwum prywatne

Nie można wykluczyć wystąpienia z roszczeniami cywilnoprawnymi przez pacjenta w związku z wyciekiem jego danych osobowych. Podstawę prawną stanowi przede wszystkim art. 82 ust. 1 RODO, który przewiduje, że każda osoba, która poniosła szkodę majątkową lub niemajątkową w wyniku naruszenia przepisów RODO, ma prawo do odszkodowania od administratora danych lub podmiotu przetwarzającego dane osobowe. Co istotne, objęcie przepisem także szkody niemajątkowej pozwala na dochodzenia zadośćuczynienia za uszczerbki w sferze osobistej, jak np. negatywne doznania związane z naruszeniem prywatności. W wyroku z 14 grudnia 2023 r. w sprawie C-340/21 Trybunał Sprawiedliwości Unii Europejskiej (TSUE) przyjął, że już sama obawa przed przyszłym wykorzystaniem danych osobowych w związku z ich wyciekiem może stanowić szkodę niemajątkową, o której mowa w art. 82 RODO.

Oczywiście samo wystąpienie cyberataku nie będzie jeszcze automatycznie przesądzać o odpowiedzialności lekarza lub placówki medycznej jako administratora danych. Kluczowe znaczenie będzie miało m.in. to, czy zastosowano zabezpieczenia odpowiednie do istniejących zagrożeń, dochowano należytej staranności przy wyborze dostawcy oprogramowania zewnętrznego oraz to, w jaki sposób zareagowano na incydent. Kwestia ta również została podkreślona w powołanym powyżej wyroku, w którym TSUE potwierdził, że administrator nie ponosi winy za naruszenie ochrony danych osobowych przez cyberprzestępców, chyba że umożliwił on to naruszenie poprzez niedopełnienie obowiązków przewidzianych w RODO, a w szczególności obowiązku ochrony danych. Dodatkowo administrator, a więc lekarz lub placówka medyczna, nie będzie ponosić odpowiedzialności odszkodowawczej w razie ustalenia, że nie istnieje związek przyczynowy między ewentualnym naruszeniem przez niego obowiązku ochrony danych a szkodą poniesioną przez osobę fizyczną. ●

objęte incydentem MyDr, trzeba także zawiadomić pacjentów. Według wytycznych Europejskiej Rady Ochrony Danych, jeśli naruszenie wystąpiło u dostawcy, administrator co do zasady stwierdza je w chwili, gdy ten go o nim poinformuje. Drugim reżimem jest znowelizowana ustawa o krajowym systemie cyberbezpieczeństwa, wdrażająca dyrektywę NIS2 i obowiązująca od 3 kwietnia 2026 r.

Objęła ona sektor ochrony zdrowia, a podmioty spełniające kryteria podmiotów kluczowych lub ważnych miały czas na samodzielne zgłoszenie się do wykazu do 3 października 2026 r. Muszą one wdrożyć system zarządzania bezpieczeństwem informacji, obejmujący m.in. uwierzytelnianie wieloskładnikowe, plany ciągłości działania i bezpieczeństwo łańcucha dostaw, oraz zgłaszać incydenty, od 3 kwietnia 2027 r. obowiązkowo przez system S46. Czy konkretna placówka podlega tym przepisom, zależy od jej formy prawnej i wielkości. Warto to zawczasu ustalić z prawnikiem, zamiast zakładać, że ustawa dotyczy wyłącznie dużych szpitali.

BEZPIECZEŃSTWO JAKO CZĘŚĆ JAKOŚCI LECZENIA

Nikt nie oczekuje od chirurga, że sam zwaliduje autoklaw i przeprowadzi kontrolę biologiczną procesu sterylizacji. Oczekuje się natomiast, że w szpitalu działa sprawny system sterylizacji, a chirurg nie łamie zasad aseptyki. Z bezpieczeństwem danych jest podobnie. Lekarz odpowiada za swoje konto i nawyki, ale ochronę danych milionów pacjentów można zbudować wyłącznie na poziomie systemu, począwszy od aplikacji gabinetowej i infrastruktury dostawcy, przez integracje i uprawnienia, po kopie zapasowe i przećwiczone procedury awaryjne.

Incydenty z ostatnich lat pokazują, że stawką nie jest wyłącznie prywatność. Jest nią także spójność i prawdziwe dane w dokumentacji, możliwość wykonania badań wtedy, gdy pacjent ich potrzebuje, a nie gdy pozwala na to system. To dlatego nakłady na bezpieczeństwo IT warto traktować tak samo jak wydatki na kontrolę zakażeń czy jakość diagnostyki. Jest to warunek bezpiecznego leczenia, a nie koszt, który można przesunąć na kolejny rok budżetowy. •

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

KALENDARIUM ATAKÓW

Najgłośniejsze ujawnione incydenty, które w tym roku dotknęły polskie placówki medyczne i ich dostawców do października 2026 roku:

• **Marzec** – Szpital Wojewódzki w Szczecinie. W nocy z 7 na 8 marca ransomware zaszyfrował część systemów Samodzielnego Publicznego Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego. Placówka przeszła na dokumentację papierową, a przy odbudowie infrastruktury, w tym około tysiąca komputerów, pomagał zespół cyber Wojsk Obrony Terytorialnej. Szpital przyznał, że przed zaszyfrowaniem przestępcy mogli skopiować dane pacjentów i pracowników.

• **Sierpień** – MyDr. Ministerstwo Cyfryzacji potwierdziło kradzież kopii zapasowej bazy dokumentacji z kwietnia 2024 r., obejmującej do 18,8 mln osób z ponad 12 tys. placówek.

• **Wrzesień** – Medyc (Qbusoft). 24–25 września ujawniono, że 22–23 sierpnia napastnicy wykorzystali lukę typu SQL injection w chmurowym systemie dla gabinetów i wynieśli zaszyfrowaną kopię bazy. Dostawca potwierdził przejęcie imion i nazwisk, numerów PESEL, adresów oraz danych kontaktowych, nie potwierdził natomiast kradzieży dokumentacji medycznej. Sprawcy twierdzą, że mają dane 5 mln osób. Prezes UODO zapowiedział kontrolę w spółce.

• **Wrzesień** – Enel-Med. 24 września sieć placówek wykryła nieuprawniony dostęp do części swojej infrastruktury informatycznej. Według spółki naruszenie może dotyczyć ok. 3 proc. bazy pacjentów. Mechanizmu ataku ani zakresu danych nie ujawniono.

• **Wrzesień** – Fakturownia.pl. 27–28 września z serwisu do wystawiania faktur, używanego także przez praktyki lekarskie, skopiowano dużą część bazy.

• **Październik** – FELG Dent. Dostawca chmurowego oprogramowania dla gabinetów stomatologicznych, z którego według firmy korzysta ponad 16 tys. dentystów, potwierdził atak i usunął zgłoszone podatności. Sprawca zażądał okupu za nieujawnianie danych. Osoby podające się za autorów ataku mówią o danych 2,4 mln pacjentów i 1,2 mln recept – firma tych liczb nie potwierdziła. Od 2 października logowanie dwuskładnikowe jest obowiązkowe dla wszystkich użytkowników.

• **Październik** – eWUŚ (NFZ). 5 października Prokuratura Regionalna w Poznaniu skierowała do sądu akt oskarżenia przeciwko pięciu osobom. Według śledczych w marcu 2024 r. sprawcy przejęli konta pracowników placówek korzystających z MyDr i za pomocą skryptu wysłali do systemu weryfikacji uprawnień ponad 18 mln zapytań. NFZ szacuje, że pozyskali imiona, nazwiska, numery PESEL i informację o prawie do świadczeń ok. 11,1 mln osób (prokuratura mówi o ponad 13 mln); bazę odzyskano. Fundusz podkreśla, że jego zabezpieczenia nie zostały złamane.

• **Październik** – IQ Dental. 1 października napastnik zalogował się na konto administracyjne kolejnego systemu dla klinik stomatologicznych i uruchomił dostęp przez interfejs API, pozwalający pobierać dane pacjentów. Spółka wykryła to dopiero 5 października; według niej sprawa dotyczy 36 placówek. Potencjalnie dostępne były m.in. numery PESEL, adresy i notatki z wizyt, kradzieży całej bazy nie potwierdzono.

TEMAT NUMERU

Nowe zasady dla placówek medycznych

KATARZYNA KAMIŃSKA

Zasady dotyczące cyberodporności i bezpieczeństwa danych muszą znać zarówno menedżerowie dużych jednostek, jak i lekarze prowadzący niewielkie gabinety.

Przedmiotem cyberataków są wrażliwe dane, czy – jak to określa RODO – szczególne kategorie danych osobowych, obejmujące m.in. dane dotyczące stanu zdrowia i przebiegu leczenia.

Zdobyte dane medyczne hakerzy mogą wykorzystać w celu uzyskania leków na receptę lub świadczeń medycznych. Skradziona tożsamość medyczna w połączeniu z innymi informacjami o pacjencie istotnie zwiększa ryzyko ukierunkowanych oszustw, wyłudzeń i nadużyć wykorzystujących szczegółową wiedzę o osobie, której dane dotyczą. Wrażliwy charakter danych dotyczących zdrowia sprawia, że ich ujawnienie może prowadzić do naruszenia prywatności, utraty reputacji, a nawet prób szantażu.

Skutki wycieku danych są do tego długotrwałe, generując liczne ryzyka nawet wiele lat po zakończeniu samego incydentu. Pamiętajmy także o dynamicznie postępującym rozwoju systemów sztucznej inteligencji – uczącej się i wykorzystującej zbiory danych.

JAK SIĘ CHRONIĆ

Odpowiedzi na to pytanie udziela ustawa z 5 lipca 2018 r. o krajowym systemie cyberbezpieczeństwa, obszernie znowelizowana w styczniu tego roku w związku ze zmianami wynikającymi z dyrektywy NIS 2.

Ustawa o krajowym systemie cyberbezpieczeństwa to kluczowy akt prawny regulujący kwestie cyberbezpieczeństwa w Polsce – jej celem jest skategoryzowanie podmiotów o szczególnym znaczeniu (tzw. podmiotów kluczowych i podmiotów ważnych) i wprowadzenie rozwiązań prawnych i organizacyjnych zapewniających ich kompleksową ochronę – przede wszystkim z punktu widzenia rozwoju technologii, a także aktualnej sytuacji międzynarodowej. Zarówno unijny, jak i krajowy prawodawca dokonał kategoryzacji podmiotów o szczególnym znaczeniu dla cyberbezpieczeństwa i wśród nich ujął m.in. cały obszar ochrony zdrowia – zaczynając od sektora udzielającego świadczeń zdrowotnych, a kończąc na produkcji i dystrybucji substancji czynnych, produktów leczniczych i wyrobów medycznych.

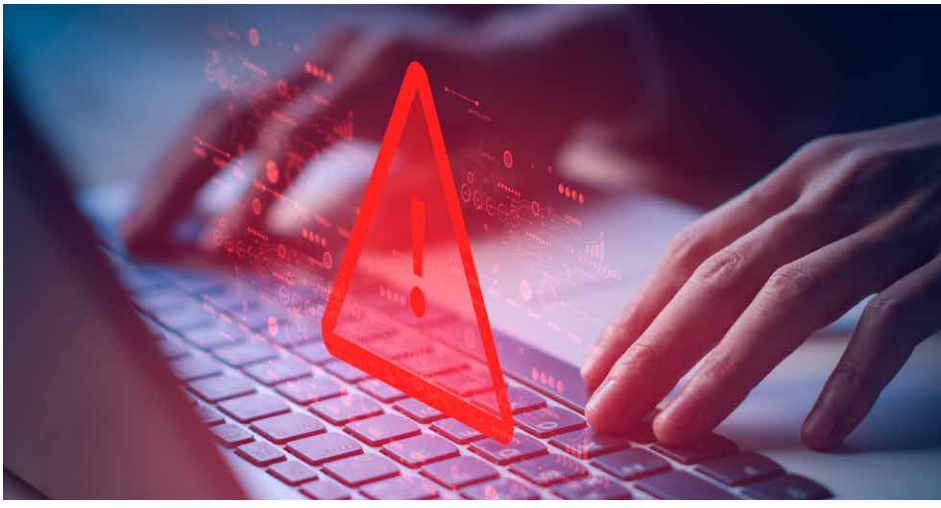
> Mówiąc o podmiotach objętych zakresem zastosowania wspomnianej ustawy nie mamy na myśli tylko placówek publicznych

Warto w tym miejscu podkreślić, że mówiąc o podmiotach objętych zakresem zastosowania wspomnianej ustawy nie mówimy tylko o placówkach publicznych – jest wręcz odwrotnie. Oczywiście, ustawa nakłada obowiązki na określone podmioty czy urzędy publiczne, jednakże przede wszystkim odwołuje się do kategorii podmiotów leczniczych i świadczeniodawców ze względu na ich wielkość. Podmioty lecznicze w rozumieniu ustawy o działalności leczniczej to w dużym zakresie prywatni przedsiębiorcy.

CZY MNIE TO OBOWIĄZUJE?

W uproszczeniu – ustawa odwołuje się do kategorii średniego przedsiębiorcy z art. 2 ust. 1 załącznika I do rozporządzenia 651/2014/UE. Działalność takiego przedsiębiorcy ma mieścić się lub przekraczać zawarte w tej definicji progi. Średnim przedsiębiorcą jest podmiot zatrudniający od 50 do 249 osób, którego roczny obrót nie przekracza 50 mln euro lub roczna suma bilansowa nie przekracza 43 mln euro. Zatrudniony personel należy przy tym rozumieć szeroko i zaliczyć do niego nie tylko pracowników, ale także wszystkie osoby wykonujące pracę na podstawie umowy agencyjnej, umowy zlecenia lub innej umowy o świadczenie usług, właścicieli-kierowników, jak również partnerów prowadzących regularną działalność w przedsiębiorstwie i czerpiących z niego korzyści finansowe.

Przedsiębiorca prowadzący działalność leczniczą musi się zatem zorientować, jaka jest jego wielkość oraz jaką dokładnie działalność prowadzi. Jeśli przeprowadzona analiza doprowadzi do wniosku, że podlega pod ustawę o krajowym systemie cyberbezpieczeństwa, będzie zobowiązany do wdrożenia odpowiednich i proporcjonalnych środków technicznych, operacyjnych i organizacyjnych w celu zarządzania ryzykiem dla bezpieczeństwa sieci


fot.: Shutterstock.com

▶ *System zarządzania bezpieczeństwem informacji powinien obejmować prowadzenie cyklicznego szacowania oraz zarządzania ryzykiem*

i wykorzystywanych systemów teleinformatycznych. Z tego pojęcia możemy odszyfrować system zarządzania bezpieczeństwem informacji, pozwalający uchronić się lub po prostu przygotować na wypadek zaistnienia incydentów z zakresu bezpieczeństwa informacji, np. takich jak te dotyczące MyDr, Medyc czy eWUŚ.

Istnieje jednak wyjątek, zgodnie z którym właściwe organy państwowe mogą zobowiązać do stosowania przepisów ustawy podmiot niespełniający wymogów dotyczących wielkości prowadzonego przedsiębiorstwa, ale prowadzący działalność szczególnie istotną dla społeczeństwa i państwa. Powodem są doświadczenia z okresu pandemii, kiedy to w wielu przypadkach zaprzestanie działalności przez stosunkowo mały podmiot miało szerokie skutki dla innych sektorów gospodarki.

Czy przedsiębiorca prowadzący działalność na mniejszą skalę nie jest narażony na cyberatak lub incydent z zakresu cyberbezpieczeństwa (zgodnie z nomenklaturą używaną przez ustawę)? Oczywiście, że jest. Dlatego, o ile ustawa nie nakłada obowiązków na mikro i małych przedsiębiorców z sektora ochrony zdrowia, o tyle zachęca do stosowania przewidzianych w jej treści rozwiązań. W takim przypadku rozwiązania z zakresu bezpieczeństwa informacji wdrażane w tym podmiocie będą dostosowane do skali prowadzonej przez niego działalności. Naruszenie bezpieczeństwa u dostawcy usług dla wielu placówek medycznych może wywołać efekt kaskadowy i dotknąć ogromnej liczby użytkowników – a w tym mikro i małych przedsiębiorców.

OD CZEGO ZACZĄĆ?

Przedsiębiorcy spełniający wymogi ustawy są zobowiązani do zarejestrowania się w wykazie podmiotów kluczowych i podmiotów ważnych do 3 października 2026 r. Ten termin już minął, jednak rekomenduje się jak najszybsze dopełnienie wspomnianych formalności.

Przedsiębiorcy, którzy nie zarejestrują się w wykazie, będą wpisywani z urzędu przez właściwe organy państwowe. Konsekwencją takiego działania mogą być jednak czynności nadzorcze, a w dalszej perspektywie – nałożenie administracyjnej kary pieniężnej. W tym miejscu warto powiedzieć kilka słów na ich temat. Dla podmiotu, którego działalność przewyższa progi dla średniego przedsiębiorstwa, będzie to 10 mln euro lub 2 proc. przychodów osiągniętych z działalności gospodarczej w roku obrotowym poprzedzającym wymierzenie kary, przy czym zastosowanie ma kwota wyższa. Kara nie może być niższa niż 20 tys. zł.

Dla podmiotu, którego działalność mieści się w progach dla średniego przedsiębiorstwa, kara może wynosić 7 mln euro lub 1,4 proc. przychodów osiągniętych z działalności gospodarczej w roku obrotowym poprzedzającym wymierzenie kary, jednak nie mniej niż 15 tys. zł. Kary będzie można nałożyć także na kierownika podmiotu.

Kolejnym krokiem powinno być przeprowadzenie audytu organizacji i ustalenie, jak wygląda obecne przygotowanie i odporność przedsiębiorstwa na zagrożenia związane z cyberbezpieczeństwem – taka analiza pozwoli przyjąć konkretny plan działania i priorytety związane z dostosowaniem podmiotu do nowych regulacji. Głównym założeniem ustawy jest przygotowanie i wdrożenie kompleksowego systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji, który zabezpieczy przedsiębiorstwo przed cyberatakami.

System zarządzania bezpieczeństwem informacji powinien obejmować prowadzenie cyklicznego szacowania oraz zarządzania ryzykiem wystąpienia incydentów z zakresu cyberbezpieczeństwa, a także wdrożenie odpowiednich i proporcjonalnych do oszacowanego ryzyka środków technicznych i organizacyjnych, pozwalających się przed nim uchronić. Punktem wyjścia dla tych działań będzie przyjęcie szczegółowych polityk szacowania ryzyka i bezpieczeństwa systemu informacyjnego, zawierających konkretne mechanizmy (np. segmentacji sieci), scenariusze działania (powiadomienia określonych osób czy komórek organizacyjnych o zaistniałych awariach lub zagrożeniach), a także środki zaradcze (powiadomienie odpowiednich organów państwowych zajmujących się cyberbezpieczeństwem i osób lub organizacji, których dotyczy incydent).

PAPIER TO ZA MAŁO

Regulator kładzie jednak nacisk nie tyle na formalne stworzenie i przyjęcie odpowiednich procedur, co na faktyczne ich stosowanie i realne wykonywanie obowiązków opisanych w ich treści. Receptą na nowe obowiązki będzie rzetelna współpraca kierownictwa podmiotu leczniczego ze służbami informatycznymi i prawnymi przy opracowaniu nowej dokumentacji.

Każda organizacja jest inna – począwszy od jej struktury wewnętrznej, po osoby zatrudnione i ich obowiązki. Nie da się zatem przyjąć jednego uniwersalnego sposobu działania, który będzie prawidłowy w odniesieniu do wszystkich podmiotów leczniczych, pomimo że mogą wykorzystywać te same lub podobne systemy informatyczne.

Uwaga! Termin na podjęcie działań przewidzianych w ustawie upływa 3 kwietnia 2027 r. ●

Kancelaria LawKK – radca prawny Katarzyna Kamińska

TEMAT NUMERU

To nie incydent, to katastrofa

Państwo powinno przejąć odpowiedzialność za bezpieczeństwo systemów do zarządzania elektroniczną dokumentacją medyczną – mówi **Roman Karnowski**, specjalista seksuolog, psychiatra, psychoterapeuta uzależnień, w rozmowie z Piotrem Kościelniakiem.

Jest Pan jednym z lekarzy, którzy aż dwukrotnie zostali dotknięci wyciekami danych w ostatnich miesiącach.
Najpierw doszło do wycieku MyDr, dotyczącego mojego prywatnego gabinetu oraz Odwykowo-Psychiatrycznego Ośrodka Leczniczego w Inowrocławiu, który prowadzę. Później okazało się, że doszło do kolejnego wycieku, tym razem z systemu Medyc, który służył nam do generowania kart informacyjnych leczenia szpitalnego. Generalnie dane pacjentów zostały zdublowane w tych wyciekach, tyle że w systemie Medyc były dodatkowo dokładniejsze dane zawierające informacje o leczeniu.

Ilu pańskich pacjentów dotyczą te wycieki?
W ośrodku mamy ponad 12 tys. pacjentów, a w gabinecie ponad siedemset osób.

Czy kontaktowali się już z Panem z żądaniem wyjaśnień lub odszkodowania?
Nie było dotychczs żądań odszkodowania, ale dwójka pacjentów ośrodka wystąpiła z żądaniem udzielenia bardzo szczegółowych informacji na temat zdarzenia i rodzaju utraconych ich danych medycznych. Zaznaczyli w swoich pismach, że nie wykluczają starania się o odszkodowanie.

Lekarze narzekają, że w takich przypadkach są obciążeni papierologią…
Dla mnie – i myślę, że dla wielu z nas – taka sytuacja jest nowością. Nie znaliśmy szczegółowych procedur, które znajdują zastosowanie w przypadku wycieku danych osobowych po stronie dostawcy usług, takich jak MyDr czy Medyc. Okazało się, że zobowiązany jestem w ciągu 72 godzin wysłać zgłoszenia do UODO


fot. Archiwum prywatne

◀ *Firmy ubezpieczeniowe z uwagi na taki masowy wyciek zaczęły ograniczać sumy odszkodowań – podkreśla* ***Roman Karnowski***

zarówno dotyczące Ośrodka, jak i mojej praktyki prywatnej. Pod presją czasu za pierwszym razem sporządziłem je samodzielnie. Potem już zajmowała się tym inspektor ochrony danych osobowych z Ośrodka. Musieliśmy też bardzo długo czekać na wyjaśnienia z MyDr i od producenta systemu Medyc.

Czy firmy, które zostały zhakowane i w rzeczywistości odpowiadają za wycieki, zaoferowały jakąś pomoc?
Dopiero po około miesiącu, gdy już zamknęli swoje dochodzenia, stworzyli rozwiązania umożliwiające automatyczne wysłanie SMS-ów i e-maili do pacjentów. Skorzystałem z tej opcji, ale to nie rozwiązało wszystkich problemów, bo przecież są takie osoby, które nie mają telefonu lub nie korzystają z poczty elektronicznej. Do ponad 120 osób musiałem przygotować i wysyłać listy polecone. Łącznie wszystkie koszty obsługi tego zdarzenia – bez odszkodowań – to kilkanaście tysięcy złotych.

Za wyciek odpowiadają dostawcy oprogramowania, ale za wybór dostawców oprogramowania odpowiadają lekarze lub osoby prowadzące placówki medyczne. Robił Pan rozpoznanie rynku pod względem bezpieczeństwa i wiarygodności firm?
MyDr jest związany ze ZnanyLekarz, więc wydawało się, że daje gwarancję odpowiedzialności. Z Medyc korzystaliśmy, bo oferuje potrzebną nam funkcjonalność, której nie posiada MyDr. Żadnego audytu cyberbezpieczeństwa nie prowadziliśmy, bo po prostu nas jako ośrodka otrzymującego w ramach kontraktu z NFZ pieniądze wystarczające tylko na najniższe pensje na to nie stać.

Wiele się mówi o cyfrowej higienie w dziedzinie cyberbezpieczeństwa. Jakie procedury zostały zastosowane po tych wyciekach? Zmieniał Pan hasła, ograniczył dostęp pracowników do danych wrażliwych?
Odpowiednie procedury mamy od początku wprowadzenia EDM. Przed wyciekiem funkcjonowało to bardzo dobrze. Nic nie musieliśmy zmieniać zarówno pod względem sprzętowym,

programowym, jak i zasad cyberhigieny. Od dawna stosujemy np. uwierzytelnianie dwuskładnikowe przy logowaniu. Szkolenia z cyberbezpieczeństwa prowadzimy średnio raz na kwartał. Nie mamy sobie nic do zarzucenia.

Jakie wnioski wyciąga Pan z tego incydentu? Co chciałby Pan przekazać innym lekarzom?
Ja tego nie nazywam incydentem, to po prostu jest katastrofa. Przypominam – dane wyciekły z 12 tys. podmiotów medycznych i w przypadku MyDr dotyczyły 19 mln obywateli. Jestem przekonany, że jeżeli nie powstanie państwowy system elektronicznej dokumentacji medycznej, to będziemy się z takimi sytuacjami borykali bardzo często. Chciałbym, abyśmy jako środowisko wystąpili o to, żeby odpowiedzialność za przechowywanie elektronicznej dokumentacji medycznej przejęło państwo. Jeżeli to my sami mamy wybierać dostawcę oprogramowania do zarządzania EDM, to konieczne jest, aby państwo dawało takim firmom certyfikaty. Przecież lekarze nie są w stanie przeprowadzać audytów cyberbezpieczeństwa, bo najczęściej się na tym nie znają. Brakuje też jasnych wytycznych, w jaki sposób zabezpieczać dane od strony technicznej.

Kolejna rzecz, na którą chciałem zwrócić uwagę, to jest kwestia ubezpieczenia. Po wycieku z MyDr zrozumiałem, że trzeba wykupić ubezpieczenie od cyberzdarzeń. Myślę, że firmy ubezpieczeniowe z uwagi właśnie na taki masowy wyciek zaczęły ograniczać sumy odszkodowań. Najwyższa, jaką znalazłem, to 5 mln zł, co przy takiej skali naruszenia jest kwotą śmiesznie niską. I wreszcie warto się też zastanowić, co dzieje się z elektroniczną dokumentacją medyczną po śmierci lekarza. Dziś w takiej sytuacji – jeśli lekarz był osobą samotną – pacjent jest od tych danych odcięty. Gdyby te informacje przechowywało państwo, pacjent mógłby się od państwa domagać dostępu do swojej historii choroby. •

TEMAT NUMERU

Naruszenie danych. Jakie mamy obowiązki

AGNIESZKA WITOSZEK
INSPEKTOR OCHRONY DANYCH NIL

Administratorem danych pacjentów jest gabinet, praktyka albo przychodnia, a nie dostawca oprogramowania. Nawet jeśli naruszenie wystąpiło w infrastrukturze dostawcy, obowiązki wobec organu nadzorczego i wobec pacjentów obciążają placówkę. Nikt nie wykona ich w jej zastępstwie.

Materiał jest skrótem przygotowanego przez NIL poradnika „Postępowanie po naruszeniu. Co powinien zrobić gabinet korzystający z systemu MyDr". Choć odnosi się bezpośrednio do konkretnego wycieku danych, zawarte w nim zasady i kolejność postępowania są uniwersalne i mają zastosowanie przy każdym podobnym incydencie. Pełną wersję dokumentu wraz z załącznikami, wzorami pism i gotowymi formularzami można pobrać z portalu „Gazety Lekarskiej" (gazetalekarska.pl) oraz Naczelnej Izby Lekarskiej (nil.org.pl).

ETAP I: PIERWSZA DOBA

Jeżeli placówka nie otrzymała od dostawcy żadnej wiadomości, nie oznacza to, że naruszenie jej nie dotyczy. Za dzień, w którym placówka powzięła wiarygodną informację o incydencie, przyjmuje się wówczas dzień powiadomienia z innego źródła, na przykład z komunikatów Ministerstwa Cyfryzacji. Okoliczność braku powiadomienia należy odnotować w rejestrze naruszeń i podnieść w wystąpieniu do dostawcy.

Uruchomienie procedury

1. Odnotować datę i godzinę uruchomienia wewnętrznej procedury reagowania na naruszenie ochrony danych.

2. Zawiadomić inspektora ochrony danych. Jeżeli w placówce go nie wyznaczono – wskazać imiennie osobę koordynującą sprawę.

3. Zawiadomić kierownika podmiotu leczniczego. Decyzja o zgłoszeniu naruszenia należy do administratora, a nie do inspektora; inspektor ją przygotowuje i opiniuje.

4. Opisywać chronologiczny tok postępowania: data, godzina, opis czynności, osoba wykonująca. To najprostszy sposób wykazania staranności i najczęściej pomijany.

Zabezpieczenie dowodów

1. Dowody należy zabezpieczyć od razu, ponieważ strony internetowe bywają aktualizowane, a regulaminy zmieniane jednostronnie przez dostawcę.

2. Wiadomość od dostawcy – zapisać jako plik źródłowy (.eml albo .msg), z nagłówkami, nie jako wydruk ani zrzut ekranu.

3. Komunikat dostawcy wraz z ewentualną sekcją pytań i odpowiedzi – zapisać do pliku PDF z widoczną datą pobrania.

4. Ewentualny komunikat Ministerstwa Cyfryzacji zarchiwizować w ten sam sposób.

5. Regulamin świadczenia usług oraz umowę powierzenia w brzmieniu obowiązującym w okresie objętym naruszeniem (a także podpisane przy zawieraniu umowy z dostawcą o świadczenie usług) wraz z załącznikiem określającym zakres powierzonych danych i listą dalszych podmiotów przetwarzających.

6. Faktury albo potwierdzenia płatności dokumentujące okres korzystania z systemu.

Ustalenie własnej ekspozycji

Zakres obowiązków placówki zależy od tego, jakie dane i za jaki okres znajdowały się w systemie. Ustalenia wymagają następujące okoliczności: data rozpoczęcia korzystania z systemu, data zakończenia korzystania z systemu – jeżeli placówka już z tego systemu nie korzysta, przybliżona liczba pacjentów w bazie danych, wykaz wykupionych modułów (m.in. rozliczenia, integracja z P1, powiadomienia SMS itp.), daty importu danych, obecność w systemie certyfikatów ZUS albo innych materiałów kryptograficznych placówki, wykaz osób

posiadających konta w systemie w okresie objętym naruszeniem.
Jeżeli stwierdzimy, że w systemie znalazł się certyfikat ZUS, należy ponownie wystąpić o jego wydanie. Ze szczególną uwagą powinniśmy podejść do danych personelu – numerów PWZ oraz danych logowania. Mogą one posłużyć do wystawiania fałszywych recept i zwolnień.

ETAP II: ZABEZPIECZENIE DOSTĘPU

Czynności z tego etapu mają dwa cele: ograniczenie skutków zdarzenia oraz wykazanie, że placówka zareagowała. Drugi z nich bywa niedoceniany, a to on decyduje o ocenie organu nadzorczego w razie kontroli.

Konta i uprawnienia

1. Wymusić zmianę haseł wszystkich użytkowników konta placówki. Sprawdzić, czy te same hasła nie były używane w innych serwisach – jeżeli były, zmienić je również tam.
2. Włączyć uwierzytelnianie dwuskładnikowe, jeżeli funkcja jest dostępna, a nie została dotychczas uruchomiona. Do czasu, gdy dostawca uczyni ją obowiązkową, decyzja należy do placówki, a jej zaniechanie po incydencie będzie oceniane surowo.
3. Przejrzeć listę użytkowników i odebrać dostęp osobom, które zakończyły współpracę. Za zarządzanie dostępami odpowiada wyłącznie placówka, nie dostawca.
4. Ograniczyć korzystanie z oprogramowania zdalnego dostępu wykorzystywanego przez wsparcie techniczne dostawcy. Uruchamiać je wyłącznie na wyraźną prośbę, w obecności pracownika, i wyłączać po zakończeniu sesji.
5. Wystąpić o ponowne wydanie certyfikatu ZUS, jeżeli był przechowywany w systemie.

Własna kopia danych

Dostawca zwykle zobowiązuje się wykonywać kopie bezpieczeństwa nierzadziej niż raz w tygodniu i przechowywać wyłącznie ostatnią z nich. Dla dokumentacji medycznej, która podlega wieloletnim okresom przechowywania, jest to zabezpieczenie niewystarczające.
1. Wykonać i zapisać poza systemem własną kopię danych z konta placówki.
2. Ustalić stały cykl wykonywania takich kopii i wskazać osobę odpowiedzialną.
3. Przechowywać kopie w sposób zaszyfrowany, w miejscu odrębnym od stanowisk roboczych.

ETAP III: ZGŁOSZENIE DO PREZESA UODO

Zgłoszenie jest obowiązkowe, jeżeli placówka korzystała z systemu w okresie objętym naruszeniem. Zwolnienie ze zgłoszenia przysługuje wyłącznie wtedy, gdy jest mało prawdopodobne, by naruszenie skutkowało ryzykiem dla praw lub wolności osób. W sprawach związanych z wyciekami danych z systemów elektronicznej dokumentacji medycznej przesłanka ta nie zachodzi: naruszenia obejmują dane o zdrowiu oraz numer PESEL, mają charakter nieodwracalny, a baza danych może znaleźć się w rękach cyberprzestępców.

Od zgłoszenia można odstąpić jedynie wówczas, gdy placówka dysponuje pisemnym potwierdzeniem dostawcy, że dane jej pacjentów nie znalazły się w zbiorze objętym incydentem. Potwierdzenie takie należy dołączyć do wpisu w rejestrze naruszeń. Ustne zapewnienie ani ogólny komunikat na stronie internetowej nie wystarczą. Nie należy czekać na wyniki postępowania dostawcy. Obowiązek zgłoszenia powstaje z chwilą stwierdzenia naruszenia, a nie z chwilą ustalenia jego pełnego zakresu. Brakujące informacje uzupełnia się później w trybie zgłoszenia uzupełniającego.

Jak zgłosić

1. Zgłoszenia dokonuje się elektronicznie – przez formularz udostępniany przez Urząd Ochrony Danych Osobowych, przez e-Doręczenia albo pismem opatrzonym podpisem kwalifikowanym lub zaufanym.
2. Zaleca się złożenie zgłoszenia wstępnego ze wskazaniem, których informacji jeszcze nie ustalono i kiedy zostaną uzupełnione. Jest to rozwiązanie standardowe, a nie wyraz braku przygotowania.
3. Po otrzymaniu ustaleń od dostawcy złożyć zgłoszenie uzupełniające, powołując się na numer sprawy nadany zgłoszeniu pierwotnemu.
4. Jeżeli termin 72 godzin już upłynął – zgłosić niezwłocznie i wyjaśnić przyczynę opóźnienia. Rezygnacja ze zgłoszenia z powodu upływu terminu pogarsza sytuację placówki.

Co wpisać w zgłoszeniu

Poniżej podano gotowe sformułowania odpowiadające sprawom dotyczącym wycieku danych, którymi administrują placówki medyczne. Wymagają uzupełnienia wyłącznie w zakresie danych własnych placówki oraz konkretnego przypadku naruszenia.

• **Charakter naruszenia:** Naruszenie poufności. Nieuprawniony dostęp i pobranie danych ze środowiska podmiotu przetwarzającego, któremu administrator powierzył przetwarzanie na podstawie umowy powierzenia. Naruszenie nie wystąpiło w infrastrukturze administratora.
• **Kategorie osób:** Pacjenci, byli pacjenci, przedstawiciele ustawowi osób małoletnich, osoby upoważnione do wglądu do dokumentacji medycznej, personel placówki posiadający konta w systemie.
• **Liczba osób:** Liczba pacjentów placówki figurujących w bazie. Przy braku możliwości ustalenia liczby dokładnej – przedział, z zaznaczeniem, że pochodzi z własnych rejestrów administratora.
• **Kategorie danych:** Zwykle naruszenie obejmuje imię i nazwisko, numer PESEL, datę urodzenia, dane kontaktowe i adresowe, oddział wojewódzki NFZ, dane o stanie zdrowia (rozpoznania, wystawione recepty, historia wizyt, zalecenia), dane z systemu eWUS, a także dane zwolnień lekarskich.
• **Możliwe konsekwencje:** Kradzież tożsamości i zaciągnięcie zobowiązań finansowych na dane pacjenta; ukierunkowane oszustwa telefoniczne i wiadomości podszywające się pod placówkę, aptekę, NFZ lub bank, wykorzystujące wiedzę o stanie zdrowia i przyjmowanych lekach; ujawnienie informacji objętych tajemnicą zawodową; ryzyko stygmatyzacji wobec danych o uzależnieniach, chorobach zakaźnych, ciąży i zdrowiu psychicznym; szkoda niemajątkowa polegająca na utracie kontroli nad danymi.
• **Środki zastosowane po stronie administratora:** zmiana danych uwierzytelniających, uruchomienie uwierzytelniania dwuskładnikowego, przegląd uprawnień, wystąpienie do podmiotu przetwarzającego, zawiadomienie pacjentów. Po stronie podmiotu przetwarzającego: odłączenie zaatakowanej struktury, zaangażowanie zewnętrznych ekspertów, zawiadomienie organów ścigania.

ETAP IV: ZAWIADOMIENIE PACJENTÓW

Zawiadomienie pacjentów jest obowiązkowe, gdy naruszenie może powodować wysokie ryzyko dla ich praw lub wolności.

W jaki sposób zawiadomić

Rekomendujemy model mieszany, zabezpieczający także tych pacjentów, których aktualnych danych kontaktowych placówka nie ma.
1. Zawiadomienie indywidualne – kanałem, którym placówka zwykle

komunikuje się z pacjentem: pocztą elektroniczną, wiadomością SMS odsyłającą do pełnej treści, przez konto pacjenta.
2. Komunikat publiczny – na stronie internetowej oraz wywieszony w widocznym miejscu w rejestracji.
3. Materiał informacyjny do wręczenia pacjentom przy okienku.
Warto zadbać o udokumentowanie sposobu i daty wykonania zawiadomienia dla każdego z kanałów. Sam fakt wysłania trzeba umieć wykazać. Należy też pamiętać, że zawiadomienie nie może stać się narzędziem w rękach oszustów. Po ujawnieniu incydentu należy spodziewać się fali wiadomości podszywających się pod placówki medyczne. Dlatego zawiadomienie nie powinno zawierać odnośników do formularzy wymagających logowania, żądania potwierdzenia tożsamości, prośby o podanie numeru PESEL, danych karty płatniczej ani jakichkolwiek haseł, a także załączników wykonywalnych. Warto natomiast wprost napisać, że placówka nigdy nie zwraca się o takie dane drogą elektroniczną, i podać oficjalny numer telefonu do weryfikacji autentyczności korespondencji.

Czego nie mówić

Personel rejestracji jest pierwszym punktem kontaktu i to jemu pacjenci zadadzą pytania. Oto trzy podstawowe zasady w komunikacji:
1. Nie zapewniać, że nic się nie stało, ani nie bagatelizować zdarzenia.
2. Nie potwierdzać ani nie zaprzeczać okolicznościom, które nie zostały ustalone; nie podawać liczb.
3. Nie weryfikować tożsamości pacjenta przez telefon wyłącznie na podstawie numeru PESEL. Ten numer mogą znać obecnie osoby nieuprawnione – należy stosować weryfikację wielopoziomową.

ETAP V: OBOWIĄZKI SEKTOROWE

Niestety na tym obowiązki administratora się nie kończą. W przypadku cyberataków należy poinformować również CERT Polska za pośrednictwem formularza dostępnego na stronie incydent.cert.pl. Jest to zalecane niezależnie do statusu placówki.

Należy również poinformować właściwy CSIRT. Znowelizowana ustawa o krajowym systemie cyberbezpieczeństwa obejmuje również sektor ochrony zdrowia – placówki muszą same określić, czy podlegają regulacjom ustawowym, a jeśli tak, to czy są podmiotem ważnym, czy kluczowym. Niezależnie od ostatnich incydentów: termin złożenia wniosku o wpis do wykazu podmiotów kluczowych i ważnych upłynął 3 października 2026 r., pełne wdrożenie obowiązków oczekiwane jest do 3 kwietnia 2027 r., a pierwszy audyt nie później niż 3 kwietnia 2028 r. Placówka, która nie dokonała jeszcze samoidentyfikacji, powinna zrobić to teraz. W razie kontroli obie kwestie będą badane łącznie.

Dla podmiotów korzystających z integracji z systemem P1 zalecane jest poinformowanie Centrum e-Zdrowia i wojewódzkiego oddziału NFZ. Zgłoszenie sprawy do Rzecznika Praw Pacjenta nie jest wymagane, lecz warto przygotować odpowiednią dokumentację – na wszelki wypadek.

Wystąpienie do dostawcy

Placówka nie jest w stanie prawidłowo indywidualnie zawiadomić pacjentów, dopóki nie otrzyma od dostawcy wykazu osób objętych naruszeniem (w pierwszej kolejności stosuje zawiadomienie publiczne). Wystąpienie należy skierować niezwłocznie w postaci pisemnej na adres inspektora ochrony danych dostawcy, zachowując potwierdzenie wysłania.
1. Ustalenie, czy dane pacjentów placówki znalazły się w zbiorze objętym naruszeniem oraz przekazanie wykazu tych osób wraz z zakresem ujawnionych danych.
2. Okoliczności naruszenia: daty, przyczyna źródłowa, czas utrzymywania się dostępu, wywołane alerty.
3. Izolacja środowisk: czy naruszeniem objęte były także inne usługi dostawcy oraz kanały komunikacji z pacjentami, w tym bramki SMS.
4. Podstawa przechowywania danych historycznych i zachowanie terminów retencji.
5. Wykaz zastosowanych środków bezpieczeństwa, logi dostępu do konta placówki, zakres deklarowanego wsparcia oraz informacja o ubezpieczeniu odpowiedzialności cywilnej.

Uprawnienia placówki wobec dostawcy

1. Żądanie wszelkich informacji niezbędnych do wykazania, że dostawca wywiązał się ze swoich obowiązków.
2. Prawo do audytu lub inspekcji.
3. Żądanie wsparcia w wykonaniu obowiązków związanych ze zgłoszeniem i zawiadomieniami.
4. Żądanie wydania danych do pobrania w formacie nadającym się do odczytu maszynowego w terminie do 30 dni od złożenia wniosku.

Roszczenia

Administrator i podmiot przetwarzający wobec roszczeń pacjentów odpowiadają solidarnie, niezależnie od treści umowy. Placówka, która wypłaci pacjentowi odszkodowanie, może następnie dochodzić zwrotu od dostawcy w części odpowiadającej jego odpowiedzialności. Roszczenie to warto zastrzec pisemnie już teraz. Odrębnie należy zgłosić żądanie pokrycia kosztów obsługi incydentu po stronie placówki: korespondencji z pacjentami, obsługi prawnej, ewentualnego audytu oraz ponownego wydania certyfikatów.

ETAP VI: WNIOSKI

Ten etap decyduje o tym, jak placówka wypadnie w razie kontroli. Orzecznictwo organu nadzorczego pokazuje, że kary są nakładane nie tyle za sam incydent, ile za brak rzetelnej analizy ryzyka i za nieprzygotowanie organizacyjne. Placówki audytowane regularnie traktowane są łagodniej nawet wtedy, gdy do naruszenia doszło.

Placówka powinna:

1. Zaktualizować analizę ryzyka i ocenę skutków dla ochrony danych w części dotyczącej korzystania z zewnętrznego systemu dokumentacji medycznej. Analizę prowadzi się z perspektywy pacjenta, a nie placówki.
2. Zaktualizować rejestr czynności przetwarzania oraz rejestr kategorii czynności o aktualną listę dalszych podmiotów przetwarzających.
3. Uzupełnić procedurę reagowania na naruszenia o scenariusz naruszenia występującego po stronie dostawcy oprogramowania – z podziałem ról, wzorami pism i terminami.
4. Wprowadzić okresową weryfikację dostawców. Minimalny zestaw pytań: certyfikaty systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji, wyniki testów penetracyjnych, polityka zarządzania podatnościami, deklarowany czas powiadomienia o naruszeniu, zasady retencji danych po rozwiązaniu umowy.
5. Ustalić własny cykl wykonywania kopii danych, niezależny od kopii dostawcy.
6. Przeszkolić personel w rozpoznawaniu prób oszustwa.
7. Wprowadzić zasadę weryfikacji wielopoziomowej tożsamości pacjenta przy kontakcie telefonicznym.
8. Odnotowywać zgłoszenia pacjentów o próbach oszustwa – mogą okazać się materiałem dla organów ścigania oraz argumentem w sprawie przeciwko dostawcy. ●

AKTUALNOŚCI

Sejm za limitami wynagrodzeń

SYLWIA WAMEJ

Sejm uchwalił ustawę wprowadzającą ograniczenia dotyczące wynagrodzeń i czasu pracy lekarzy, pielęgniarek, położnych, ratowników medycznych i fizjoterapeutów.

Maksymalne wynagrodzenie za godzinę pracy ma wynosić jedną dwudziestą minimalnego wynagrodzenia brutto (obecnie jest to około 240 zł brutto), a miesięczne zarobki nie będą mogły przekroczyć szesnastokrotności płacy minimalnej (czyli około 76,9 tys. zł brutto). Łączny czas pracy został ograniczony do dwóch etatów.

Nowe przepisy zakładają obowiązek zatrudnienia medyka na co najmniej pół etatu oraz uzyskania zgody podstawowego pracodawcy na podjęcie dodatkowej pracy u innego świadczeniodawcy. Ustawa rozszerza także uprawnienia kontrolne Narodowego Funduszu Zdrowia.

„LEX KACPRZYK" Z POPARCIEM SEJMU

Przyjęto także tzw. Lex Kacprzyk – propozycję zgłoszoną przez klub Rozwój Plus, która wcześniej nie uzyskała poparcia Komisji Zdrowia. Przewiduje ona sankcje wobec lekarzy poświadczających nieprawdę w dokumentacji wykorzystywanej do rozliczeń z NFZ. Chodzi o np. wpisywanie niezgodnych z rzeczywistością danych dotyczących czasu lub miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych oraz wystawianie fałszywych zwolnień lekarskich.

W razie naruszenia przepisów będzie można czasowo odsunąć lekarza od pracy w publicznym systemie ochrony zdrowia. Ustawa zakłada również utworzenie jawnego rejestru lekarzy objętych takim zakazem, który będzie prowadził prezes NFZ. Znajdą się w nim m.in. dane identyfikujące lekarza oraz podstawa wydania decyzji. Będzie od niej przysługiwało odwołanie do sądu.

Przyjęcie regulacji jest następstwem wielomiesięcznej debaty dotyczącej organizacji pracy medyków i wysokości ich wynagrodzeń, która nasiliła się po ujawnieniu nieprawidłowości w warszawskim Szpitalu Południowym oraz kolejnych informacji o bardzo wysokich zarobkach niektórych lekarzy. Teraz ustawa trafi do Senatu. Jeżeli senatorowie przyjmą ją bez poprawek, trafi do podpisu prezydenta.

W razie naruszenia przepisów będzie można czasowo odsunąć lekarza od pracy w publicznym systemie ochrony zdrowia

NRL: ODPOWIEDZIALNOŚĆ RZĄDZĄCYCH

Do uchwalonych przepisów krytycznie odniosła się Naczelna Rada Lekarska podczas posiedzenia 23 października. Samorząd lekarski przypomniał, że na etapie prac legislacyjnych zgłaszał liczne uwagi do projektu, jednak nie zostały one uwzględnione.

Zdaniem NRL nowe regulacje opierają się na błędnym założeniu, że administracyjne ograniczenie wynagrodzeń i zasad zatrudniania personelu medycznego przełoży się na poprawę dostępności świadczeń oraz sytuacji finansowej placówek ochrony zdrowia.

Samorząd podkreśla, że ustawa nie rozwiązuje kluczowych problemów systemowych, w tym niewłaściwej wyceny świadczeń zdrowotnych, od lat wskazywanej jako jedna z głównych przyczyn trudnej sytuacji finansowej szpitali. Zdaniem NRL część nowych regulacji, zwłaszcza obowiązek pracy na co najmniej pół etatu oraz konieczność uzyskiwania zgody pracodawcy na dodatkowe zatrudnienie, może utrudnić organizację pracy personelu i ograniczyć dostęp pacjentów do świadczeń finansowanych ze środków publicznych.

„Samorząd lekarski stanowczo podkreśla, że za przyjęte w ustawie mechanizmy związane z zatrudnieniem personelu medycznego, które doprowadzą do ograniczenia liczby świadczeń, likwidacji części oddziałów i poradni, ograniczenia dostępności pacjentów do świadczeń oraz nadmiernego obciążenia dużych ośrodków pacjentami, wyłączną odpowiedzialność ponosić będą politycy opowiadający się za przyjęciem rozwiązań objętych ustawą" – wskazała Naczelna Rada Lekarska.

AKTUALNOŚCI

Europejskie pieniądze na edukację

PIOTR KOŚCIELNIAK

Samorząd lekarski rozpoczął program szkoleń dla lekarzy i lekarzy dentystów finansowany w ramach programu Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego. Na rozwój kompetencji medycznych przeznaczono łącznie ponad 13 mln zł.

Szkolenia obejmą blisko 1500 osób. W ramach projektu Ministerstwo Zdrowia wyznaczyło obszary kluczowe z punktu widzenia potrzeb epidemiologiczno-demograficznych Polski – na tej podstawie powstał program szkoleń. Uruchomiona zostanie także platforma e-learningowa dla kadry lekarskiej oraz specjalny portal edukacyjny w obszarach „Kobieta – transformacja menopauzalna", „Kobieta 60+" i „Zdrowie mężczyzny".

– To projekt, na który środowisko lekarskie czekało od dawna. Dzięki niemu lekarze i lekarki, niezależnie od miejsca pracy czy formy zatrudnienia, zyskają dostęp do wysokiej jakości bezpłatnych szkoleń odpowiadających na realne wyzwania, z jakimi mierzą się dziś w codziennej praktyce – od orzecznictwa, przez ochronę radiologiczną, po zdrowie kobiet i mężczyzn – podkreślił Łukasz Jankowski, prezes NRL.

W ramach projektu zostanie zorganizowanych 11 kursów medycznych.

1. Kurs przygotowujący do certyfikacji umiejętności zawodowej „Orzecznictwo lekarskie" wraz z egzaminem certyfikacyjnym dla lekarek i lekarzy wszystkich specjalności.

2. Kurs przygotowujący do certyfikacji umiejętności zawodowej „Organizacja ochrony zdrowia wojsk" wraz z egzaminem certyfikacyjnym dla lekarek, lekarzy wszystkich specjalności.

3. Cykl szkoleń dla rzeczników odpowiedzialności zawodowej i sądów lekarskich dla lekarek i lekarzy, lekarek dentystek i lekarzy dentystów pełniących funkcje lub zamierzających pełnić funkcje rzeczników i rzeczniczek oraz zastępców rzeczników odpowiedzialności zawodowej, członków i członkiń sądów lekarskich w izbach lekarskich.

4. Kurs „Transformacja menopauzalna kobiet" (w tym kursy dla lekarzy i lekarek ginekologów i ginekolożek oraz dla lekarzy i lekarek pozostałych specjalności).

5. Kurs „Kobieta 60+ – całościowa opieka" dla lekarzy i lekarek pozostałych specjalności.

6. Kurs „Zdrowie mężczyzn" dla lekarzy i lekarek wszystkich specjalności, ze szczególnym uwzględnieniem takich specjalizacji, jak endokrynologia, urologia oraz podstawowa opieka zdrowotna.

7. Szkolenie „Inspektor ochrony radiologicznej" dla lekarek dentystek, lekarzy dentystów.

8. Szkolenie „Ochrona radiologiczna pacjenta" dla lekarek dentystek, lekarzy dentystów.

9. Szkolenie „Tomografia stożkowa – podstawy i zastosowanie kliniczne" dla lekarek dentystek, lekarzy dentystów.

10. Szkolenie „Diagnostyka stomatologiczna z wykorzystaniem obrazów 2D" dla lekarek dentystek, lekarzy dentystów.

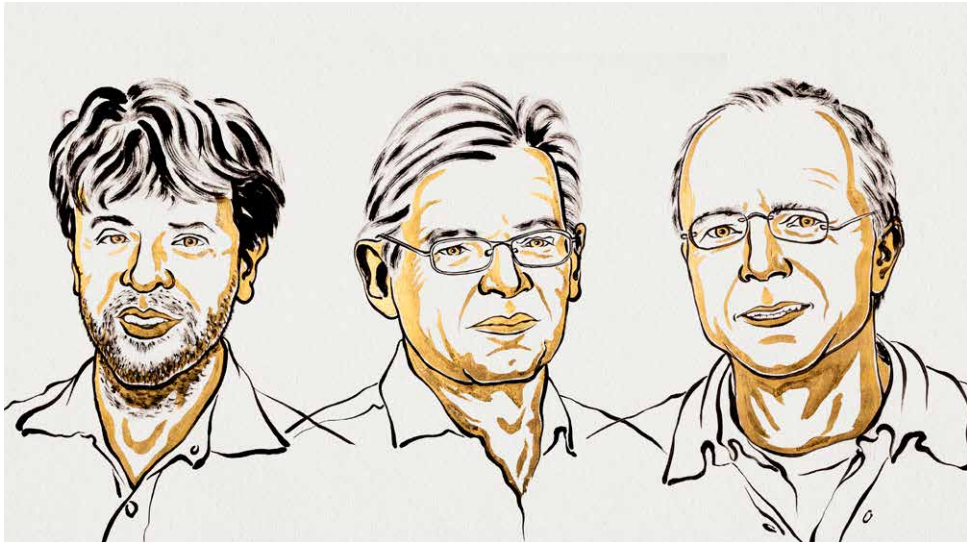
11. Kurs przygotowujący do certyfikacji umiejętności zawodowej „Implantologia" wraz z egzaminem certyfikującym dla lekarek dentystek, lekarzy dentystów.

– Realizacja programu o tak dużym zasięgu to ogromne wyzwanie logistyczne. Chcemy zapewnić środowisku lekarskiemu dostęp do praktycznej wiedzy bez barier finansowych czy terytorialnych – mówi Katarzyna Marzęda, kierownik w Ośrodku Kształcenia Centralnego Ośrodka Badań, Innowacji i Kształcenia NIL. – Efektywne sięganie po środki unijne pozwala nam realnie wspierać rozwój zawodowy medyków, co bezpośrednio przekłada się na jakość codziennej opieki nad pacjentami. W najbliższych miesiącach skoncentrujemy się na kwestiach organizacyjnych i technologicznych: budowie platformy e-learningowej, portalu edukacyjnego, tworzeniu raportów i wytycznych oraz tworzeniu programów i materiałów do kursów. Pierwsze szkolenia ruszą wiosną przyszłego roku – zapowiada Katarzyna Marzęda.

NIL realizuje projekt o nazwie Ogólnopolski program rozwoju kompetencji medycznych personelu lekarskiego w ramach programu Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus. Większa część wsparcia finansowego pochodzi z programu Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego 2021–2027 (FERS), Działanie 01.12 Kształcenie podyplomowe lekarzy, pielęgniarek i położnych. Całkowita wartość projektu wynosi 13 141 902,40 zł, z czego dofinansowanie z Funduszy Europejskich stanowi 10 844 697,86 zł (82,52 proc. wartości).

Więcej informacji o projekcie szkoleniowym COBIK NIL

Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego
Rzeczpospolita Polska
Dofinansowane przez Unię Europejską
NIL Naczelna Izba Lekarska



fot. Ill. Niklas Elmehed © Nobel Prize Outreach

◀ *Tegoroczni laureaci (od lewej): Karl Deisseroth, Peter Hegemann, Georg Nagel*

AKTUALNOŚCI

Od algi do światła kontrolującego neurony

LIDIA SULIKOWSKA

Tegoroczna Nagroda Nobla w dziedzinie fizjologii lub medycyny trafiła do trzech naukowców za odkrycia dotyczące światłoczułych kanałów jonowych i optogenetyki. Ich badania utorowały nową drogę do poznania działania mózgu.

W tym roku Zgromadzenie Noblowskie Instytutu Karolinska doceniło dokonania z obszaru nauk podstawowych. Wyróżniono dwóch naukowców z Niemiec: prof. Petera Hegemanna i prof. Georga Nagela, a także Amerykanina Karla Deisserotha.

Ścieżka do tegorocznej Nagrody Nobla zaczęła się od chęci zrozumienia, dlaczego jednokomórkowa zielona alga *Chlamydomonas* tak szybko reaguje na światło i płynie w jego kierunku. Dwóch nagrodzonych niemieckich badaczy odkryło w błonie komórkowej tego glonu kanałorodopsynę, czyli specyficzny rodzaj białek będących kanałami jonowymi bramkowanymi światłem, odpowiedzialnymi za ten proces.

Z kolei amerykański naukowiec Karl Deisseroth wraz ze swoim zespołem wykazali, że kanałorodopsyna może być wykorzystana w neuronach do ich precyzyjnego pobudzenia za pomocą światła. Jak czytamy w komunikacie prasowym Komitetu Noblowskiego, badacz z USA wprowadził fragmenty DNA kodujące to fotoaktywne białko do szczurzych komórek nerwowych wyhodowanych na szalce Petriego, dzięki czemu stały się czułe na światło, a następnie wywołał sygnał nerwowy poprzez naświetlenie ich niebieskim światłem. Kolejnym krokiem w jego badaniach było wykorzystanie tej metody na żywych myszach. Dostarczono kanałorodopsynę do wybranych komórek nerwowych w korze ruchowej i wszczepiono w ten obszar mózgu zwierzęcia cienki światłowód. Eksperyment zadziałał – aktywowano światłem ruch włosów czuciowych (wibrysów).

NOWE ROZDANIE W NEURONAUCE

Tak narodziła się optogenetyka, czyli metoda umożliwiająca precyzyjne modulowanie (aktywowanie albo hamowanie) aktywności określonych komórek za pomocą impulsów świetlnych. To swoisty przełącznik, dzięki któremu możemy włączać i wyłączać poszczególne neurony lub grupy neuronów w mózgu (a także obszarach poza nim), co z kolei pozwala na poznanie i kontrolowanie ich funkcji związanych na przykład z pamięcią, emocjami, różnymi zachowaniami.

– Tegoroczny werdykt mnie nie zaskoczył. Nagroda Nobla za optogenetykę była oczekiwana od lat. Dzięki odkryciom wyróżnionych noblistów dostaliśmy do ręki metodę, która pozwala w sztuczny sposób sterować zachowaniem komórek nerwowych, ich czynnością bioelektryczną – mówi prof. Leszek Kaczmarek, neurobiolog i biolog molekularny, kierownik Pracowni Neurobiologii w Instytucie Biologii Doświadczalnej im. M. Nenckiego PAN. Jak dodaje, metoda ta bardzo poszerzyła wachlarz dostępnych możliwości badania mózgu. – Obecnie jest powszechnie wykorzystywana do poznania funkcjonalnej roli określonych neuronów. Przeprowadzono mnóstwo badań na modelach komórkowych i zwierzęcych w tym zakresie – tłumaczy neurobiolog.

W komunikacie Komitetu Noblowskiego podkreślono, że dzięki optogenetyce udało się między innymi zidentyfikować obwody neuronalne, które regulują odczuwanie bólu, zachowania społeczne, pragnienie, spożycie pokarmu, a także komórki

Prof. Peter Hegemann urodził się 11 grudnia 1954 r. w Niemczech, obecnie pracuje na Uniwersytecie Humboldtów w Berlinie. Drugi z nagrodzonych laureatów, Georg Nagel, również pochodzi z Niemiec (ur. 24 sierpnia 1953 r.), obecnie jest związany z Uniwersytetem w Würzburgu. Karl Deisseroth jest najmłodszym z tegorocznych laureatów. Urodził się 18 listopada 1971 r. w USA. Jest związany z Instytutem Medycznym Howarda Hughesa oraz Uniwersytetem Stanforda w USA. Tegoroczni nobliści podzielą między siebie 12 milionów koron szwedzkich (ok. 4,7 mln zł). To już 41. raz w historii, kiedy Nagroda Nobla w dziedzinie fizjologii lub medycyny została podzielona pomiędzy trzy osoby. 40 razy tę nagrodę przyznano indywidualnie (w tym gronie mamy tylko jedną kobietę), a 36 razy rozdzielono ją pomiędzy dwie osoby. Na razie nikt nie otrzymał jej w tej dziedzinie więcej niż raz.
Źródło: nobelprize.org

Nagrodę Nobla w dziedzinie fizjologii lub medycyny przyznano dotychczas 117 razy (po raz pierwszy w 1901 r.). W sumie uhonorowano 235 osób, w tym jedynie 14 kobiet. Najmłodszy z laureatów miał 31 lat (Frederick G. Banting), a najstarszy 87 lat (Peyton Rous).

nerwowe odpowiedzialne za różnorodne funkcje, na przykład kontrolowanie rytmu dobowego.

– Metoda ta jest ogromnym przełomem dla neurofizjologii. Optogenetyka to świetne narzędzie poznawcze procesów zachodzących w mózgu. Jego piękno polega na tym, że wprowadza się światłoczułe białko selektywnie do określonej tkanki nerwowej i indukuje lub hamuje potencjał czynnościowy za pomocą światła. W ten sposób można sterować pobudzeniem wybranych, niezwykle małych obszarów mózgu w bardzo krótkich czasach. To metoda, która otworzyła całkowicie nowe możliwości badawcze – ocenia prof. Wiesław Nowak, kierownik Katedry Biofizyki Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu.

Badania podstawowe z wykorzystaniem optogenetyki prowadzone są na całym świecie, również w Polsce. Na przykład naukowcy z Katedry i Zakładu Biofizyki i Neurobiologii Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu badają m.in. molekularne mechanizmy uczenia się i pamięci oraz związane z nimi zmiany zachodzące w synapsach. Badania te rozwijane są obecnie w ramach dwóch dużych projektów – jeden z nich dotyczy molekularnych mechanizmów plastyczności synaps GABA-ergicznych w hipokampie, a drugi plastyczności GABA-ergicznej i jej znaczenia dla procesów zachodzących podczas uczenia się i pamięci.
Źródło: UMW

SZANSA DLA MEDYCYNY

Niestety ciągle brakuje przełożenia tego odkrycia na praktykę kliniczną. Zdaniem prof. Konrada Rejdaka, kierownika Kliniki Neurologii Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego nr 4 w Lublinie, w optogenetyce drzemie ogromny potencjał do wykorzystania w neurologii, ponieważ dzięki tej metodzie można w sposób bardzo selektywny wybierać grupy komórek nerwowych i kontrolować ich aktywność, działając na nie pobudzająco, gdy są korzystne, lub hamująco, gdy są niekorzystne.

– Warunkiem wprowadzenia tej metody do praktyki klinicznej jest stworzenie bezpiecznych dla organizmu ludzkiego metod syntezy białek światłoczułych w obrębie wybranych grup komórek nerwowych lub glejowych, a następnie indukowanie ich światłem. Staje się to możliwe poprzez wprowadzenie fragmentów DNA kodujących to białko do komórek nerwowych za pomocą wektorów wirusowych. Na tę chwilę nie jest to takie proste. Łatwiej naprawić uszkodzony gen, jak to jest czynione np. w terapii rdzeniowego zaniku mięśni, niż dostarczyć całkiem obce białko do komórki, które może wywołać nieprzewidziane efekty wtórne – zwraca uwagę prof. Rejdak. Pozostaje też kwestia doprowadzenia źródła światła. To powoduje, że ścieżka wykorzystania tego narzędzia w szerokiej praktyce klinicznej w medycynie będzie raczej wyboista. Nauka jednak nie stoi w miejscu i trwają badania w tym zakresie.

Naukowcy z Uniwersytetu w Getyndze i Instytutu Nauk Multidyscyplinarnych im. Maxa Plancka pracują nad optogenetycznymi implantami ślimakowymi. Obecnie tą metodą próbuje się również przywrócić ludziom wzrok. Kilka lat temu zespół naukowców pod kierunkiem José-Alaina Sahela dzięki zastosowaniu techniki optogenetycznej przywrócił pewną percepcję wzrokową u niewidomego pacjenta ze zwyrodnieniem barwnikowym siatkówki. Ta eksperymentalna terapia ma ciąg dalszy. Zaledwie kilka dni po ogłoszeniu werdyktu Zgromadzenia Noblowskiego dotyczącego tegorocznych laureatów medycznego Nobla w „New England Journal of Medicine" ukazał się artykuł naukowy przedstawiający kolejne sukcesy w tym zakresie.

– Na świecie przeprowadza się próby kliniczne u osób z retinopatią barwnikową, ale badacze skupiają się także na innych chorobach, m.in. padaczce, schizofrenii, depresji. Mówi się również o wykorzystaniu optogenetyki w leczeniu chorób neurozwyrodnieniowych – wymienia prof. Konrad Rejdak. Osiągnięcia noblistów mogą doprowadzić do skutecznego leczenia m.in. choroby Parkinsona. – Obecnie leczymy tę chorobę poprzez elektrostymulację, czyli wyłączamy aktywność jąder wzgórza poprzez wysokiej częstotliwości bodźce elektryczne. Jeżeli podobny mechanizm udałoby się zastosować, stymulując te okolice poprzez emisję światła, zyskalibyśmy metodę nieinwazyjną. Uważam, że w zasadzie można sobie wyobrazić potencjalne zastosowanie optogenetyki wszędzie tam, gdzie dysfunkcja leży w pracy neuronów i połączeń pomiędzy nimi – dodaje kierownik Kliniki Neurologii Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego nr 4 w Lublinie. ●

Szczegóły dotyczące odkrycia nagrodzonych naukowców można znaleźć w oficjalnym serwisie noblowskim (www.nobelprize.org).

AKTUALNOŚCI

Nie ma wśród nas milionerów

Działamy najlepiej jak umiemy w realiach, które nam na to pozwalają. A realia są takie, że patomorfologia jest bardzo niedofinansowana – mówi prof. **Andrzej Mróz**, prezes Polskiego Towarzystwa Patologów, w rozmowie z Lidią Sulikowską.

Jak zmieniała się patomorfologia w ciągu kilkudziesięciu lat?
Kiedyś rozpoznanie opieraliśmy przede wszystkim na podstawie obserwacji tkanek i komórek barwionych hematoksyliną i eozyną. Z biegiem czasu zaczęto stosować barwienia immunohistochemiczne, które umożliwiły doszczegółowienie rozpoznania, na przykład zróżnicowanie pochodzenia nowotworów. Kolejny etap rozwoju to wykorzystanie badań genetycznych, potrzebnych między innymi do diagnostyki nowotworów mezenchymalnych. Jednocześnie pojawiła się możliwość stosowania badań predykcyjnych, wykonywanych zarówno metodą immunohistochemiczną, jak i genetyczną w celu ukierunkowania leczenia nowotworowego. Patomorfologia to jednak nie tylko onkologia. Zajmujemy się diagnozowaniem wielu chorób zapalnych, zwyrodnieniowych, autoimmunologicznych. To jest absolutnie kluczowa dziedzina medycyny. Nazywam ją interną od strony diagnostycznej.

Na ile te wszystkie możliwości da się wykorzystać w praktyce?
Działamy najlepiej jak umiemy w realiach, które nam na to pozwalają. A realia są takie, że jesteśmy bardzo niedofinansowani. Niestety świadczenia z zakresu patomorfologii są zaszyte w szerszych procedurach klinicznych. W konsekwencji to od decyzji dyrektorów szpitali zależy, jakie nakłady przeznaczy na działanie zakładu patomorfologii. Często traktuje się nas wyłącznie jako koszt, bo przecież nie mamy oddzielnego finansowania przez NFZ. Od lat postulujemy stworzenie koszyka świadczeń patomorfologicznych. Takie rozwiązanie byłoby najuczciwsze i najbardziej transparentne.

Kilka lat temu Ministerstwo Zdrowia wprowadziło pilotaż akredytacji dla zakładów patomorfologii. Jednostki, które przeszły pozytywnie przez ten proces, zyskały możliwość lepszego finansowania. Na ile realnie pomogła ta inicjatywa?
Pilotaż, o którym pani wspomina, wprowadził odrębne finansowanie świadczeń, ale niestety obejmujących wyłącznie rozpoznania onkologiczne, a to przecież tylko część naszej pracy. Co więcej, w kraju działa 160–170 zakładów patomorfologii, a do pilotażu przystąpiło około 40. Ponadto ten program się zakończył, a w tym roku kończy się akredytacja jednostkom, które ją uzyskały. To nie był game changer dla patomorfologii.

Obecnie kończą się prace w resorcie zdrowia nad stworzeniem nowych standardów akredytacyjnych, a także nad zakresem korzyści, jakie mogą dawać. Mam nadzieję, że finał tych prac będzie korzystny dla patomorfologii. Chciałbym jednak podkreślić, że przede wszystkim potrzebujemy koszyka świadczeń patomorfologicznych. Intencją naszego środowiska jest uzyskanie odrębnego finasowania wszystkich procedur patomorfologicznych, nie tylko związanych z onkologią. To się dotychczas nie stało.

Obecnie Ministerstwo Zdrowia, co prawda, pracuje nad stworzeniem takiego koszyka, ale prace są na wczesnym etapie i nie wiemy, jak długo to potrwa i przede wszystkim – jak ten koszyk będzie finalnie wyglądał i czy będzie obowiązywał we wszystkich zakładach, czy tylko akredytowanych.

Pana zdaniem powinno powstać odrębne kontraktowanie bez wymogu uzyskania akredytacji?
Nie znamy ostatecznego kształtu standardów akredytacyjnych, więc nie chciałbym się kategorycznie w tej kwestii wypowiadać. Do części tych propozycji mieliśmy uwagi, ponieważ w naszej ocenie są nadmiarowe i zbyt wyśrubowane, a jednocześnie nie mają bezpośredniego przełożenia na jakość badania patomorfologicznego. Akredytacja ma sens, jeśli większość zakładów jest w stanie ją uzyskać.

Warto też mieć na uwadze, że ministerialna akredytacja jest tylko jedną z form kontroli jakości świadczeń patomorfologicznych. Wszystkie zakłady patomorfologii podlegają odrębnym akredytacjom szpitalnym. To w znakomitej większości przypadków wystarcza, aby działać prawidłowo. Poza tym Polskie Towarzystwo Patologów przyznaje licencje potwierdzające jakość wykonywanych usług. Zakłady mogą się o nią ubiegać, ale jest dobrowolność w tej kwestii. To nasza wewnętrzna ewaluacja. Dotychczas wydaliśmy nieco ponad 100 licencji.

Trzeba pamiętać, że żadne standardy akredytacyjne nie rozwiążą problemów patomorfologii. W mojej ocenie to tylko wstęp do tego, jak powinna wyglądać nasza dziedzina medycyny. A powinna być dobrze wyceniona i doceniona jako specjalizacja.

Mówienie w obecnych czasach o dodatkowych pieniądzach jest stąpaniem po kruchym lodzie.

Oczywiście zdaję sobie sprawę, że atmosfera, jaka w ostatnim czasie wytworzyła się wokół zarobków lekarzy, nie sprzyja tego typu dyskusji. Proszę mi jednak wierzyć, nie ma patomorfologów milionerów. Ja przynajmniej nic o tym nie wiem. Powiem więcej, przy zakresie odpowiedzialności i nakładzie pracy, jaki na nas spada, czuję niesprawiedliwość systemową.

W kraju pracuje obecnie tylko 450–500 specjalistów patomorfologii. Jest nas niewielu w stosunku do liczby badań, które musimy wykonywać. Problem będzie narastać. Średnia wieku w naszej specjalizacji wynosi ponad 55 lat. Wielu pracujących lekarzy jest w wieku emerytalnym – bez ich pomocy mielibyśmy duże trudności z utrzymaniem ciągłości realizacji świadczeń. Niestety bardzo trudno odczarować tę statystykę, ponieważ niewielu młodych lekarzy wybiera ten kierunek. Mamy sporo miejsc rezydenckich, ale zajętych jest mniej więcej połowa z nich.

Dlaczego?
Jednym z głównych problemów jest to, o czym już wcześniej wspomniałem, czyli niedofinansowanie. Specjalizacja jest przez to niezbyt atrakcyjna, a dodatkowo trudna, i trzeba mieć do niej odpowiednie predyspozycje. Jest też niezwykle odpowiedzialna, bo to na nas ciąży obowiązek ustalenia rozpoznania warunkującego dalsze postępowanie z pacjentem. Szczególnie stresujące są badania śródoperacyjne, mające potwierdzić bądź wykluczyć obecność tkanki nowotworowej. Część rezydentów rezygnuje z dokończenia tej specjalizacji, bo nie potrafi się w tym odnaleźć.

Patomorfologia ma status priorytetowej dziedziny medycyny. Co jeszcze można zrobić, by zachęcić lekarzy do specjalizowania się w tym kierunku?
Na pewno należy docenić patomorfologię w systemie ochrony zdrowia. Bezwzględnie należy skończyć z narracją, że jesteśmy jedynie kosztem. Nie jesteśmy. Dzięki naszym rozpoznaniom wiadomo, co dolega pacjentowi, a co za tym idzie, jak właściwie wydawać pieniądze na jego leczenie. Leczenie, które bywa bardzo drogie, jak na przykład w przypadku choroby zapalnej jelit, w której koszt terapii biologicznej jest wysoki.

Mam też takie oczekiwanie, aby klinicyści uświadamiali swoim pacjentom, że za konkretnym rozpoznaniem stoi lekarz patomorfolog i zespół zakładu patomorfologii i że to jest coś, co wnosimy do procesu diagnostyczno-leczniczego u chorych.


Fot. gorajka Anna Zamoyska

Warto również uświadamiać młodych lekarzy o atutach tej specjalizacji – nie mamy pracy dyżurowej, a ponadto nie pracujemy bezpośrednio z pacjentem, co dla części osób może okazać się zaletą.

Czy w związku z tym, że specjalistów jest mało, zasadna byłaby większa koncentracja zakładów patomorfologicznych?
Struktura geograficzna dotycząca udzielania świadczeń zdrowotnych, których częścią są procedury patomorfologiczne, utrudnia koncentrację. Nie wykluczam takiego rozwiązania, ale taki proces trzeba zacząć od opracowania porządnej mapy potrzeb zdrowotnych. Jeśli mamy koncentrować zakłady, to trzeba to robić na podstawie rzetelnych informacji.

Jakie jest Pana zdanie w kwestii pomysłów MZ dotyczących zmian w zakresie sposobu wynagradzania lekarzy?
Część przypadków ocenia się szybko, część zajmuje dużo czasu. Trudno założyć jednolite ramy czasowe do ustalenia rozpoznania. Jesteśmy dziedziną medycyny, w której powinno się pozostawić możliwość rozliczania od każdej wykonanej procedury, a nie narzucać godzinowe rozliczanie czasu pracy. Zmiana w tym zakresie może być bardzo nieefektywna i doprowadzić do paraliżu diagnostycznego ze względu na skrajny niedobór patomorfologów. Co więcej, rozliczenie godzinowe powinno odbywać się według najwyższych stawek eksperckich, podobnie jak w np. w transplantologii. W specjalizacjach deficytowych system wynagradzania lekarzy musi być motywacyjny.

Czasem lekarze klinicyści zwracają uwagę, że rozpoznania stawiane przez patomorfologów nie zawsze są wystarczająco jednoznaczne.
Zdarza się, że ilość badanego materiału jest zbyt mała, żeby postawić kategoryczne rozpoznanie. Czym innym jest wycięty kawałek jelita czy całego guza piersi, a czym innym drobny wycinek z błony śluzowej żołądka.

Czasem jednak po prostu obraz bywa problematyczny do interpretacji. Dlatego klasyfikacje chorób uwzględniają kategorie zmian podejrzanych. To nie jest rozpoznanie bez znaczenia, bo zawiera konkretne wytyczne do dalszego postępowania z pacjentem, na przykład o zalecanej kontroli zmiany patologicznej za trzy miesiące albo za pół roku.

Widzi Pan potrzebę poprawy współpracy pomiędzy lekarzami pobierającymi wycinki i patomorfologami, którzy je oceniają? Czy ułatwiłoby to postawienie rozpoznania?
Działania naszego środowiska w ciągu ostatnich lat poskutkowały tym, że na skierowaniach na badanie histopatologiczne trzeba podawać więcej informacji klinicznych – takich, które nam bardzo pomagają w postawieniu rozpoznania.

Bezpośredni kontakt z lekarzem zlecającym badanie jest bezcenny, ale nie zawsze jest to możliwe. Jednak taka współpraca, szczególnie w trudnych przypadkach, jest absolutnie wskazana. Modelowo byłoby współpracować z konkretnym oddziałem czy kliniką. ●

◀ ***Prof. Andrzej Mróz*** *jest prezesem Polskiego Towarzystwa Patologów, kierownikiem Zakładu Patomorfologii CMKP oraz Zakładu Patomorfologii w Szpitalu Bielańskim w Warszawie. Zawodowo związany jest także z Zakładem Patomorfologii Narodowego Instytutu Onkologii – Państwowego Instytutu Badawczego w Warszawie.*

AKTUALNOŚCI

Ile i na co? Projekt budżetu państwa pod lupą

MARIUSZ TOMCZAK

W 2027 r. na ochronę zdrowia trafi ponad 274 mld zł. To więcej niż w poprzednich latach, ale wciąż za mało, by zaspokoić potrzeby polskich pacjentów.

Bezpieczeństwo państwa, ochrona zdrowia oraz rozwój gospodarki – na tym koncentruje się rządowy projekt ustawy budżetowej na rok 2027, który wpłynął do laski marszałkowskiej pod koniec września. Lektura nie jest łatwa zarówno ze względu na poziom skomplikowania materii, jak i objętość – projekt wraz z 18 załącznikami i uzasadnieniem liczy prawie 1,5 tys. stron, a inne dokumenty dołączone do druku sejmowego mają 300 stron.

Pierwsze czytanie w Sejmie odbyło się 8 października, po czym projekt został skierowany do prac w komisjach. Drugie czytanie jest planowane na posiedzeniu plenarnym 2 grudnia, a trzecie – 4 grudnia. To wówczas odbędzie się głosowanie. Według harmonogramu ustawa trafi do Senatu 8 grudnia, a 15 stycznia Sejm ma rozpatrzyć ewentualne poprawki izby wyższej.

Zgodnie z konstytucją prezydent będzie miał tylko siedem dni na podpisanie ustawy budżetowej i, co ważne, nie może jej zawetować. Ma jednak prawo skierowania jej do Trybunału Konstytucyjnego.

BEZPIECZEŃSTWO I GOSPODARKA

W przyszłorocznym budżecie na obronę narodową zaplanowano kwotę 198,1 mld zł – stanowi to 4,51 proc. produktu krajowego brutto planowanego na 2027 r. To, że bezpieczeństwo – rozumiane dość szeroko jako zdolność do ochrony terytorium, ludności i infrastruktury naszego państwa oraz zapewnienia ciągłości funkcjonowania nawet w sytuacjach zagrożenia – zajmuje szczególne miejsce w strukturze wydatków, nie powinno dziwić.

Jest to związane z pełnoskalową wojną na Ukrainie, która od prawie pięciu lat toczy się za naszą południowo-wschodnią granicą, ale to tylko część prawdy. Rządy wielu państw konsekwentnie dążą do wzmocnienia strategicznej autonomii i odporności – i jest to trend globalny. Według raportu Sztokholmskiego Międzynarodowego Instytutu Badań nad Pokojem w 2025 r. światowe wydatki na obronność wzrosły jedenasty rok z rzędu.

> 274 mld zł na ochronę zdrowia może robić wrażenie. Ale gdy zestawimy tę kwotę z luką w budżecie NFZ, widać, że same rekordowe nakłady nie zagwarantują zaspokojenia potrzeb pacjentów

W obszarze gospodarczym środki publiczne trafią w dużym stopniu na przedsięwzięcia związane z zapewnieniem bezpieczeństwa dostaw energii i transformacją energetyczną. Wśród priorytetów wydatkowych państwa na przyszły rok jest też realizacja strategicznych inwestycji infrastrukturalnych – to one tworzą warunki dla sprawnego funkcjonowania państwa – oraz wzmacnianie potencjału i konkurencyjności polskiej gospodarki.

Niestety w wielu dyskusjach często zapomina się o tym, że silna gospodarka jest warunkiem koniecznym – choć oczywiście niewystarczającym – do stworzenia i utrzymania sprawnego systemu ochrony zdrowia. Warto dodać, że w projekcie ustawy budżetowej zakłada się realny wzrost PKB o 3 proc.

ILE NA LECZENIE?

Na system ochrony zdrowia i bezpieczeństwo zdrowotne obywateli w projekcie zaplanowano łącznie kwotę 274,1 mld zł – to o 26,3 mld zł więcej niż w bieżącym roku. I raczej nie jest to żadne zaskoczenie, ponieważ zgodnie z przepisami ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych Rada Ministrów jest zobowiązana do zapewnienia w 2027 r. co najmniej 7 proc. PKB na ten cel (według metodologii n-2, tj. w oparciu o PKB sprzed dwóch lat). W projekcie przyjęto kwotę nieznacznie przewyższającą ustawowe minimum, które wynosi 273,9 mld zł.

– Znane powiedzenie „zdrowie jest najważniejsze" niestety nie znajduje pełnego odzwierciedlenia w poziomie wydatków budżetowych na przyszły rok. Wzrost nakładów publicznych na ochronę zdrowia oczywiście bardzo cieszy, ale nadal będziemy wydawać mniej w relacji do PKB niż nasi sąsiedzi, np.

Czechy. Dostęp do świadczeń dla każdego ubezpieczonego kosztuje coraz więcej – komentuje dr n. med. Klaudiusz Komor, wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej.

DOTACJA DLA NFZ

Środki publiczne pozwolą nie tylko na finansowanie świadczeń zdrowotnych, ale również na kontynuację projektów rozwijających system e-zdrowia (P1) – w tym m.in. e-recepty, e-skierowania, elektronicznej dokumentacji medycznej, Internetowego Konta Pacjenta, aplikacji mojeIKP czy serwisu gabinet.gov.pl.

Przewidziana w ramach puli 274,1 mld zł dotacja podmiotowa dla Narodowego Funduszu Zdrowia wyniesie 41,5 mld zł – to kwota o 15,5 mld zł wyższa w porównaniu z bieżącym rokiem. Mimo to w budżecie NFZ może pojawić się luka. Rada Fiskalna – niezależna instytucja państwowa oceniająca politykę budżetową rządu, która działa od początku tego roku – oszacowała ją na ok. 16 mld zł.

W projekcie budżetu są też zapisane środki na wsparcie inwestycji w infrastrukturę w ochronie zdrowia oraz programów polityki zdrowotnej. Chodzi o 3,2 mld zł, które trafi m.in. na realizację Narodowej Strategii Onkologicznej na lata 2020–2030, Narodowego Programu Chorób Układu Krążenia na lata 2022–2032 oraz Narodowego Programu Transplantacyjnego. Z kolei w Funduszu Medycznym, powołanym kilka lat temu z inicjatywy ówczesnego prezydenta Andrzeja Dudy, zaplanowano wydatki w kwocie 8,3 mld zł.

W CIENIU AFERY KACPRZYKA

Jak podkreślono w uzasadnieniu do projektu ustawy, „kluczowe jest efektywne wykorzystanie środków ze składek i z budżetu państwa poprzez systemowe rozwiązania, które uniemożliwią nadużycia w ochronie zdrowia". Dlatego planuje się dalsze wdrażanie centralnej e-rejestracji, mającej pozytywnie wpłynąć na funkcjonowanie całego systemu.

Wydaje się, że takie słowa pojawiły się nie przez przypadek. Jest to m.in. nawiązanie do konferencji prasowej premiera Donalda Tuska zwołanej na początku lipca po szokujących doniesieniach ze Szpitala Południowego w Warszawie, czym żyła chyba cała Polska. To wówczas szef rządu poinformował, że minister zdrowia Jolanta Sobierańska-Grenda i prezes NFZ Filip Nowak mają pilnie przygotować „satysfakcjonujące rekomendacje" dotyczące poprawy sytuacji w ochronie zdrowia – w przeciwnym razie podejmie „odpowiednie decyzje personalne". Zaroiło się wtedy od spekulacji o dymisji pani minister.

Podczas spotkania z dziennikarzami Donald Tusk zapowiedział, że polecił maksymalnie przyspieszyć prace nad wdrożeniem centralnej e-rejestracji. A odnosząc się do tzw. afery Kacprzyka, premier podkreślił, że to rozwiązanie ma skutecznie zapobiegać nieetycznym zachowaniom w placówkach medycznych.

WIELKIE LICZBY, TRUDNE PORÓWNANIA

Uwzględniając obecną sytuację w ochronie zdrowia i tegoroczne wydatki na ten cel, zaplanowana na rok 2027 kwota 274,1 mld zł z pewnością nie wystarczy na zaspokojenie potrzeb polskich pacjentów. Większość ludzi ma jednak problem z oceną tych nakładów, bo kwoty, którymi posługują się politycy, eksperci czy dziennikarze, są dość abstrakcyjne. Pojawia się zatem pytanie: czy to dużo? Wszystko zależy od przyjętego punktu odniesienia.

> Silna gospodarka jest warunkiem koniecznym – choć oczywiście niewystarczającym – do stworzenia i utrzymania sprawnego systemu ochrony zdrowia

Przede wszystkim jest to niewiele mniej niż deficyt budżetu państwa przewidywany na zakończenie przyszłego roku (maksymalnie 281,2 mld zł). Dochody budżetu mają wynieść 696,4 mld zł, a łączne wydatki – 977,6 mld zł. I choć ze skalą wieloletnich zaniedbań oraz wyzwań w publicznej ochronie zdrowia trudno dyskutować, takie zestawienie z pewnością daje do myślenia. Nie należy jednak na tym poprzestać.

NA CO IDĄ MILIARDY

Warto odnieść wydatki na ochronę zdrowia w 2027 r. do tego, co często budzi emocje w debacie publicznej. Na sfinansowanie programu „Rodzina 800+", obejmującego wszystkie dzieci do 18. roku życia bez kryterium dochodowego, zostanie przeznaczone 60,8 mld zł. To jedna piąta (ok. 22 proc.) kwoty, którą w przyszłorocznym budżecie zaplanowano na zdrowie.

O połowę mniej – 32,1 mld zł – wyniesie wypłata dodatkowych świadczeń dla emerytów i rencistów, czyli „trzynastek" i „czternastek", które trafiają do seniorów od kilku lat. A zatem sfinansowanie trzech świadczeń pieniężnych (800+, „trzynastki" i „czternastki") pochłonie łącznie niemal 93 mld zł. W tym kontekście wydatki na ochronę zdrowia nabierają zupełnie innego wymiaru, prawda?

Na przyszłoroczną waloryzację świadczeń emerytalno-rentowych zabezpieczono 19 mld zł. Znacznie mniej – ok. 7,8 mld zł, wliczając w to już pochodne – wyniosą planowane podwyżki wynagrodzeń pracowników państwowej sfery budżetowej i nauczycieli. Zbliżona kwota (8 mld zł) trafi na dokapitalizowanie projektu budowy pierwszej elektrowni jądrowej, choć oczywiście nie jest to koniec wydatków na ten cel.

ILE NA DROGI I NAUKĘ

Idźmy dalej – świadczenie wspierające dla osób z niepełnosprawnościami pochłonie 12,6 mld zł, program „Aktywny Rodzic", często określany jako „babciowe", 7 mld zł (to aż o 1 mld zł więcej niż w tym roku), a program „Dobry start", obejmujący jednorazową wypłatę 300 zł z przeznaczeniem na wyprawkę szkolną dla dziecka – prawie 1,4 mld zł.

Planowane na 2027 r. nakłady na drogi i kolej – bez środków na budowę Centralnego Portu Komunikacyjnego – wyniosą 76,8 mld zł, z czego 26,7 mld zł ma pochodzić z budżetu państwa. Przypominam, że z tej infrastruktury korzystają wszyscy mieszkańcy naszego kraju, choćby pośrednio, niezależnie od wieku, stanu zdrowia i zasobności portfela.

W projekcie budżetu zabezpieczono też wydatki na szkolnictwo wyższe i naukę – 46,2 mld zł, czyli o ponad 2,6 mld zł więcej niż w 2026 r. To jednocześnie niecałe 17 proc. kwoty planowanej na ochronę zdrowia w przyszłym roku. Z kolei na funkcjonowanie Policji, Straży Granicznej, Straży Pożarnej, Służby Ochrony Państwa i służb specjalnych przewidziano 36,5 mld zł – przy czym kwota ta rośnie do 57,7 mld zł po uwzględnieniu wydatków na zaopatrzenie emerytalno-rentowe funkcjonariuszy i ich rodzin. •

AKTUALNOŚCI

Kontrowersje wokół rehabilitacji

LIDIA SULIKOWSKA

Ministerstwo Zdrowia proponuje zmiany w organizacji leczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej, które – zdaniem resortu – mają poprawić dostępność do świadczeń. Sceptycy zwracają uwagę na osłabienie roli lekarzy w procesie rehabilitacji pacjentów i brak pieniędzy na wdrożenie pomysłów w życie.

Projekt rozporządzenia ministra zdrowia z 22 czerwca 2026 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej ma zastąpić dotychczasowe rozporządzenie z 6 listopada 2013 r. Uwagi w ramach konsultacji publicznych do projektu można było zgłaszać do początku sierpnia. Zdaje się, że było ich sporo, bo jeszcze w połowie października na stronach Rządowego Centrum Legislacji nie opublikowano zgłoszonych stanowisk, nie było też odniesienia się wnioskodawcy projektu do uwag.

Jak informuje resort zdrowia, proponowane zmiany m.in. porządkują ścieżkę do różnych form rehabilitacji. Ma też być wprowadzona ocena funkcjonalna pacjenta i obowiązek określania celu terapeutycznego. Dookreślono też opis warunków udzielania świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej wraz z uwzględnieniem odpowiednich profili interwencji.

Zmian jest oczywiście więcej, a zasadnicze z nich w opinii projektodawcy mają zapewnić lepsze rozpoznanie potrzeb rehabilitacyjnych pacjentów i poprawę dostępu do świadczeń finansowanych przez NFZ dla osób, które ich najbardziej potrzebują. W dokumencie znalazły się zapisy zmieniające zasady kwalifikacji do świadczeń. Taka kwalifikacja ma odbywać się na podstawie oceny stanu klinicznego i funkcjonalnego pacjenta z wykorzystaniem skal medycznych oraz międzynarodowej klasyfikacji ICF. W przypadku rehabilitacji stacjonarnej dodatkowo wprowadzono zamknięty katalog rozpoznań chorobowych według klasyfikacji ICD uprawniających do skorzystania z tego rodzaju opieki.

SKALA TO NIE WYROCZNIA

– Rehabilitacja wymaga zmian. Potrzebujemy większej koncentracji na pacjencie i realizacji jego celu terapeutycznego – przyznaje prof. Elżbieta Miller, prezes Polskiego Towarzystwa Rehabilitacji (PTReh) i kierownik Katedry i Kliniki Rehabilitacji Neurologicznej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi. Dodaje też, że docenia kierunek zmian, zaznacza jednak, że projekt nie jest wolny od wad, na które środowisko lekarzy rehabilitacji medycznej się nie zgadza. Jedną z kwestii spornych są zasady kierowania na rehabilitację.

> Jeśli za wejściem w życie nowego rozporządzenia nie pójdą dodatkowe pieniądze, trend zamykania oddziałów rehabilitacji będzie się pogłębiał

– W naszej ocenie lekarz powinien mieć możliwość zakwalifikowania pacjenta do oddziału rehabilitacji na podstawie indywidualnej oceny jego stanu zdrowia. Tymczasem zgodnie z projektem rozporządzenia z takiego leczenia będą mogły skorzystać osoby z określoną liczbą punktów, co nie zawsze odzwierciedla faktyczny stan chorego – mówi prof. Miller i zadaje pytanie: co zrobić z pacjentem, który ze względu na swój stan zdrowia nie jest w stanie dotrzeć do ambulatoryjnej opieki rehabilitacyjnej, ale jest zbyt sprawny wedle nowych wytycznych na opiekę w warunkach szpitalnych? – System takich osób nie widzi. Dodatkowo przyjęcie na oddział rehabilitacji warunkuje się zamkniętym katalogiem chorób – podkreśla prezes PTReh.

W uzasadnieniu do projektu rozporządzenia zwraca się uwagę, że nowe kryteria kwalifikacji opracowano w odpowiedzi na nadmiarowość skierowań na świadczenia w zakresie rehabilitacji. – Ten problem występuje. PTReh pracuje nad szczegółowymi wytycznymi dla lekarzy w zakresie kierowania do oddziałów rehabilitacji, aby temu zjawisku przeciwdziałać, ale inaczej niż proponuje się w rozporządzaniu – stwierdza prezes PTReh. Ekspertka dodaje, że konieczna jest koordynowana opieka po udarze, urazie rdzenia, ciężkim urazie wielonarządowym i w innych stanach wymagających pilnej rehabilitacji oraz weryfikacja skierowań z możliwością zmiany hospitalizacji na poradnię/oddział dzienny przez lekarza rehabilitacji podczas konsultacji kwalifikacyjnej.

ODSTAWIENI NA BOCZNY TOR?

Pojawiły się też wątpliwości dotyczące roli lekarza rehabilitacji medycznej w systemie.

Do zmian zawartych w projekcie rozporządzenia ministra zdrowia z 22 czerwca 2026 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji odniosło się Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej. W stanowisku z 24 lipca pozytywnie oceniono działania na rzecz poprawy organizacji i dostępności rehabilitacji, ale jednocześnie zaznaczono, że kierunek zmian powinien pozostawać zgodny z podstawowymi zasadami wykonywania zawodu lekarza oraz z istotą rehabilitacji medycznej jako integralnego elementu procesu leczenia. Skrytykowano nadmierne sformalizowanie kwalifikacji pacjentów do świadczeń rehabilitacyjnych, ograniczanie roli lekarza w procesie leczenia oraz wprowadzanie sztywnych limitów i kryteriów, które mogą utrudnić dostęp do rehabilitacji i obniżyć bezpieczeństwo oraz jakość świadczeń.

– Proponowane zapisy stwarzają niejasny podział odpowiedzialności za proces rehabilitacji. Taka sytuacja jest nie do zaakceptowania. To moje największe zastrzeżenie do tego projektu – informuje prof. Miller. Wyjaśnia, że rehabilitacja jest procesem dynamicznym: pacjenta najpierw trzeba zakwalifikować do terapii, czyli ocenić jego stan kliniczny i funkcjonalny, określić potencjał rehabilitacyjny i wyznaczyć cel leczenia, a następnie monitorować efekty terapii, dostosowując ją do jego aktualnego stanu.

– W wielu fragmentach projektu nie została jednoznacznie przypisana odpowiedzialność za te decyzje, a to jest szczególnie ważne podczas hospitalizacji, ale też w warunkach ambulatoryjnych w przypadku trudniejszych pacjentów, np. z wielochorobowością. W rehabilitacji kluczowe jest współdziałanie interdyscyplinarnego zespołu terapeutycznego, ale musi być określony lider. Mam wrażenie, że politycy nie zauważają naszej specjalności i zmniejszają naszą rolę w systemie – stwierdza prezes PTReh.

Na to, że rola lekarza rehabilitacji medycznej jest spychana na bok w projektowanym rozporządzeniu, zwraca uwagę również prof. Tomasz Blicharski, kierownik Kliniki Rehabilitacji Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego nr 4 w Lublinie.

– Cały ciężar powolutku zostaje przenoszony na fizjoterapeutów, którzy mają inną funkcję w systemie. Gdy pacjent trafia na oddział, lekarz planuje diagnostykę i leczenie, a fizjoterapeuta prowadzi fizjoterapię. Fizjoterapeuta nie zleci diagnostyki, farmakoterapii, nie skieruje w razie potrzeby do logopedy czy dietetyka albo psychiatry. To nie jest kwestia walki o kompetencje, ale dbania o bezpieczeństwo pacjenta – uważa prof. Blicharski.

Rehabilitacja jest procesem dynamicznym: pacjenta najpierw trzeba zakwalifikować do terapii, a następnie monitorować efekty terapii

Co więcej, jego zdaniem w rozporządzeniu powinny się znaleźć zapisy zwiększające kompetencje lekarza rehabilitacji medycznej.

– Dlaczego osteoporozę może leczyć ginekolog albo ortopeda, a specjalista rehabilitacji nie może? Dlaczego nie możemy wykonywać miniinterwencji zabiegowych, np. zabiegu operacyjnego uwalniającego ścięgna? Po co robić specjalizację z rehabilitacji? Już lepiej być ortopedą, bo wtedy mam większy zakres możliwości i zabiegów. Godność i estyma specjalisty rehabilitacji spada. W końcu nikt nie będzie chciał tej specjalizacji wybierać – przestrzega kierownik Kliniki Rehabilitacji USK nr 4 w Lublinie.

Eksperci zwracają również uwagę na kwestie wymogów dotyczących obecności lekarza rehabilitacji w poradni rehabilitacyjnej. – Obecnie taki wymóg obowiązuje, ale projekt rozporządzenia chce go znieść. Nie protestujemy przeciw obecności lekarzy innych specjalności w poradni rehabilitacji, ale jednocześnie w tej poradni musi być zapewniony dostęp do lekarza rehabilitacji medycznej – uważa prof. Elżbieta Miller.

KTO SFINANSUJE ZMIANY

Problemem mogą okazać się również pieniądze. W Ocenie skutków regulacji do tego projektu przyznano, że może wpłynąć na koszt jednostkowy świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej.

– Rozporządzenie przewiduje m.in. wzrost zatrudnienia pracowników w oddziałach rehabilitacji, co zwiększy koszty ich prowadzenia, a one już teraz są nierentowne i wiele szpitali je zamyka. Dodatkowo ukierunkowuje się opiekę w warunkach stacjonarnych na pacjentów ze szczególnie wysokim stopniem niesprawności, czyli bardzo kosztochłonnych. Oczywiście im ta opieka najbardziej się należy, ale za tymi zmianami muszą iść dodatkowe pieniądze – zwraca uwagę prof. Elżbieta Miller. Jak dodaje, nie da się wprowadzać jakości bez zwiększenia nakładów. Tym bardziej że rehabilitacja jest bardzo nisko wyceniona.

– Obecnie finansowanie w rehabilitacji jest koszmarnie niskie. NFZ płaci za osobodzień pobytu na oddziale, a dodatkowe konsultacje specjalistyczne, np. neurologa czy kardiologa, nie są opłacane, podobnie jak procedury zabiegowe, np. założenie PEGA. Oddziały rehabilitacji powolutku są zamykane. Jeśli za wejściem w życie nowego rozporządzenia nie pójdą dodatkowe pieniądze, ten trend będzie się pogłębiał – uważa prof. Blicharski. Jak podkreśla, w szpitalu, w którym pracuje, ograniczono działalność oddziału rehabilitacji, ponieważ przyjmowano wielu pacjentów w ciężkim stanie, a więc kosztochłonnych. Dodaje jednak, że chociaż rehabilitacja jest niedoceniana i niedofinansowana, widzi ogromny sens tej pracy. – Pamiętam pacjenta po ciężkim wypadku komunikacyjnym. Przebywał w naszym szpitalu na OIOM-ie w śpiączce. Przyjęliśmy go na nasz oddział. Po dziewięciu miesiącach opuścił szpital o własnych silach. Uratowaliśmy go olbrzymim nakładem kosztów i wysiłku ludzkiego. Taka jest siła rehabilitacji. Mamy ogromne możliwości, tylko nikt ich nie widzi – konkluduje prof. Blicharski. ●

◀ *Stanowisko PNRL dotyczące projektu rozp. MZ w sprawie świadczeń z zakresu rehabilitacji*

WAŻNY TEMAT

Odpowiedzialność zawodowa: czas na zmiany

MARIUSZ TOMCZAK

Samorząd lekarski pracuje nad zmianami, które mają gruntownie wzmocnić system odpowiedzialności zawodowej. Ostatni głos w tej sprawie będzie należał do Nadzwyczajnego Krajowego Zjazdu Lekarzy.

Naczelna Rada Lekarska na posiedzeniu 23 października podjęła decyzję o zwołaniu Nadzwyczajnego Krajowego Zjazdu Lekarzy. Obrady odbędą się w dniach 26-27 listopada 2027 r. i mogą mieć bezpośredni wpływ na pracę wielu lekarzy i lekarzy dentystów.

Podczas zjazdu kilkuset delegatów ma zaakceptować przygotowywaną właśnie kompleksową reformę w obszarze odpowiedzialności zawodowej. Wymaga to m.in. nowelizacji niektórych ustaw, co samorząd chce zaproponować politykom. Delegaci mają też dokonać zmian w niektórych przepisach wewnętrznych.

Dla przypomnienia: nadzwyczajny zjazd obraduje wyłącznie nad sprawami, dla których zostaje on zwołany. W maju 2024 r., podczas poprzedniego NKZL, uchwalono nowy Kodeks Etyki Lekarskiej.

WZMOCNIENIE JEST KONIECZNE

Kilka miesięcy temu, w maju 2026 r., odbył się XVII Krajowy Zjazd Lekarzy. Najważniejszym punktem obrad był wybór nowych władz samorządu na kolejne cztery lata. I choć w czasie dyskusji – zarówno na sali obrad, jak i w kuluarach – pojawiały się kwestie związane z odpowiedzialnością zawodową lekarzy i lekarzy dentystów, delegaci nie pochylili się nad nimi szczegółowo.

Prezes NRL Łukasz Jankowski, ubiegający się wówczas o reelekcję, mówił, że należy położyć silny nacisk na wzmocnienie pionu odpowiedzialności zawodowej. W jego ocenie konieczne jest m.in. poszerzenie kompetencji prawnych i otwarcie na nowe osoby, które charakteryzują się nienaganną postawą etyczną oraz mają niezbędną wiedzę i doświadczenie.

Zdaniem szefa NRL mediacje powinny odbywać się częściej niż dotychczas, choć zdaje on sobie sprawę, że bez zmiany przepisów będzie to szalenie trudne. W jego opinii warto rozważyć wprowadzenie jakiejś formy immunitetu dla sędziów i rzeczników odpowiedzialności zawodowej, tak by mogli liczyć na większą ochronę ze strony organów państwa – w przeszłości osoby pełniące te funkcje stawały się bowiem obiektem ataków.

> Nadzwyczajny Krajowy Zjazd Lekarzy odbędzie się w listopadzie 2027 roku

Co ważne, o tym wszystkim prezes Łukasz Jankowski mówił, zanim doszło do ujawnienia nieprawidłowości w Szpitalu Południowym w Warszawie i zanim tzw. afera Kacprzyka zdominowała debatę publiczną, dając pretekst do oskarżania samorządu lekarskiego o bezczynność, a wręcz ukrywanie nieprawidłowości.

CO JEST PRZESZKODĄ?

O tym, że środowisko pracuje już nad kompleksową reformą odpowiedzialności zawodowej, Łukasz Jankowski mówił pod koniec września podczas ogólnopolskiego spotkania samorządowego „Punkt Zwrotny – lekarz w systemie ochrony zdrowia", które odbyło się w Katowicach. Wydarzenie to połączono z posiedzeniem Konwentu Prezesów Okręgowych Rad Lekarskich.

Niedługo potem, na początku października, dyskutowano na ten temat podczas śniadania prasowego w siedzibie Naczelnej Izby Lekarskiej w Warszawie. Przedstawiciele izby przekonywali dziennikarzy, że funkcjonujący w strukturach samorządu pion odpowiedzialności zawodowej ma zbyt mało narzędzi, by działać skutecznie.

– Jako rzecznik 80–90 proc. czasu poświęcam na zmaganie się z procedurami prawnymi, a nie prowadzenie spraw w obszarze odpowiedzialności zawodowej – mówił Michał Osica, Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej Okręgowej Izby Lekarskiej w Łodzi. – Przykładowo: wystąpienie o dokumentację medyczną pacjenta rodzi trudności, bo placówka często nie chce jej wydać. Może to trwać nawet kilka miesięcy – podkreślił.

KRUCZKI PRAWNE

Nie jest tajemnicą, że obrońcy często chwytają się wszelkich możliwych kruczków prawnych i bezwzględnie wykorzystują luki w przepisach. Zdarzają się nawet sytuacje, że kierują do organów ścigania zawiadomienia o popełnieniu przestępstwa przez rzeczników, członków sądu lekarskiego albo biegłych wydających

▶ *Pion odpowiedzialności zawodowej wymaga wzmocnienia, by miał realne narzędzia do wykrywania i karania patologii*



fot. Magnific.com

w danej sprawie niekorzystną dla lekarza opinię, próbując w ten sposób wydłużyć postępowanie i wywrzeć presję na te osoby.

Poważnym problemem jest nieodbieranie korespondencji od OROZ. Niekiedy nosi to znamiona celowego działania, choć bywa też konsekwencją nieaktualnych danych adresowych w rejestrach medycznych. – Jeżeli ktoś nie odbiera wezwania, nie ma możliwości złożenia wyjaśnień – mówił Michał Osica.

Wśród dalszych przeszkód wymienił krótki termin przedawnienia. OROZ może wszcząć postępowanie z tytułu odpowiedzialności zawodowej, jeśli od zdarzenia nie minęły więcej niż trzy lata. Co więcej, do prawomocnego zakończenia sprawy musi dojść w ciągu pięciu lat od momentu wystąpienia zdarzenia, a nie od jego ujawnienia.

Osobną kwestią jest postawa Narodowego Funduszu Zdrowia. Płatnik, proszony o udostępnienie dokumentów, odmawia czasem ich wydania, argumentując, że podstawa prawna, na którą powołuje się rzecznik odpowiedzialności zawodowej, nie pozwala na udzielanie takich informacji.

IZBY OKRĘGOWE PRZEKAZAŁY SWOJE PROPOZYCJE

Pod koniec sierpnia Naczelna Rada Lekarska powołała Zespół do spraw reformy odpowiedzialności zawodowej. W jego skład wchodzą: Klaudiusz Komor, wiceprezes NRL, Jacek Opinc, Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej, Jacek Fórmaniak, przewodniczący Naczelnego Sądu Lekarskiego, Grzegorz Wrona, pełniący funkcję NROZ w latach 2014–2022, a od niedawna Rzecznik Praw Lekarzy NIL, oraz Piotr Winciunas, były sędzia NSL, a obecnie sekretarz NRL.

– Przepisy regulujące odpowiedzialność zawodową lekarzy wymagają zmian – przekonuje prezes Klaudiusz Komor. W połowie października powołany przez Radę zespół zakończył zbieranie propozycji zmian od izb okręgowych, ale to dopiero początek pracy nad reformą pionu odpowiedzialności zawodowej. – Chcemy je przedyskutować podczas szkolenia dla członków NSL, okręgowych sądów lekarskich oraz NROZ, OROZ i ich zastępców, które na początku listopada odbędzie się w Bydgoszczy – dodaje.

Już na grudniowym posiedzeniu NRL zespół planuje przedstawić członkom Rady główne kierunki zmian – to one mają stać się przedmiotem dalszych intensywnych prac. – Zanim zostaną dopracowane propozycje konkretnych zmian w ustawach czy regulaminach, musimy dokładnie przedyskutować i określić kierunek reformy oraz przewidzieć wszystkie jej następstwa. Nad ostatecznym projektem będzie głosował zjazd, czyli najważniejszy organ naszego samorządu – podsumowuje Klaudiusz Komor.

PIERWSZY KROK

Wstępnym etapem na drodze do reformy pionu odpowiedzialności zawodowej jest publikacja raportu przygotowanego przez eksperta NRL ds. badań i analiz Artura Białoszewskiego. Przeanalizował on sytuację w różnych krajach świata – od Europy po Australię i Nową Zelandię. Z ponad 90-stronicowego raportu wynika, że struktura zbliżona do polskiej istnieje m.in. w Czechach i we Francji. Analiza rozwiązań międzynarodowych nie daje podstaw do sformułowania wniosku, że przypisanie odpowiedzialności zawodowej do administracji państwowej rozwiąże problemy nadzoru.

„Dla Polski rekomenduje się rozwijanie istniejącego modelu samorządowego przez ujednolicenie informacji dla uczestników, doskonalenie osób prowadzących postępowania, sprawniejsze wykonanie orzeczeń i przejrzystą sprawozdawczość. Zagraniczne praktyki wskazują też możliwości wzmacniania udziału wiedzy prawnej oraz uzupełniania umiejętności lekarza. Zmiany składu orzekającego lub nowe obowiązki wymagają odpowiednich podstaw prawnych" – wskazano w podsumowaniu raportu.

CEL: WZROST ZAUFANIA

Podczas niedawnego spotkania z dziennikarzami w NIL przekazano, że w 2024 r. do okręgowych rzeczników odpowiedzialności zawodowej wpłynęły 4034 nowe sprawy, a zakończono – 3702. 47 osobom prawomocnie zawieszono prawo wykonywania zawodu, a sześć osób zostało pozbawionych go całkowicie. Zdaniem Artura Białoszewskiego dane te podważają tezę o bezczynności organów samorządu lekarskiego, lecz jednocześnie dowodzą, że system nie działa w pełni skutecznie.

– Chcielibyśmy, by sądy lekarskie, tak samo jak powszechne, działały po prostu szybko i sprawnie. Postępowanie musi być jednak przede wszystkim wiarygodne i sprawiedliwe, a to rzadko idzie w parze z szybkim tempem – mówi Marcin Karolewski, koordynator Ośrodka Profilaktyki i Strategii Zdrowotnych Centralnego Ośrodka Badań, Innowacji i Kształcenia NIL.

Ekspert dodaje, że samorząd nie chowa głowy w piasek, ale pion odpowiedzialności zawodowej wymaga wzmocnienia, by miał realne narzędzia do wykrywania i karania patologii. – Zależy nam na silnym i skutecznym systemie, który będzie budował zaufanie pacjentów i dawał im poczucie bezpieczeństwa. Pacjent, przychodząc do lekarza, nie powinien mieć żadnych powodów do obaw – podkreśla Marcin Karolewski. ●

PRAWO I MEDYCYNA

Lekarz u notariusza. Przegląd, który warto zrobić zawczasu

ANNA SZMIGIERA-WYRZYKOWSKA

Nie tylko zdrowie wymaga profilaktyki. Pełnomocnictwo, testament czy umowa majątkowa mogą uchronić przed problemami, gdy życie nagle wymknie się spod kontroli.

W gabinecie lekarskim i w kancelarii notarialnej szukamy podobnych gwarancji: spokoju, profesjonalnej diagnozy i pewności, że najważniejsze sprawy są w dobrych rękach. Wyobraźmy sobie eksperta, który przez lata pomaga innym podejmować najtrudniejsze decyzje, a sam odkłada uporządkowanie własnych spraw. Dopiero nagłe zdarzenie pokazuje, że profesjonalizm w jednej dziedzinie nie chroni przed ryzykiem w innej. Wykonywanie zawodu zaufania publicznego wiąże się z autonomią i odpowiedzialnością. Bierzemy na siebie ciężar ludzkich spraw, działając z oddaniem i zgodnie z zasadami etyki. Może to jednak prowadzić do pułapki samowystarczalności. Skoro radzimy sobie ze skomplikowanymi problemami innych, zakładamy, że z własnymi również poradzimy sobie sami. Odpowiedzialni i świadomi ludzie pamiętają o badaniach kontrolnych z własnej inicjatywy, za radą lekarza albo dopiero wtedy, gdy organizm dotkliwie przypomni o swoich problemach. A lekarz u notariusza? Także tutaj, gdy pojawi się kryzys, na działanie może być już za późno. Potrzebne są profilaktyka i okresowy przegląd spraw prawnych.

PROFILAKTYKA ZAMIAST DZIAŁANIA W KRYZYSIE

Wizyta u notariusza nie służy wyłącznie zachowaniu odpowiedniej formy przy zakupie nieruchomości. Wielu przedstawicieli zawodów medycznych prowadzi przedsiębiorstwa w różnych formach prawnych, ale zawsze wiąże się to z ryzykiem. Także życie prywatne coraz rzadziej odpowiada prostym schematom. Zmieniają się relacje rodzinne, struktura majątku i zakres zobowiązań. Wszyscy są ponadto narażeni na stres, choroby i zdarzenia losowe, wskutek których z dnia na dzień mogą utracić możliwość samodzielnego podejmowania decyzji.

Od czego zacząć prawny przegląd? Najlepiej najpierw przeanalizować własną sytuację prywatną i zawodową oraz zastanowić się, jakie kwestie mogą sprawić trudność nam lub naszym bliskim w razie choroby, dłuższej nieobecności albo śmierci. Notariusz przedstawi dostępne rozwiązania prawne i ich konsekwencje, wskaże potrzebne dokumenty oraz wymaganą formę czynności, a jeżeli zapadnie decyzja o sporządzeniu aktu notarialnego – przygotuje jego treść zgodnie z wolą osoby dokonującej czynności.

> Korzystanie z pomocy innych ekspertów nie jest słabością, jest rozsądną formą profilaktyki, która sprawia, że w trudnej chwili wiadomo, kto może działać, na jakiej podstawie i zgodnie z czyją wolą

NIEPRZEWIDZIANE ZDARZENIA

Jednym z kluczowych dokumentów przydatnych w codziennych sprawach jest pełnomocnictwo. Każda aktywna osoba dorosła powinna rozważyć wskazanie zaufanego pełnomocnika i precyzyjne określenie zakresu jego działania, na przykład w sprawach majątkowych, dotyczących przedsiębiorstwa, udziałów w spółce oraz rozporządzania nieruchomościami lub ich obciążania, które to uprawnienia wymagają formy aktu notarialnego. Pełnomocnictwo sporządzone w tej formie jest archiwizowane zgodnie z przepisami, bez ograniczenia w czasie, co umożliwia uzyskanie kolejnych wypisów, gdy wcześniejsze egzemplarze zostaną złożone w urzędzie, banku lub innej instytucji albo po prostu się zagubią. Jego zakres formułuje notariusz, co ogranicza ryzyko wątpliwości interpretacyjnych.

Pełnomocnictwo warto aktualizować po zmianie sytuacji rodzinnej, sposobu prowadzenia działalności lub struktury majątku. Należy też pamiętać o odwołaniu dokumentów, które przestały odpowiadać woli mocodawcy. Łatwo o nich zapomnieć, choć działania pełnomocnika nadal mogą wywoływać skutki prawne. Pełnomocnictwo nie zastępuje wszystkich rozwiązań potrzebnych na wypadek utraty możliwości samodzielnego działania, co do zasady wygasa ze śmiercią mocodawcy i nie może zostać skutecznie udzielone po prostu „do wszystkiego". Ułatwia jednak zachowanie ciągłości działania choćby podczas dłuższego wyjazdu służbowego. Zapowiadane

pełnomocnictwa prewencyjne mają w przyszłości stać się jednym z rozwiązań zastępujących ubezwłasnowolnienie.

TESTAMENT TO NIE TYLKO SPRAWA NA KONIEC ŻYCIA

Kolejnym ważnym dokumentem, który może mieć formę notarialną, jest testament. Nie jest to sprawa do uregulowania wyłącznie „na łożu śmierci", lecz narzędzie pozwalające nadal aktywnym osobom uporządkować sprawy na wypadek śmierci. Notariusz wyjaśni różnicę między powołaniem spadkobiercy, zapisem zwykłym, zapisem windykacyjnym i poleceniem, a także zwróci uwagę na możliwość powstania roszczeń o zachowek.

Testament warto przejrzeć po rozwodzie, ślubie, narodzinach dziecka, nabyciu istotnego składnika majątku lub zmianie planów sukcesyjnych. Nawet gdy sytuacja rodzinna wydaje się prosta, znaczenie mogą mieć szczegóły. Forma notarialna zwiększa bezpieczeństwo przechowywania oryginału, sprzyja precyzji postanowień, wzmacnia walor dowodowy dokumentu i jest niezbędna do zastosowania niektórych instytucji, w tym zapisu windykacyjnego. Umożliwia także bezpłatną rejestrację testamentu w rejestrze prowadzonym przez samorząd notarialny, co zdecydowanie ułatwia, a niekiedy wręcz umożliwia jego odnalezienie po śmierci testatora.

MAJĄTEK RODZINNY I BEZPIECZEŃSTWO ZAWODOWE

Większość profesjonalistów próbuje godzić rozwój kariery z życiem osobistym. Uregulowanie małżeńskich stosunków majątkowych może mieć znaczenie nie tylko na wypadek kryzysu w relacji i rozstania, lecz także dla odpowiedzialności za zobowiązania drugiego małżonka oraz przyszłych rozliczeń ze spadkobiercami. Warto wiedzieć, że wybór nie ogranicza się do wspólności albo rozdzielności majątkowej. W niektórych przypadkach odpowiednia może być na przykład rozdzielność z wyrównaniem dorobków. Przed podjęciem decyzji dobrze jest przeanalizować dochody, ryzyka zawodowe, sposób zarządzania gospodarstwem domowym i finansowania potrzeb rodziny. Z małżeńskimi umowami majątkowymi wiąże się wiele stereotypów, a internetowe porady bywają mylące, dlatego nic nie zastąpi rozmowy z ekspertem. Jednym z najczęstszych błędnych przekonań jest pogląd, że rozdzielność majątkowa wyłącza dziedziczenie między małżonkami. Nie wyłącza go – powoduje natomiast, że każdy z małżonków posiada odrębny majątek przy zachowaniu obowiązków związanych z zaspokajaniem potrzeb rodziny.

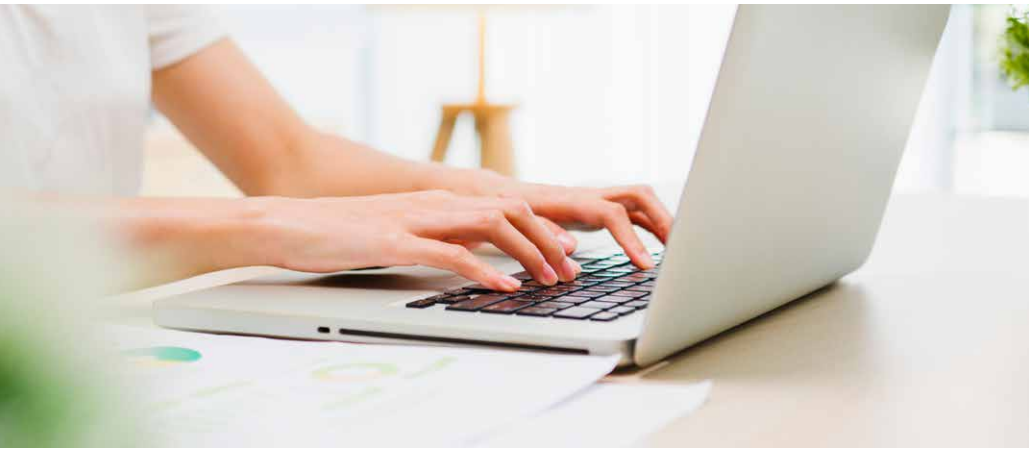
Notariusze wykonują wiele obowiązków związanych z czynnościami notarialnymi, ale de facto odciążających system państwowy. Nie jest to jednak zawód urzędniczy, każdy z nas prowadzi swoją działalność – czy to jednoosobową, czy też w spółce cywilnej lub partnerskiej. Możliwości prowadzenia przedsiębiorstwa przez lekarzy są dużo szersze, mogą korzystać z pełnego wachlarza spółek, także tych prawa handlowego. Przy zakładaniu spółki w trybie uproszczonym, z wykorzystaniem wzorca umowy i bez wizyty u notariusza, warto sprawdzić, czy przyjęte postanowienia odpowiadają rzeczywistym potrzebom wspólników oraz charakterowi działalności. Umowa sporządzona indywidualnie może dokładniej regulować zasady reprezentacji, podejmowania decyzji, wyjścia wspólnika albo śmierci. Postanowienia już zarejestrowanej spółki również można aktualizować i najlepiej zrobić to, zanim pojawi się konflikt. Prowadzenie nowoczesnej praktyki lekarskiej często wiąże się ponadto z dużymi inwestycjami lub wspieraniem współpracowników. Przy pożyczkach i rozliczeniach z kontrahentami należy rozważyć zabezpieczenia adekwatne do kwoty oraz ryzyka, między innymi oświadczenie o poddaniu się egzekucji, hipotekę lub zastaw. Odpowiednio dobrane zabezpieczenie może ograniczyć ryzyko długotrwałego i kosztownego dochodzenia należności przed sądem.

SUKCESJA ZAPLANOWANA Z WYPRZEDZENIEM

Przy większym majątku lub rozbudowanej działalności warto całościowo zaplanować, kto i na jakich zasadach przejmie kontrolę nad aktywami, z uwzględnieniem jednocześnie kwestii małżeńskich, dziedziczenia i stopniowego przekazania zarządzania rodzinną firmą. Fundacja rodzinna – wbrew doniesieniom medialnym – nie służy wyłącznie do osiągania korzyści podatkowych. Jest rozwiązaniem pozwalającym gromadzić majątek, spełniać świadczenia na rzecz beneficjentów i ograniczać ryzyko rozdrobnienia aktywów, ale nie będzie odpowiednia w każdej sytuacji. Czasem najlepsze pozostają prostsze rozwiązania: testament, odpowiednie postanowienia umowy spółki i pełnomocnictwa. Utworzenie fundacji powinny poprzedzić analizy kosztów, zasad zarządzania, kręgu beneficjentów, skutków podatkowych i planowanej sukcesji. Wskazana jest również kompleksowa konsultacja struktury oraz procesu tworzenia fundacji z adwokatem lub radcą prawnym i doradcą podatkowym. Notariusz sporządza akt założycielski i statut fundacji oraz dokonuje wielu czynności notarialnych już po rozpoczęciu przez nią działalności.

Notariusz nazywany jest prawnikiem pierwszego kontaktu – i tu pojawia się analogia do lekarza. Na co dzień pomagamy rozwiązywać sprawy bliskie każdemu człowiekowi, także profesjonaliście z innej dziedziny, którego nie omijają troski o przyszłość dzieci, dziedziczenie czy bezpieczny zakup nieruchomości. Przegląd prawny warto powtarzać co jakiś czas, zwłaszcza po istotnym zdarzeniu życiowym, i traktować go jak badanie kontrolne. Misja lekarza i notariusza opiera się na podobnych filarach, w tym na wysokich standardach etycznych wykraczających poza komercyjne wykonanie usługi. Trudno dobrze i bezpiecznie pełnić tak istotne role społeczne, gdy głowę zaprzątają nieuregulowane sprawy osobiste.

Lekarz nie powinien samodzielnie diagnozować skutków zawiłej umowy, podobnie jak notariuszowi wyszukiwarka internetowa nie zastąpi konsultacji medycznej. Łączy nas nie tylko zawodowa solidarność, lecz także zrozumienie specyfiki pracy opartej na ogromnej odpowiedzialności za błąd i poddanej presji czasu. Korzystanie z pomocy innych ekspertów nie jest słabością. Jest rozsądną formą profilaktyki, która wrawdzie nie daje gwarancji, że nic się nie wydarzy, ale sprawia, że w trudnej chwili wiadomo, kto może działać, na jakiej podstawie i zgodnie z czyją wolą. Najważniejszym aktem przezorności jest spokojna rozmowa przeprowadzona wtedy, gdy jeszcze nic nas do niej nie zmusza. •



fot. pixabay.com

◀ *Pod koniec sierpnia liczba rachunków maklerskich w Polsce przekroczyła 3 mln. Można je zakładać przez internet*

PODATKI I FINANSE

Jak wybrać rachunek maklerski i nie żałować

MARIUSZ TOMCZAK

Żeby inwestować na giełdzie, trzeba posiadać rachunek maklerski – często zwany też kontem inwestycyjnym. Warto wiedzieć, na co zwrócić uwagę zwłaszcza wtedy, gdy zakładamy go po raz pierwszy.

Mimo że na tle innych europejskich narodów Polacy trzymają dużo środków w gotówce i na nisko oprocentowanych depozytach bankowych, coraz bardziej popularne staje się inwestowanie na giełdzie.

Świadczy o tym m.in. liczba rachunków maklerskich, która pod koniec sierpnia 2026 r. przekroczyła 3 mln. Wprawdzie nie wszystkie są regularnie zasilane nowymi wpłatami, ale z roku na rok wiedza o rynku kapitałowym w naszym kraju rośnie, a nastawienie stopniowo zmienia się na mniej defensywne.

BEZPIECZEŃSTWO ŚRODKÓW

Założenie rachunku maklerskiego nie jest czasochłonne. Sztuką jest jednak zrobić to dobrze. Nie zawsze warto decydować się na ofertę domu lub biura maklerskiego działającego przy banku, w którym posiadamy już swój rachunek osobisty – jest to wygodne, ale nie zawsze korzystne.

Pierwszym krokiem powinno być upewnienie się, czy instytucja, której planujemy powierzyć swoje środki, jest godna zaufania. Warto zweryfikować, kto za nią stoi, czy ma nieposzlakowaną reputację i czy działa na rynku od co najmniej kilku lat. Najlepiej jeśli oferuje konta z weryfikacją dwuetapową i podlega pełnemu nadzorowi polskiej Komisji Nadzoru Finansowego (KNF).

CZY MOŻNA OBNIŻYĆ PODATEK?

O zaletach inwestowania poprzez indywidualne konto emerytalne (IKE) lub indywidualne konto zabezpieczenia emerytalnego (IKZE) już parokrotnie pisałem na łamach „Gazety Lekarskiej". IKE pozwala uniknąć 19-procentowego podatku Belki. Z kolei wpłaty na IKZE można odliczyć od dochodu w corocznym zeznaniu podatkowym PIT, a wypłata środków zostanie obciążona zryczałtowanym podatkiem w wysokości 10 proc. W przypadku obu kont trzeba spełnić warunki zapisane w ustawie, np. ukończyć odpowiednio 60 lub 65 lat, choć są pewne odstępstwa od tej reguły.

Antypodatkowe pokrowce to świetne rozwiązanie, ale wybór konkretnej instytucji nie powinien być przypadkowy. „3/4 kont IKE czy IKZE dostępnych w Polsce to produkty z tak gigantycznymi opłatami (często poukrywanymi), że nawet korzyści podatkowe, jakie oferują IKE i IKZE, nie zrównoważą tych kosztów. Niestety, bardzo wiele IKE i IKZE to produkty, na których zarabia głównie instytucja finansowa, a nie klient" – ostrzega Marcin Iwuć, ekonomista i autor bestsellera „Finansowa forteca", na swoim blogu.

GDZIE JEST HACZYK?

Najbardziej opłacalne jest posiadanie IKE lub IKZE w formie rachunku maklerskiego – i to jest kluczowe zdanie w tym artykule. Wprawdzie to ogranicza wybór, ale pozwala ocalić znaczną część wypracowanych zysków, o czym szerzej za chwilę. To właśnie maklerskie IKE i IKZE umożliwiają samodzielne inwestowanie w różne instrumenty finansowe, m.in. akcje, obligacje czy niskokosztowe fundusze ETF (ang. exchange traded-fund), które są notowane na różnych giełdach.

Niektóre osoby przeraża wizja obsługi konta maklerskiego, ale wbrew pozorom nie jest to skomplikowane. Zresztą nie każdy broker posiada platformę transakcyjną z mnóstwem funkcjonalności niezrozumiałych dla osób spoza branży inwestycyjnej. W przypadku tych najmniej skomplikowanych platform złożenie zlecenia kupna lub sprzedaży instrumentu

finansowego nie różni się za bardzo od wysłania przelewu za pośrednictwem bankowości internetowej.

Co do zasady na IKE i IKZE warto mieć akcje i fundusze akcyjne, a nie fundusze rynku pieniężnego. Jak tłumaczy Mateusz Samołyk, autor poczytnego bloga inwestomat.eu, powodem jest zarówno zdrowy rozsądek, jak i „historia rynków finansowych, która dowodzi, że z inwestycji w indeks akcji możemy spodziewać się wyższych długoterminowych stóp zwrotu niż z inwestycji w indeks obligacji lub w typowe obligacje skarbowe". Poza tym „skoro za kilkadziesiąt lat osiągniemy korzyść podatkową, to chcemy ją zrealizować od jak największego osiągniętego zysku, który typowo dadzą nam akcje, a nie obligacje".

DOSTĘP DO GIEŁD ZAGRANICZNYCH

Warto upewnić się, że konto maklerskie ma dostęp do rynków zagranicznych. Pozwala to łączyć korzyści podatkowe w ramach IKE czy IKZE z dywersyfikacją geograficzną i walutową. Giełda Papierów Wartościowych (GPW) w Warszawie oferuje duże możliwości, ale jest zdominowana przez spółki z sektorów bankowego, finansowego, paliwowo-energetycznego oraz surowcowego.

W skali globalnej polski rynek kapitałowy pozostaje stosunkowo niewielki, a koncentracja portfela inwestycyjnego wyłącznie na aktywach z jednego kraju wiąże się z podwyższonym ryzykiem. Na naszej giełdzie nie ma też gigantów technologicznych i innych przedsiębiorstw, które generują zyski na całym świecie, a na przykład w Stanach Zjednoczonych nie jest to czymś wyjątkowym.

Choć na GPW znajdziemy akcje niektórych spółek z innych krajów i wybrane fundusze ETF, lepiej inwestować bezpośrednio na giełdach zagranicznych. Dzięki ETF-om można ulokować swoje oszczędności – właściwie jednym kliknięciem – w dziesiątki lub setki spółek z różnych państw, regionów czy sektorów, co kosztuje ułamek procenta rocznie, np. 0,20 proc. czy zaledwie 0,07 proc.

PUŁAPKI W CENNIKACH

Niezwykle istotną kwestią są ponoszone opłaty, takie jak prowizje za kupno lub sprzedaż (szczególną uwagę trzeba zwracać na wysokość prowizji minimalnej), koszty przewalutowania, opłaty za prowadzenie konta czy opłaty za przechowywanie instrumentów finansowych – krajowych i zagranicznych (czasami jest to liczone inaczej).

Koszty są najważniejszym czynnikiem, który może kontrolować każdy z nas, bo na to, w którą stronę pójdzie rynek, żadnego wpływu nie mamy. Niestety część początkujących inwestorów nie zdaje sobie sprawy z tego, że opłaty uszczuplają stopę zwrotu – im dłuższy horyzont inwestycyjny, tym mocniej jest to odczuwalne. Koszty wyglądające z pozoru niewinnie, np. 0,5 proc.

Maklerskie IKE i IKZE umożliwiają samodzielne inwestowanie w różne instrumenty finansowe, m.in. akcje, obligacje czy niskokosztowe fundusze ETF

czy 1 proc. rocznie, mogą pociągać za sobą dziesiątki tysięcy złotych utraconych korzyści w ciągu kilkunastu lat. Kto nie wierzy, niech sam to przeliczy w jednym z dostępnych w internecie kalkulatorów procentu składanego.

(NIE)OCZYWISTE PODPOWIEDZI

Osoby z niewielkimi środkami lub planujące wchodzić na rynek kapitałowy bardzo małymi krokami mogą przy wyborze konta maklerskiego sprawdzić, czy dana instytucja umożliwia nabycie praw do ułamkowych części akcji lub funduszy ETF (wiele osób nazywa to „akcjami ułamkowymi", choć jest to błędne określenie). To może okazać się dobrym sposobem na oswojenie się ze zmiennością panującą na giełdzie.

Dla wielu osób istotna jest jakość obsługi klienta, choć w przypadku biura maklerskiego trudno ocenić jej poziom z góry. Łatwo jednak sprawdzić, czy dana instytucja oferuje kontakt telefoniczny, czy ogranicza się jedynie do komunikacji e-mailowej. Musimy mieć jednak świadomość, że to drugie rozwiązanie staje się dziś standardem i… wcale nie musi być wadą.

CO POMINĄĆ?

Jeśli nie jesteśmy zawodowcami i planujemy dokonywać tylko kilka transakcji w roku, to przy wyborze instytucji nie trzeba przywiązywać dużego znaczenia do wyglądu platformy transakcyjnej, choć opinie w tej kwestii są podzielone. Nie warto kruszyć kopii o to, czy broker oferuje ultranowoczesną aplikację mobilną. Początkujący inwestorzy powinni raczej usiąść spokojnie przed komputerem i wykonać pierwsze transakcje bez pośpiechu – zamiast składać zlecenia na smartfonie, siedząc w kawiarni czy stojąc w korku.

Nie trzeba też zwracać uwagi na liczbę dostępnych akcji i funduszy w ofercie – naprawdę nie potrzebujemy kilku tysięcy różnych instrumentów finansowych. Dostępność do analiz i rekomendacji czy codziennych informacji rynkowych również nie musi być dodatkowo punktowana, ponieważ istnieje sporo bezpłatnych i jednocześnie wartościowych źródeł informacji. Poza tym większość osób nie powinna inwestować aktywnie, lecz pasywnie, więc nie muszą z wypiekami na twarzy zaczynać i kończyć dnia od przeczytania newsów dotyczących spółek giełdowych (więcej na ten temat pisałem w poprzednim numerze).

RANKINGI BROKERÓW

Zdaję sobie sprawę z tego, że początkującym trudno przebrnąć przez gąszcz ofert. W internecie łatwo trafić na rankingi kont IKE i IKZE, ale wiele z nich to treści sponsorowane lub przygotowane bardzo pobieżnie. Dlatego ślepe poleganie na wyszukiwarce internetowej czy podpowiedziach sztucznej inteligencji jest kiepskim pomysłem.

Szczegółowe rankingi, które pomogą w świadomym podjęciu decyzji, znajdziemy m.in. na blogu stockbroker.pl i na stronie atlasetf.pl. Oba powstały w oparciu o liczne i zróżnicowane kryteria. Rzetelne zestawienia są też dostępne na wspomnianych wcześniej blogach: inwestomat.eu i marciniwuc.com. Autor tego ostatniego opracował kalkulator kosztów, dzięki któremu porównamy oferty różnych instytucji w zależności od wysokości wpłat i częstotliwości zakupu instrumentów finansowych. ●

Rozwój przez zwijanie

Wszystkie decyzje dotyczące stomatologii opierają się dziś wyłącznie na oszczędnościach. I choć wskazujemy Ministerstwu Zdrowia lepsze rozwiązania, nasze apele pozostają bez odpowiedzi.

PAWEŁ BARUCHA
WICEPREZES NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ



Wydatki na stomatologię w 2026 r. będą oscylowały w granicach 2 proc. budżetu NFZ. Tak źle nie było od 2019 r. Jeszcze trzy lata temu pokonano barierę 3,5 proc., ale potem był już tylko spadek.

Bardzo źle to wróży stomatologii publicznej. Pamiętać musimy, że mamy uczelnie wyższe, które bez „pracy" na NFZ nie będą w stanie realizować programu. Żadne fantomy nie zastąpią pracy z realnym pacjentem. A chcemy mieć przecież najlepiej wykształconych i wyszkolonych lekarzy dentystów. Jednocześnie rządzący nie robią nic, aby istniała publiczna alternatywa dla pacjentów. Stomatologia traktowana jest jako zło konieczne. Nie bierze się pod uwagę badań, które jasno wskazują, iż bez zdrowej jamy ustnej nie ma możliwości leczenia chorób ogólnoustrojowych. Sanacja jamy ustnej to pierwszy etap leczenia. Gdy państwo oszczędza na profilaktyce i zdrowiu, w przyszłości poniesie wielokrotnie większe koszty.

Staramy się pomagać, ale Ministerstwo Zdrowia niestety nie chce słuchać argumentów. Polityków interesują tylko następne wybory. Nasze stanowiska, które są reakcją na błędną politykę zdrowotną Ministerstwa Zdrowia czy NFZ, zawsze opierają się na merytorycznych uwagach. Jednocześnie wskazujemy lepsze rozwiązania. Niestety dziś wszystkie decyzje opierają się na oszczędnościach, nawet tych źle pojętych.

Chcę wyraźnie podkreślić, że Naczelna Rada Lekarska nie krytykuje koniecznych zmian, ale tylko te, które wprowadzają chaos i nie służą ogólnemu dobru. Najlepszym przykładem są ostatnie decyzje NFZ. W przekazanych uwagach jasno wskazywaliśmy błędy i zagrożenia oparte na dokładnej analizie zarządzeń. Pozostały bez odpowiedzi. Wpisuje się to niestety w ogólną narrację, że to lekarze są wszystkiemu winni.

Nieustannie słyszymy, że dentyści są za drodzy. A zatem to nie życie w Polsce jest za drogie, ale jedynie lekarze. To nie paliwo, energia, śmieci, ZUS czy podatki – tylko ci okropni lekarze dentyści za wysoko się cenią. Czy mamy jakiś wybór? Nasz zawód to pasja, ciężka praca i ciągła nauka, a nie hobby. Dopiero kiedy liczba lekarzy dentystów pracujących na NFZ spadnie o kolejną jedną trzecią, być może ktoś zacznie się zastanawiać. Potrzebujemy od rządu planu na kolejne lata. Jeżeli będzie to plan, który doprowadzi do rozwoju i ustabilizowania sytuacji lekarzy dentystów, chętnie pomożemy. Wszystkim będzie łatwiej. •

Leczenie stomatologiczne w znieczuleniu ogólnym umożliwia przeprowadzenie zabiegów u pacjentów, u których nie można ich bezpiecznie wykonać w standardowych warunkach. Szczególne znaczenie ma to w stomatologii dziecięcej, w której możliwości współpracy pacjenta zależą m.in. od wieku, stanu zdrowia, poziomu lęku oraz zakresu koniecznego leczenia.

Ważną modyfikację wprowadziło rozporządzenie ministra zdrowia z 19 grudnia 2024 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego. Akt opublikowano w Dzienniku Ustaw 2 stycznia 2025 r. Część przepisów dotyczących rozszerzenia wskazań do znieczulenia ogólnego weszła w życie 1 stycznia 2026 r.

Nowe regulacje rozszerzyły katalog sytuacji, w których dzieci i młodzież do ukończenia 18. roku życia mogą korzystać ze znieczulenia ogólnego w ramach świadczeń gwarantowanych.

Oznacza to, że uprawnienie nie ogranicza się tylko do pacjentów z niepełnosprawnościami. Uwzględniono również określone wskazania kliniczne związane z chorobami współistniejącymi, brakiem współpracy podczas leczenia i koniecznością przeprowadzenia zabiegów o odpowiednim zakresie.

Zmiana ma szczególne znaczenie dla najmłodszych dzieci z rozległą próchnicą. W tej grupie wiekowej przeprowadzenie leczenia może być trudne, a niekiedy niemożliwe mimo wizyt adaptacyjnych i zastosowania uspokojenia farmakologicznego. Nowe przepisy określają warunki, których spełnienie pozwala zakwalifikować pacjenta do leczenia w znieczuleniu ogólnym. O kwalifikacji nie przesądza sama preferencja rodziców ani wygoda przeprowadzenia zabiegu.

KOMU PRZYSŁUGUJE TAKIE LECZENIE

Na mocy rozporządzenia ministra zdrowia świadczenia stomatologiczne w znieczuleniu ogólnym przysługują:

• dzieciom i młodzieży do ukończenia 18. roku życia, u których

PRAKTYKA LEKARSKA

Leczenie pod narkozą? Nawet 840 dni czekania

ARTUR PEDRYC

Od 1 stycznia 2026 r. więcej dzieci może korzystać z leczenia stomatologicznego w znieczuleniu ogólnym, finansowanego przez NFZ. Problem w tym, że liczba placówek wykonujących takie zabiegi wzrosła nieznacznie, a w niektórych z nich na pomoc trzeba czekać ponad dwa lata. Dla pacjentów, którzy nie mogą być leczeni w standardowych warunkach, oznacza to poważne ograniczenie dostępu do świadczeń.

występują alergie na środki znieczulenia miejscowego;
• dzieciom i młodzieży do ukończenia 18. roku życia z zaburzeniami ogólnoustrojowymi, u których lęk związany z zabiegiem stomatologicznym lub obecność infekcji okołozębowych może negatywnie wpłynąć na stan ogólny pacjenta (w szczególności na choroby kardiologiczne, neurologiczne i endokrynologiczne) – po przedstawieniu opinii lekarza specjalisty w dziedzinie medycyny odpowiedniej ze względu na chorobę lub problem zdrowotny pacjenta;
• dzieciom do ukończenia 3. roku życia niewspółpracującym mimo przeprowadzenia wizyt adaptacyjnych oraz zastosowania uspokojenia farmakologicznego z co najmniej 8 ubytkami próchnicowymi lub wymagającym leczenia co najmniej 4 zębów – endodontycznie lub ekstrakcji zębów, lub zabiegu chirurgicznego w obrębie jamy ustnej, lub zaopatrzenia pourazowych uszkodzeń zębów i okolicznych tkanek;
• dzieciom i młodzieży do ukończenia 18. roku życia niewspółpracującym, które mimo zastosowanego uspokojenia farmakologicznego nie pozwalają w opinii lekarza specjalisty w dziedzinie chirurgii stomatologicznej lub stomatologii dziecięcej na bezpieczne wykonanie leczenia endodontycznego lub ekstrakcji – łącznie 4 zębów lub zabiegu chirurgicznego w obrębie jamy ustnej;
• dzieciom i młodzieży do ukończenia 18. roku życia wymagającym natychmiastowego leczenia ostrego, zębopochodnego stanu zapalnego w okolicy szczękowo-twarzowej lub wykonania zabiegu chirurgicznego w obrębie jamy ustnej.

Wymienione kryteria nie są ogólną rekomendacją wykonywania wszystkich rozległych zabiegów stomatologicznych w znieczuleniu ogólnym, lecz określają sytuacje, w których świadczenie przysługuje w ramach publicznego finansowania.

> O kwalifikacji do leczenia w znieczuleniu ogólnym nie decyduje sama preferencja rodziców. Przepisy precyzyjnie określają wskazania

CO Z DOROSŁYMI

Uprawnienia dorosłych pacjentów są określone odrębnie. Rozszerzenie obowiązujące od 1 stycznia 2026 r. dotyczy nowych wskazań u dzieci i młodzieży do ukończenia 18. roku życia. Nie wprowadza analogicznego katalogu dla wszystkich dorosłych, którzy nie współpracują podczas leczenia stomatologicznego.

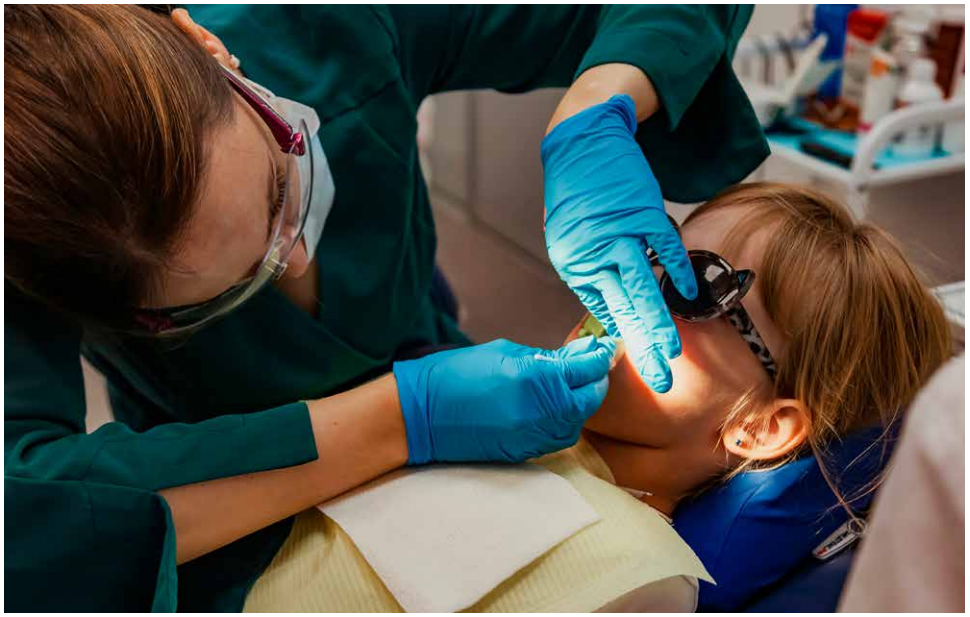
Zgodnie z § 4 ust. 2 rozporządzenia osobom z niepełnosprawnością w stopniu umiarkowanym i znacznym, które ukończyły 18. rok życia, przysługuje znieczulenie ogólne przy wykonywaniu świadczeń gwarantowanych, jeżeli wynika to ze wskazań medycznych. W odniesieniu do dzieci i młodzieży zastosowanie mają odrębne przepisy dotyczące niepełnosprawności i wieku.

Samo występowanie silnego lęku przed leczeniem stomatologicznym u dorosłego pacjenta nie oznacza automatycznie prawa do finansowanego przez NFZ leczenia w znieczuleniu ogólnym. Należy rozróżnić możliwość medycznego zastosowania znieczulenia od warunków finansowania świadczenia ze środków publicznych.

Szczególnej uwagi wymaga sytuacja osób z niepełnosprawnością intelektualną sprzężoną lub zaburzeniami ze spektrum autyzmu, które nie mogą współpracować podczas standardowego leczenia. Dla części z nich znieczulenie ogólne jest niezbędne do wykonania koniecznych procedur. W praktyce istotne staje się nie tylko uzyskanie kwalifikacji, lecz także zapewnienie możliwości kontynuowania leczenia w kolejnych latach.

POSŁOWIE PYTAJĄ MINISTRA

Po wejściu w życie nowych zasad okazało się, że prawo to jedno,



fot. Shutterstock.com

◀ *Narodowy Fundusz Zdrowia nieustannie szuka oszczędności, obcinając wydatki na stomatologię – również w przypadku dzieci*

a rzeczywistość drugie. Choć uprawnienie do leczenia stomatologicznego w znieczuleniu ogólnym uzyskała nowa grupa pacjentów, nie spowodowało to znaczącego zwiększenia liczby świadczeniodawców, u których taki zabieg można wykonać (wzrost z 73 do 84 podmiotów w całym kraju).

Dodatkowo, zwłaszcza w pierwszych miesiącach bieżącego roku, pojawiały się liczne wątpliwości świadczeniodawców co do sposobu kwalifikowania pacjentów, którym przysługuje prawo do leczenia stomatologicznego w znieczuleniu ogólnym. Niepewność budził również sposób rozliczania świadczeń. Wszystkie te czynniki złożyły się na problem z dostępem pacjentów do świadczeń. O jego skali może świadczyć fakt, że stał się przedmiotem licznych interpelacji poselskich, składanych głównie przez posłanki: Ewę Kołodziej, Iwonę Marię Kozłowską i Annę Wojciechowską.

– Do mojego biura docierają informacje wskazujące na trudności w uzyskaniu leczenia stomatologicznego pod narkozą przez osoby ze znacznym stopniem niepełnosprawności. Problem ten dotyczy pacjentów, dla których standardowa forma leczenia jest niewykonalna lub nieskuteczna. Długie oczekiwanie na świadczenie i ograniczona liczba podmiotów realizujących takie procedury powodują, że osoby szczególnie potrzebujące pozostają bez pomocy przez wiele miesięcy. Taka sytuacja nie powinna mieć miejsca w systemie publicznej ochrony zdrowia – argumentowała Iwona Maria Kozłowska, posłanka na Sejm RP, uzasadniając swoją interpelację.

84 PLACÓWKI W KRAJU

Parlamentarzyści złożyli interpelacje w sprawie dostępności świadczeń stomatologicznych w znieczuleniu ogólnym, m.in. w województwach mazowieckim, kujawsko-pomorskim, podlaskim, lubuskim, podkarpackim i świętokrzyskim, a także w innych regionach kraju.

Województwo	Liczba świadczeniodawców
mazowieckie	12
śląskie	9
lubelskie	7
wielkopolskie	7
małopolskie	6
podkarpackie	6
podlaskie	5
warmińsko-mazurskie	5
dolnośląskie	4
świętokrzyskie	4
zachodniopomorskie	4
kujawsko-pomorskie	3
lubuskie	3
łódzkie	3
opolskie	3
pomorskie	3
Polska	84

Co wynika z odpowiedzi Ministerstwa Zdrowia? Resort podał, że w całej Polsce są 84 placówki wykonujące tego typu zabiegi (patrz ramka – stan na kwiecień 2026 r.).

Czy to wystarczy? Resort zdrowia informuje, że w celu zwiększenia dostępności do świadczeń w niektórych województwach ogłaszano postępowania konkursowe na lata 2026–2030. Nie zawsze przynosiły one pożądany efekt. W niektórych przypadkach nie było chętnych do podpisania kontraktu. Tak było w województwie kujawsko-pomorskim, gdzie po ogłoszeniu konkursu nie wpłynęła ani jedna oferta. Sytuacja w tym regionie jest o tyle skomplikowana, że jeden ze świadczeniodawców wypowiedział umowę Narodowemu Funduszowi Zdrowia ze skutkiem na koniec 2025 r., a w ślad za tym nastąpiło zmniejszenie liczby zakontraktowanych świadczeń.

PACJENCI W KOLEJCE

Dane przedstawione parlamentarzystom przez Ministerstwo Zdrowia wskazują, że średni czas oczekiwania na wizytę w przypadku pilnym wynosi zero dni, natomiast w przypadku stabilnym – około 40 dni. Są to jednak dane uśrednione. Niestety, są miejsca, w których na wizytę trzeba czekać blisko 2,5 roku!

Na świadczenia stomatologiczne udzielane w znieczuleniu ogólnym w przypadku „stabilnym" w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym im. L. Rydygiera w Toruniu pacjenci muszą czekać 840 dni. W Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Stomatologicznej w Krośnie – 247 dni. Z kolei w Mazowieckim Centrum Stomatologii

czas oczekiwania wynosi 150 dni, a w Instytucie „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka" w Warszawie – 120 dni. W Uniwersyteckim Centrum Stomatologii i Medycyny Specjalistycznej w Poznaniu czas oczekiwania w przypadku „stabilnym" to 131 dni. W województwie świętokrzyskim czeka się do 126 dni, a w województwie lubuskim – od 17 do 26 dni.

Wspomniane dane zostały przekazane przez Ministerstwo Zdrowia w odpowiedziach na interpelacje poselskie i obejmują pierwszy kwartał 2026 r. Dziś, jak udało nam się sprawdzić, w wielu przypadkach sytuacja nie uległa poprawie. To pokazuje skalę problemu, który należy analizować na kilku poziomach: liczby świadczeniodawców i wymagań stawianych im przez NFZ, rozmieszczenia miejsc udzielania świadczeń, wielkości kontraktów, a przede wszystkim czasu oczekiwania na zabiegi.

O ile w przypadkach niewymagających zaawansowanego sprzętu i wysokich kwalifikacji dostęp do leczenia w znieczuleniu ogólnym jest względnie łatwy, a czas oczekiwania niezbyt długi, o tyle w przypadku zabiegów wysokospecjalistycznych sytuacja zmienia się radykalnie.

Narodowy Fundusz Zdrowia nieustannie szuka oszczędności, obcinając wydatki na stomatologię

– Cieszę się, że problemem zainteresowali się parlamentarzyści. Resort zdrowia otrzymywał wskazówki i propozycje rozwiązań w sprawie leczenia stomatologicznego w znieczuleniu ogólnym zarówno od Naczelnej Rady Lekarskiej, jak i od Rady do spraw Rozwoju Stomatologii. Nie skorzystał z nich, a szkoda, bo być może wielu problemów udałoby się uniknąć – mówi Paweł Barucha, wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej i przewodniczący Rady ds. Rozwoju Stomatologii przy ministrze zdrowia. – Niestety, pacjenci na tym cierpią i osobiście nie widzę perspektyw na szybką poprawę. Narodowy Fundusz Zdrowia nieustannie szuka oszczędności, obcinając wydatki na stomatologię.

reklama

PRAKTYKA LEKARSKA

Menopauza zostawia ślad w mózgu

DOROTA ROMANOWSKA

Dlaczego na chorobę Alzheimera kobiety zapadają znacznie częściej niż mężczyźni? Wyniki badań sugerują, że znaczenie może mieć nie tylko to, kiedy kobieta przestaje miesiączkować, lecz także to, jak długo jej mózg korzysta z ochronnego działania hormonów.

Dwie trzecie pacjentów z alzheimerem to kobiety. Tak jest zarówno w krajach Europy, w tym w Polsce, jak i w Stanach Zjednoczonych. Przez lata uważano, że kobiety częściej mają problemy z pamięcią i zaburzenia funkcji poznawczych, bo dłużej żyją. Ale ta – zdawałoby się – oczywista odpowiedź nie tłumaczyła tak dużej różnicy między płciami. Wysunięto zatem hipotezę, że u kobiet czynnikiem ryzyka choroby Alzheimera mogą być zmiany zachodzące w okresie menopauzy. Zauważono bowiem, że spadek poziomu estrogenów, do któreo dochodzi podczas menopauzy, wiąże się z pogorszeniem funkcji poznawczych i zaburzeniami nastroju.

Hormony te chronią bowiem mózg przed patologicznymi zmianami, które prowadzą do choroby Alzheimera. Im dłużej trwa ta ochrona, czyli im wcześniej pojawi się pierwsza miesiączka i im później zacznie się menopauza, tym zdrowszy mózg.

STARSZE MYSZY TRACĄ PAMIĘĆ

Związek choroby Alzheimera z estrogenami dostrzegano już wiele lat temu, ale badania nad wykorzystaniem hormonalnej terapii menopauzalnej (dawniej zwanej hormonalną terapią zastępczą) w celu zmniejszenia ryzyka demencji dawały niejednoznaczne wyniki. Jedne wykazały, że terapia estrogenami poprawia pamięć i funkcje poznawcze, ale inne nie przyniosły oczekiwanych efektów. Naukowcy uznali, że różnice te mogą zależeć od rodzaju stosowanej terapii hormonalnej lub wieku rozpoczęcia leczenia. I zaczęli prowadzić doświadczenia na zwierzętach.

Na początku tego roku w czasopiśmie „Aging Cell" ukazał się artykuł naukowców z Northwestern University w Stanach Zjednoczonych. Uczeni zmodyfikowali genetycznie samice myszy tak, że nie były w stanie wytwarzać estrogenów. Efekt? Starsze zwierzęta miały problemy z pamięcią przestrzenną, np. z zapamiętaniem drogi do miejsca z jedzeniem, oraz ograniczały interakcje społeczne. A wszystkie badane zwierzęta, bez względu na wiek, wykazywały oznaki przypominające depresję. Tym samym uczeni dowiedli, że u zwierząt estrogeny odgrywają ważną rolę w funkcjonowaniu pamięci i regulowaniu nastroju.

U kobiet, które miesiączkowały przez 34–37 lat, ryzyko demencji było o 28 proc. niższe niż u pań o krótszym okresie reprodukcyjnym

Dalsze analizy wykazały, że w mózgach samic pozbawionych estrogenów wzrosła aktywność genów, które mają związek z macierzą zewnątrzkomórkową, czyli siecią, która wypełnia przestrzenie między komórkami mózgu i wspiera procesy związane z pamięcią i utrzymaniem kondycji mózgu. Wzorce aktywności tych genów u badanych myszy pokrywały się z podobnymi wzorcami aktywności tych samych genów w mózgach kobiet, u których rozwinęła się choroba Alzheimera. Zdaniem badaczy oznacza to, że także u ludzi estrogeny mogą być odpowiedzialne za sposób, w jaki komórki mózgowe łączą się ze sobą, oraz za to, jak wytwarzają energię, a poziom tych hormonów w mózgach kobiet ma ścisły związek ze zwiększonym ryzykiem wystąpienia zarówno problemów z pamięcią, jak i choroby Alzheimera.

PIERWSZA MIESIĄCZKA MA ZNACZENIE

Jednak od myszy do człowieka droga daleka. Dlatego naukowcy przystąpili do badań z udziałem ludzi. Jedną z ostatnich analiz przeprowadzili dwa lata temu naukowcy z University College London. Do badania wykorzystali dane o stanie zdrowia ponad 270 tys. kobiet uczestniczących w programie UK Biobank. Odkryli, że na ryzyko wystąpienia demencji może mieć wpływ wiek rozpoczęcia miesiączkowania. Wykazali, że kobiety, u których miesiączkowanie rozpoczęło się wcześniej, a menopauza wystąpiła później, cieszą się lepszym



fot. Shutterstock.com

▶ *Wpływ hormonów płciowych na starzenie się kobiecego mózgu jest wciąż słabo poznany, m.in. dlatego że większość badań była prowadzona z udziałem mężczyzn*

stanem mózgu i wolniejszym tempem jego starzenia.

U pań miesiączkujących przez okres od 34 do 37 lat ryzyko demencji było o 28 proc. niższe w porównaniu z kobietami o krótszym okresie reprodukcyjnym. Obliczono także, że u uczestniczek, które rozpoczęły miesiączkowanie w wieku 15 lat lub później, odnotowano o 12 proc. wyższe ryzyko demencji niż u kobiet, które miały wcześniej pierwszy okres, a u kobiet, które przeszły menopauzę po 50. roku życia, ryzyko to było o 24 proc. niższe.

Do takich samych wniosków doszli naukowcy z Uniwersytetu Kalifornijskiego w San Francisco i Rush University Medical Center w Chicago, którzy przez 18 lat analizowali stan zdrowia ponad 2,6 tys. kobiet. Szczególną uwagę zwracali na wiek wejścia w menopauzę oraz informacje na temat wszelkiego rodzaju zaburzeń pamięci i chorób otępiennych. Wyniki tego badania opublikowali w czasopiśmie „JAMA Network Open" we wrześniu tego roku,

Odkryli oni, że kluczowy jest wiek, w którym rozpoczyna się menopauza. Im bowiem wcześniej kobiety wchodziły w menopauzę, tym szybciej stwierdzano u nich pogorszenie funkcji poznawczych i wcześniej występowała choroba Alzheimera, a także częściej dochodziło u nich do uszkodzenia drobnych naczyń krwionośnych w istocie białej mózgu.

Badacze mają nadzieję, że wyniki ich analizy pomogą udoskonalić metody leczenia i profilaktyki chorób neurodegeneracyjnych. A wiek menopauzy może stanie się wskazówką do oceny ryzyka choroby Alzheimera w późniejszym okresie życia i wczesnej interwencji. Jest to o tyle istotne, że obecnie zarejestrowane terapie można stosować jedynie na wczesnym etapie choroby.

Lekarze mogą zaproponować chorym na Alzheimera dwa nowoczesne leki: lekanemab i donanemab, które usuwają z mózgu płytki beta-amyloidu. Oba zostały zarejestrowane do stosowania u pacjentów we wczesnych stadiach Alzheimera.

– Oba jedynie spowalniają utratę pamięci i poprawiają codzienne funkcjonowanie, dzięki temu pacjent dłużej jest samodzielny, ale leki te nie są w stanie zatrzymać choroby – mówiła prof. Halina Sienkiewicz-Jarosz, neurolog z Uczelni Medycznej im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie, podczas konferencji „Polka w Europie". W Polsce leki te zostały zarejestrowane, ale nie są refundowane.

TAJEMNICA REZERWY POZNAWCZEJ

To jednak dopiero początek badań. Wpływ hormonów płciowych na starzenie się kobiecego mózgu jest wciąż słabo poznany, m.in. dlatego że do tej pory zdecydowana większość badań nad mózgiem była prowadzona z udziałem mężczyzn. Zaledwie 2 proc. opublikowanych prac z zakresu neuroobrazowania uwzględnia czynniki hormonalne, a tylko 0,5 proc. zgłębia ten temat bardziej szczegółowo. Ponad połowa takich analiz wykazała statystycznie istotne związki między żeńskimi hormonami płciowymi i zmianami w mózgu, np. w mózgach kobiet zmarłych na chorobę Alzheimera naukowcy stwierdzili stosunkowo niski poziom estrogenów.

Uczeni zgodnie przyznają, że potrzebne są dalsze badania, aby zrozumieć, w jaki sposób estrogeny wpływają na mózgi kobiet i dlaczego ich niedobór zwiększa u nich ryzyko choroby Alzheimera. Zrozumienie tych mechanizmów mogłoby pomóc naukowcom w opracowaniu skuteczniejszych sposobów zapobiegania chorobie Alzheimera lub spowolnienie jej postępu.

Zanim takie terapie się pojawią, prof. Sienkiewicz-Jarosz, prezes elekt Polskiego Towarzystwa Neurologicznego, radzi, aby możliwie jak najwcześniej zacząć dbać o mózg. Badanie, które kilka lat temu zostało opublikowane w „The Lancet" dowodzi, że stosując profilaktykę, można zmniejszyć ryzyko demencji o 45 proc.

CO ZATEM MOŻNA POLECIĆ PACJENTKOM?

– Zdrowo się odżywiać, nie być otyłym, nie palić, mieć niski poziom cholesterolu LDL i niskie ciśnienie, nie mieć depresji ani urazów głowy – wymienia prof. Sienkiewicz-Jarosz. – Czynnikami ryzyka choroby Alzheimera są także zaburzenia słuchu i wzroku, bo pogorszenie wzroku mocno ogranicza samodzielność w codziennym funkcjonowaniu, a ubytek słuchu dramatycznie utrudnia udział w życiu rodzinnym i społecznym. Wszystko to prowadzi do izolacji społecznej i samotności, czyli kolejnego udowodnionego czynnika ryzyka tej choroby – dodaje.

Wskazana jest również aktywność fizyczna. Świetny jest szybki spacer na przykład na wieczorek autorski z lubianym pisarzem, bo mamy tu i ruch, i spotykanie z ludźmi – radzi prof. Sienkiewicz-Jarosz. Warto zadbać o tzw. rezerwę poznawczą, czyli uczyć się języków obcych, czytać książki, rozwiązywać sudoku. A im większa jest rezerwa poznawcza, tym później wystąpią ewentualne objawy choroby Alzheimera.

Jak wymierne przynosi to efekty, pokazała historia amerykańskiej zakonnicy ze zgromadzenia Szkolnych Sióstr de Notre Dame. Siostra Mary, która zmarła tuż przed 102. urodzinami, do ostatnich dni była sprawna intelektualnie. Badanie neuropatologiczne wykonane po jej śmierci wykazało, że miała zmiany w mózgu świadczące o zaawansowanym stadium Alzheimera, ale nic na to nie wskazywało. Dożyła setki w dobrej formie, zachowując jasność umysłu, bo – jak przekonują naukowcy – miała dużą rezerwę poznawczą. ●

Uczciwi nie mają się czego bać

Nowelizacja przepisów dotyczących reklamy aptek wywołała spór o granice odpowiedzialności i wysokość kar. W centrum dyskusji znalazły się milionowe sankcje i rzekomy efekt mrożący. Tylko czy rzeczywiście jest się czego obawiać, jeśli działa się zgodnie z prawem?

MARIUSZ POLITOWICZ
CZŁONEK NACZELNEJ RADY APTEKARSKIEJ



Gdy opadł kurz po lipcowej nowelizacji zasad realizacji e-recept, napięcie stopniowo zaczęło narastać. Ministerstwo Zdrowia przyspieszyło prace nad nowelizacją ustawy Prawo farmaceutyczne w części dotyczącej całkowitego zakazu reklamy aptek, który obowiązywał od 2012 r.

Wyrok Trybunału Sprawiedliwości UE, który zapadł w czerwcu 2025 r., zobowiązywał polskiego ustawodawcę do zmian. Zarazem wyraźne wskazano w nim, że proces ten powinien się odbywać we współpracy z samorządem aptekarskim.

Gwoli ścisłości dodam, że jeszcze zanim zapadł wyrok, Naczelna Izba Aptekarska oferowała Ministerstwu Zdrowia współpracę w tej sprawie. Gdy wydawało się już, że zaangażowanie Izby zostało zaakceptowane przez resort zdrowia, 2 września br. podczas posiedzenia sejmowej Komisji Zdrowia doszło do głosowań, których wynik mógł stworzyć niebezpieczny precedens. Jedna z kwestii dotyczyła wykorzystania wizerunku farmaceuty – niekoniecznie prawdziwego, tylko np. wygenerowanego przez sztuczną inteligencję. Problem stałby się widoczny, gdyby zadać pytanie: czy i jak można ukarać wirtualnego farmaceutę lub aktora, który go odgrywa?

Drugi problem łatwo zrozumieć także osobom spoza branży: brak sankcji dla organizatorów i sponsorów akcji reklamujących apteki.

Wyobraźmy sobie dużą sieć aptek należącą do potężnego funduszu inwestycyjnego, zarejestrowanego w raju podatkowym. Fundusz za minimalną kwotę zakłada spółkę z o.o., której celem jest reklamowanie aptek. Następnie zleca jej zorganizowanie kampanii reklamowej, którą sam finansuje. Kampanii przekraczającej wszelkie granice moralne, etyczne i biznesowe. Załóżmy, że Inspekcja Farmaceutyczna bez zarzutu przeprowadza postępowanie administracyjne, którego skutkiem jest nałożenie kary finansowej. Obecnie może ona wynieść do 500 tys. zł na podmiot, niezależnie od tego, czy należy do niego 20, 100, czy 1000 aptek. W praktyce oznaczałoby to, że maksymalna kara zostałaby rozłożona na odpowiednio 20, 100 lub 1000 aptek. Grosze, prawda?

Okazało się, że poprawki przegłosowane wcześniej przez sejmową Komisję Zdrowia nie tylko utrwaliłyby istniejące praktyki. Pozwoliłyby też, aby wspomniana spółka reklamowa poniosła hipotetyczną karę, ale tylko do wysokości swojego kapitału, czyli kilku tysięcy złotych. Jednocześnie jej bogaty zleceniodawca – fundusz inwestycyjny – z mocy prawa nie mógłby zostać ukarany.

Żyć nie umierać, prawda?

Na szczęście posłowie i przedstawiciele resortu zdrowia uważnie wysłuchali argumentacji mojego samorządu. Na kolejnym posiedzeniu sejmowej Komisji Zdrowia przyjęli jego sugestie i uwzględnili je w nowelizacji. Następnego dnia zaakceptował je również Sejm podczas głosowania plenarnego. 12 października nowelizację zaakceptowała również senacka Komisja Zdrowia. Dopełnienie procesu legislacyjnego wymaga jeszcze podpisu Prezydenta RP i publikacji ustawy w Dzienniku Ustaw.

Wybiegłem nieco w przyszłość. Tymczasem sednem tego felietonu jest dyskusja podczas posiedzenia senackiej Komisji Zdrowia. Przeciwnicy stanowiska Izby Aptekarskiej na wiele sposobów próbowali podważać argumenty pozostałych uczestników spotkania. Przy okazji także moje. Zgodnie prezentowali narrację, według której projekt przewidujący karę do miliona złotych za każdą aptekę naruszającą nowe przepisy wywołałby tak zwany efekt mrożący. Czyli przeciętny pacjent nie wiedziałby, że w aptece może otrzymać leki albo się zaszczepić. Niedopuszczalne!

Proszę mi wierzyć, że oglądanie i wysłuchiwanie takiej argumentacji jeżyło na głowie resztki moich siwych włosów. Posiedzenie nie przypominało nawet wojny postu z karnawałem. Wyglądało raczej jak wojna ognia z wodą.

Ustawowi reprezentanci farmaceutów nie martwią się maksymalną wysokością kary za niedopuszczalną reklamę każdej z posiadanych aptek. Ja również się jej nie obawiam, choć sam prowadzę jedną, niezbyt dużą aptekę. Nigdy jej nie reklamowałem. Za to martwią się ci, którzy mają wiele aptek. I niekoniecznie są farmaceutami.

Stare powiedzenie głosi, że jeśli nie wiadomo, o co chodzi, to chodzi o pieniądze. Trzeba będzie je płacić, jeśli złamie się przepisy. Ale uwaga: nie trzeba będzie ich płacić, jeśli będzie się pracować uczciwie. ●

PRAKTYKA LEKARSKA

Gdy obrazowanie nie wystarcza

Badania neurofizjologiczne pozwalają ocenić, jak działa układ nerwowy. O ich znaczeniu w diagnostyce, dostępności badań i przyszłości specjalizacji mówi **prof. Kazimierz Tomczykiewicz** prezes Polskiego Towarzystwa Neurofizjologii Klinicznej w rozmowie z Lucyną Krysiak.

Neurofizjologia kliniczna znajduje zastosowanie w diagnostyce chorób ośrodkowego i obwodowego układu nerwowego. O jakie choroby chodzi?

Zacznijmy od obwodowego układu nerwowego, który jest mi bliższy, ponieważ tym się zajmuję na co dzień. Są to wszystkie rodzaje uszkodzeń nerwów, począwszy od ogniskowych, poprzez polineuropatie, schorzenia złącza nerwowo-mięśniowego, czyli miastenie, zespół miasteniczny, po choroby samych mięśni, choroby związane z uszkodzeniami splotów nerwowych, uszkodzeniami korzeni, chorobami powodującymi uszkodzenia na poziomie komórki rogu przedniego.

Jeśli chodzi o ośrodkowy układ nerwowy, to badania neurofizjologiczne pozwalają nam ocenić np. uszkodzenie sznurów tylnych. Potencjały wzrokowe oceniają drogę wzrokową od gałki ocznej do samej kory potylicznej. Z kolei potencjały słuchowe pozwalają sprawdzić drogę słuchową i pień mózgu. Innym rodzajem badań są potencjały poznawcze, które mogą być przydatne w procesach otępiennych. Niezastąpionym badaniem jest EEG, które pozwala ocenić funkcje mózgu, np. w zaburzeniach świadomości, przytomności, w diagnostyce padaczki. Należałoby też wspomnieć o stymulacji magnetycznej pozwalającej ocenić drogę ruchową czy zmiany w zakresie pobudliwości na poziomie komórek ruchowych. Badanie takie jak symulacja magnetyczna jest także wykorzystywane w leczeniu depresji. To pokazuje, jak szeroki zakres zastosowań mają badania wchodzące w skład neurofizjologii klinicznej.



fot. Archiwum prywatne

◀ *Lekarze muszą opanować nie tylko techniczną stronę wykonywania poszczególnych badań, ale też umieć ocenić i zinterpretować wynik – podkreśla **prof. Kazimierz Tomczykiewicz**, prezes Polskiego Towarzystwa Neurofizjologii Klinicznej*

O jakie badania chodzi?

Oprócz wspomnianego już EEG i stymulacji magnetycznej stosujemy badania potencjałów wywołanych, badania elektroneurograficzne, elektromiograficzne, w tym też stymulację złącza nerwowo-mięśniowego czy choćby retinografię. Badań do oceny różnych funkcji układu nerwowego jest bardzo dużo, ale te zaliczamy do podstawowych.

Co nowego wnoszą, skoro powszechnie stosuje się już USG, tomografię komputerową, rezonans magnetyczny, a także PET?

USG, tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny i PET to badania obrazowe, które służą do oceny tego, jak wygląda badany fragment ludzkiego organizmu. Natomiast badania elektrofizjologiczne pokazują, jak on funkcjonuje. Nie konkurują więc ze sobą, ale się uzupełniają i stanowią narzędzie do pogłębiania oraz weryfikacji postawionej diagnozy. W badaniach obrazowych najczęściej nie dostrzeżemy np. ogniska padaczkorodnego. Może nam w tym pomóc badanie EEG.

Są rodzaje polineuropatii, szczególnie aksonalnych, w przypadku których w badaniu obrazowym nerw wygląda prawidłowo, a jego funkcje są zaburzone. Podobnie jest z potencjałami, kiedy nie widać ogniska w badaniach obrazowych, a badanie neurofizjologiczne pokazuje, że np. droga wzrokowa jest uszkodzona. Mamy też grupę pacjentów tzw. czynnościowych, którzy zgłaszają szereg różnych dolegliwości, np. mrowienie, drętwienie, ból, a my nie potwierdzamy ich w badaniach. Wtedy możemy stwierdzić, że przyczyn należy szukać gdzie indziej, np. w psychice pacjenta. Neurofizjologia pomaga nam więc stwierdzić nie tylko, czy jest uszkodzenie, ale też zlokalizować je i wiele powiedzieć o jego dynamice, a także określić, czy jest to stan ostry, podostry czy przewlekły.

Oprócz podstawowych badań neurofizjologicznych (EEG, EMG i PW) wykonywane są badania polisomnograficzne. Czemu one służą?

Polisomnografia to kompleksowe, bezbolesne i nieinwazyjne badanie przede wszystkim służące do oceny chorych z zaburzeniami snu, wykonywane w nocy. Jest o tyle ważne, że obecnie ze snem ma problem od 20 do 30 proc. Polaków, a w grupie osób powyżej 65. roku życia z bezsennością zmaga się nawet co druga osoba (około 4,1 mln seniorów). Zaburzenia te mogą być wynikiem przebiegu różnych chorób. Badania pomagają podpowiedzieć, jaka jest ich przyczyna, i ukierunkować leczenie. Są także nieocenionym narzędziem do wykrywania narkolepsji i katapleksji, zespołu niespokojnych nóg, obturacyjnego bezdechu sennego (OBS), a także parasomni, czyli lęków nocnych i somnambulizmu.

W czasie badania rejestrowane są jednocześnie zapis fal mózgowych (EEG), rytm serca (EKG), elektromiografia, czyli napięcie mięśniowe (EMG), elektrookulogram, czyli ruchy gałek ocznych (EOG), a także saturacja, przepływ powietrza przez drogi oddechowe, ruchy klatki piersiowej, pozycja ciała. Obecnie wielu lekarzy leczy zaburzenia snu farmakologicznie, ale leki to rozwiązanie doraźne. Niestety, wielu pacjentów ich nadużywa, potrzebuje coraz większych dawek, co prowadzi do uzależnienia. Polisomnografia pomaga podjąć właściwe leczenie.

Kto kieruje na badania elektrofizjologiczne i kiedy są wskazania, aby je wykonać?
Na badania wchodzące w zakres neurofizjologii klinicznej głównie kierują neurolodzy, ortopedzi, neurochirurdzy, neurolodzy dziecięcy, ale również reumatolodzy, kiedy występują problemy z bólem mięśni, ich osłabieniem i kiedy należy stwierdzić, czy mamy do czynienia z zapaleniem mięśni. W takich sytuacjach badaniem z wyboru jest badanie elektromiograficzne, pozwalające odpowiedzieć na pytanie, czy mięsień jest zmieniony zapalnie. Dość często na badania neurofizjologiczne kierują lekarze POZ, szczególnie w przypadku neuropatii ogniskowych, spośród których najczęstszą jest zespół cieśni nadgarstka objawiający się drętwieniem ręki lub obu rąk, nasilający się szczególnie w nocy. Wiele skierowań mamy od chirurgów ręki, którzy zajmują się operacjami nerwów. Na badania EEG kierowani są także pacjenci przez psychiatrów.

Neurofizjologia kliniczna jest postrzegana jako niszowa, a zakres wskazań do wykonywania badań tymi technikami jest szeroki. Jakie jest zapotrzebowanie na tego rodzaju diagnostykę?
Biorąc pod uwagę udział procentowy neurofizjologii w diagnostyce ogólnej chorób, nie kwalifikuje się ona do specjalności niszowych. Przykładowo zespół cieśni występuje u od 5 do nawet 16 proc. osób, co oznacza, że co najmniej jedna na 20 osób boryka się z tym problemem. Oczywiście, są choroby rzadsze i o cięższym przebiegu, takie jak stwardnienie zanikowe boczne, w przypadku którego zapadalność wynosi od 2 do 4 osób na 100 tys., ale to też nie jest mało. Zatem zapotrzebowanie na tego typu badania jest duże i wciąż wzrasta, choćby w związku ze starzeniem się społeczeństwa i rosnącą zachorowalnością na cukrzycę, której jednym z powikłań jest polineuropatia cukrzycowa. Obliczono, że po 20 latach trwania tej choroby, nawet dobrze leczonej i kontrolowanej, u ponad połowy osób wystąpi to powikłanie. Notujemy też sporą liczbę chorych na padaczkę (1 proc. społeczeństwa), którzy bezwzględnie wymagają badań EEG w celach diagnostycznych i monitorowania przebiegu choroby.

Badania obrazowe pokazują, jak wygląda badany fragment organizmu. Badania elektrofizjologiczne – jak on funkcjonuje

Jak są szkoleni neurofizjolodzy, do czego uprawnia ich ten tytuł i jaka jest dostępność do wykonywanych przez nich badań?
W Polsce neurofizjologia kliniczna jest traktowana jako umiejętność, którą zgodnie z wytycznymi resortu zdrowia mogą zdobywać neurolodzy, neurolodzy dziecięcy, ortopedzi, neurochirurdzy, otolaryngolodzy, psychiatrzy i rehabilitanci medyczni. Polskie Towarzystwo Neurofizjologii Klinicznej od wielu lat starało się o to, aby specjalność ta zyskała rangę umiejętności, i w końcu tak się stało za sprawą ustawy, która weszła w życie trzy lata temu. W ostatecznym rozrachunku jednak nie rozwiązała wszystkich problemów.

Obecnie proponuje się, aby oddzielnie zdobywać certyfikat umiejętności badania EEG, oddzielnie badania elektroneurograficznego EMG i elektromiograficznego, i oddzielnie certyfikat umiejętności badania potencjałów wywołanych PW. Tym lekarzom, którzy zaliczyli trzy oddzielne umiejętności i mogą zająć się kompleksowo badaniami z zakresu neurofizjologii, nasze Towarzystwo wewnętrznie nadaje tytuł neurofizjologa klinicznego. W praktyce jednak lekarze skupiają się najczęściej tylko na jednej z tych umiejętności, chcąc osiągnąć poziom bliski doskonałości. Umiejętności te doskonalą w klinikach i oddziałach neurologicznych, w których funkcjonują pracownie EEG, EMG i PW. Badania te są wykonywane także w niektórych poradniach. Szczególnie chodzi o wykonywane tam ambulatoryjnie badania EEG, na które jest coraz większe zapotrzebowanie.

To dość trudna i zawiła droga.
Jest to proces kształcenia, który trwa kilka lat i naprawdę wymaga poświęcenia, czasu oraz zaangażowania. Chociaż to tylko umiejętność, a nie specjalizacja, niełatwo ją zdobyć. Lekarze muszą opanować nie tylko techniczną stronę wykonywania poszczególnych badań, ale też umieć ocenić i zinterpretować wynik. Od tego przecież zależy postawienie właściwej diagnozy i leczenie, które wymaga nie tylko przepisania odpowiednich leków, ale też precyzyjnego ustawienia ich dawek np. w padaczkach. Także w różnych chorobach

złącza nerwowo-mięśniowego czy chorobach samych mięśni badanie wymaga doświadczenia. Na neurofizjologach spoczywa więc ogromny ciężar odpowiedzialności. Dlatego Ministerstwo Zdrowia ograniczyło możliwość zdobywania umiejętności z neurofizjologii do tych kilku wymienionych specjalności.

PTNK zabiega o ujednolicenie Europejskiego Programu Szkoleniowego dla neurofizjologów klinicznych w Polsce. Na jakim etapie są te działania?
Mamy z tym poważny problem. Wprawdzie bardzo chcielibyśmy, aby to, co robimy, było spójne z innymi krajami Europy, jednak w każdym z nich obowiązuje nieco inny system kształcenia neurofizjologów klinicznych, inny system refundacji badań i trudno to ujednolicić. Przykładowo w Wielkiej Brytanii badania wykonują neurofizjolodzy w ramach swojej specjalizacji, którą zdobywają przez wiele lat. W Niemczech, jeśli lekarz neurolog otwiera gabinet, to także powinien umieć wykonywać badania z zakresu neurofizjologii, takie jak EEG czy EMG. Należy jednak podkreślić, że ktoś, kto wykonuje rzadko takie badania, nie dojdzie do takiej wprawy jak wykonujący je lekarze w pracowniach znajdujących się w oddziałach szpitalnych czy klinikach. Tym bardziej że w badaniach tych, dotyczących szczególnie obwodowego układu nerwowego, jest duże prawdopodobieństwo popełnienia technicznego błędu. Dlatego dążenie do ujednolicenia standardów w krajach Unii Europejskiej jest zasadne, ale z uwzględnieniem polskich realiów.

Wszyscy dziś narzekają na dostępność do badań, odległe terminy. Jak jest w przypadku EEG, EMG czy PW?
W moim odczuciu z dostępnością w Polsce nie jest tak źle. Poza kilkoma wyjątkami, np. ostra postępująca polineuropatia czy przełom miasteniczny, badania z zakresu neurofizjologii nie muszą być wykonane natychmiast. Nie ma więc takiej presji, jeśli chodzi o terminy, jak w przypadku badań obrazowych. Jeśli stan jest nagły, to pacjenci trafiają na oddział szpitalny lub do kliniki, i pracownie, które przy nich funkcjonują, wykonają niezbędne badania. Problemem jest diagnostyka ambulatoryjna, gdzie czas oczekiwania na badanie jest rzeczywiście dłuższy.

reklama

PRAKTYKA LEKARSKA

Czy warto się szczepić przeciw COVID-19

MARGIT KOSSOBUDZKA-LIPIŃSKA

Sezon infekcyjny w Polsce trwa z reguły od października do kwietnia. Dla lekarzy i epidemiologów oznacza to zwrócenie uwagi na ochronę przed infekcjami dolnych dróg oddechowych przez szczepienia.

Pytanie zawarte w tytule jest przewrotne, ponieważ oczywiście COVID-19 nie zniknął. Stał się, jak przewidywali eksperci, wirusem sezonowym. I bywa, że bardzo groźnym. W ostatnich tygodniach liczba zachorowań spowodowanych przez koronawirusa rośnie, a to dopiero preludium przed tym, co czeka nas zimą. Obecnie liczba potwierdzonych przypadków sięga nawet 2 tys. tygodniowo.

– Widzimy zwiększoną aktywność wirusa SARS-CoV-2, czyli COVID-19. Powoli, choć systematycznie, zwiększa się także liczba zachorowań na grypę – tłumaczył dr Paweł Grzesiowski, Główny Inspektor Sanitarny, podczas spotkania z mediami.

Największy wzrost zachorowań w przypadku COVID-19 i grypy GIS odnotowuje wśród dzieci i osób młodych. Za większość zakażeń odpowiada wariant wirusa SARS-CoV-2 PJ. 2.1.

GARDŁO, GŁOWA I MIĘŚNIE

SARS-CoV-2 PJ.2.1 nie wywołuje na szczęście innych lub cięższych objawów niż inne niedawno wykryte subwarianty omikronu. Zidentyfikowano go niedawno, stąd rozprzestrzenianie się SARS-CoV-2 PJ.2.1 wynika przede wszystkim ze zwiększonego powinowactwa do receptora, z którym się wiąże na naszych komórkach, a nie ze specyficznych zmian w obrazie klinicznym.

Infekcja wywołana przez PJ.2.1 objawia się głównie jako zakażenie górnych dróg oddechowych przypominające cięższe przeziębienie lub grypę. Do najczęstszych objawów COVID-19 należą: ból i drapanie gardła (często pierwszy objaw), zmęczenie (nieproporcjonalne do nasilenia objawów ze strony górnych dróg oddechowych), przekrwienie błony śluzowej nosa (uczucie zatkanego nosa), ból głowy, kaszel, bóle mięśni oraz stan podgorączkowy (u większości dorosłych poniżej 38,3°C).

Zdarza się również utrata smaku i węchu. Na szczęście, ta, niegdyś charakterystyczna cecha wcześniejszych wariantów, występuje obecnie znacznie rzadziej, szacuje się, że u około 10 proc. chorych. Podobnie objawy żołądkowo-jelitowe (w tym nudności i biegunka) występują u niewielkiej części pacjentów.

> Zakażona osoba zazwyczaj zaraża od jednego dnia przed wystąpieniem objawów do 5.–7. dnia choroby. U pacjentów z obniżoną odpornością wirus może być wydalany dłużej

Większość przypadków przypomina silne przeziębienie, ale u pacjentów z grup wysokiego ryzyka w ciągu 3–5 dni może rozwinąć się zapalenie płuc. Poważne objawy ze strony dolnych dróg oddechowych, takie jak duszności czy ucisk w klatce piersiowej, dotyczą głównie osób niezaszczepionych oraz pacjentów z chorobami współistniejącymi.

KRÓTKI OKRES INKUBACJI

Wirus przenosi się głównie drogą powietrzną. Okres inkubacji jest coraz krótszy wraz z pojawianiem się kolejnych wariantów wirusa; w tym roku objawy większości zakażeń pojawiają się w ciągu 2–4 dni od ekspozycji (dla porównania: w przypadku pierwotnego szczepu było to zazwyczaj 5–7 dni).

Zakażona osoba zazwyczaj zaraża mniej więcej od jednego dnia przed wystąpieniem objawów do 5.–7. dnia choroby, przy czym u pacjentów z obniżoną odpornością wirus może być wydalany znacznie dłużej. U większości dorosłych z prawidłowo funkcjonującym układem odpornościowym stan zdrowia znacząco poprawia się między 7. a 10. dniem choroby, choć utrzymujące się zmęczenie oraz kaszel mogą występować jeszcze przez 2–3 tygodnie.

U części pacjentów (według aktualnych danych epidemiologicznych jest to 5–10 proc.) rozwijają się odległe następstwa zakażenia wirusem SARS-CoV-2, potocznie nazywane „długim COVID-em", w przypadku których objawy utrzymują się dłużej niż 12 tygodni.

ZA DARMO I RAZEM

Pomimo powszechnej odporności uzyskanej dzięki szczepieniom i wcześniejszemu zakażeniu niektóre grupy nadal są narażone na poważne konsekwencje. Są to dorośli w wieku 65 lat i starsi, pensjonariusze ośrodków opieki długoterminowej, pacjenci z chorobami układu krążenia, cukrzycą, przewlekłą chorobą nerek lub przewlekłą chorobą płuc, pacjenci z obniżoną odpornością, w tym biorcy przeszczepów i osoby stosujące terapię biologiczną, kobiety

w ciąży, szczególnie w trzecim trymestrze i osoby z otyłością (BMI powyżej 30). Te osoby powinny dostać zalecenie szczepienia w pierwszej kolejności.

– Do końca września przeciwko grypie zaszczepiło się już ponad 700 tys. osób. Tradycyjnie w tej grupie prym wiodą seniorzy – najwięcej zaszczepionych to osoby w wieku powyżej 65 lat. Niewiele jest jeszcze danych odnośnie do szczepienia przeciw COVID-19, ponieważ dopiero niedawno się one rozpoczęły – informuje dr Grzesiowski.

Podczas szczepień podawana jest jednodawkowa szczepionka mRNA Spikevax XFG (50 μg dla osób od 12. roku życia oraz dawka pediatryczna 25 μg dla młodszych dzieci). Szczepienie jest całkowicie darmowe. Warto przypomnieć, że jednoczesne podanie sezonowej szczepionki przeciw COVID-19 i szczepionki przeciw grypie jest bezpieczne. Tak samo jak podanie jej razem ze szczepieniem przeciwko wirusowi RSV czy pneumokokom. Nie trzeba zachowywać żadnej przerwy czasowej między szczepieniem przeciwko COVID-19 i podaniem innej szczepionki („nieżywej" lub „żywej"). Wymagane jest jedynie podanie zastrzyków w różne miejsca na ciele (lub w to samo ramię, zachowując odstęp co najmniej 2,5 cm).

Jak informuje Ministerstwo Zdrowia, na początku realizacji programu szczepień przeciw COVID-19 rzeczywiście zalecano zachowanie co najmniej 14-dniowego odstępu pomiędzy podaniem szczepionki przeciw COVID-19 oraz innymi szczepionkami. Wynikało to z ostrożności, a nie z uwagi na jakiekolwiek znane obawy dotyczące wpływu na bezpieczeństwo lub immunogenność szczepionki.

Odstęp 14 dni wynikał z procedury badania klinicznego, podczas którego takie postępowanie obowiązywało. Szczepionki przeciw COVID-19, tak mRNA, jak i wektorowe, nie zawierają jednak zdolnego do replikacji wirusa. Dlatego też można w ich przypadku zastosować ogólne wymagania dotyczące podawania szczepionek, zgodnie z którymi wymagany odstęp 28 dni dotyczy jedynie sytuacji, kiedy podajemy dwie żywe szczepionki.

Obecnie eksperci złagodzili wyjściowe zalecenia. Inną szczepionkę można podać w dowolnym czasie od podania szczepionki przeciw COVID-19.

W APTECE BEZ SKIEROWANIA

Bardzo ważną zmianą w tym roku jest fakt, że szczepienia przeciw COVID-19 odbywają się bez e-skierowania, na podstawie zapisów na wizyty w terminach podanych przez punkty szczepień, czyli poradnie POZ lub punkty szczepień w aptekach ogólnodostępnych. Podobnie jest w przypadku grypy – szczepionkę może nam podać farmaceuta.

▶ *Szczepienia przeciw COVID-19 odbywają się bez e-skierowania*



fot. Shutterstock.com

Od 2026 r. NFZ finansuje bowiem w aptekach kwalifikację i wykonanie szczepień, a ponad 2 tys. aptek ma podpisaną umowę z Funduszem. Tym samym mamy kwalifikację do szczepienia, wystawienie recepty i podanie szczepionki podczas jednej wizyty. To bardzo dobra zmiana zwiększająca szansę na wzrost wyszczepialności, który w Polsce (zarówno w przypadku grypy, jak i obecnie COVID-19) jest bardzo niski.

Jednak eksperci widzą w tym modelu także słabe punkty: farmaceuci nie zawsze mają pełny dostęp do historii szczepień i dokumentacji, a przy refundacjach zależnych od chorób współistniejących brakuje narzędzia, które jednoznacznie potwierdzi uprawnienie pacjenta w czasie rzeczywistym. Kwalifikacja do szczepienia w aptece opiera się w dużej mierze na wypełnieniu ankiety z pytaniami dotyczącymi naszego stanu zdrowia oraz historią szczepień w ostatnim czasie. Dla osoby ogólnie zdrowej to może wystarczyć, dla mającej współistniejące choroby już niekoniecznie.

Niejasne zasady odpowiedzialności mogą zniechęcać część farmaceutów do wystawiania refundowanych recept. Z drugiej strony jednak przejście „ścieżki szczepienia" przez POZ wymaga co najmniej dwóch kontaktów z placówką. Najpierw zalecenia i recepty, potem zakupu szczepionki w aptece i ponownego powrotu na kwalifikację oraz podanie. Stąd pomysł zamiany tego na model jednej wizyty w POZ z dostępnością szczepionki w placówce i odrębnym finansowaniem całej procedury przez NFZ.

DOROSŁOŚĆ NIE OZNACZA KOŃCA SZCZEPIEŃ

Szczepienia powinny być traktowane podobnie jak kontrola ciśnienia, lipidów czy glikemii – jako element regularnej profilaktyki zdrowotnej. Na liście powinny znaleźć się coroczne szczepienia przeciw grypie (w wieku 18–64 lata standardowe szczepionki są refundowane w 50 proc.) czy COVID-19. Ważne jest również szczepienie przeciw pneumokokom, które nie jest szczepieniem sezonowym – można je zaplanować w ciągu roku. W przypadku innego wirusa oddechowego – RSV – szczepienie jest rekomendowane zgodnie z wiekiem i profilem ryzyka; w grupie 60–64 lata preparaty są refundowane w 50 proc., a od 65. roku życia są bezpłatne.

Polskie społeczeństwo szybko się starzeje, a wraz z wiekiem rośnie wielochorobowość. Według badań co najmniej trzy choroby przewlekłe ma 61,7 proc. osób 60+ i 77,3 proc. osób 75+. Jednocześnie zachodzi immunosenescencja – starzenie się układu odpornościowego, które zwiększa podatność na zakażenia i może osłabiać odpowiedź na szczepienie. Dla tej wyjątkowej grupy Polaków zostały też stworzone szczepionki tzw. wysokodawkowe przeciw grypie. Obecnie ich refundacja wynosi 50 proc. Eksperci chcieliby, aby one także były dla starszych dorosłych całkowicie darmowe. ●

PRAKTYKA LEKARSKA

Bez screeningu nie wyrugujemy kwasicy ketonowej

Wczesna diagnoza cukrzycy typu 1 to szansa na dłuższe życie bez insulinoterapii i łagodniejsze wejście w pełnoobjawową chorobę. Jesteśmy w stanie to zrobić dzięki badaniom przesiewowym – podkreśla **prof. Agnieszka Szypowska** w rozmowie z Lidią Sulikowską.

Jak wygląda epidemiologia cukrzycy typu 1 (CT1) u dzieci i młodzieży?

Szacuje się, że ta choroba występuje u 9,5 mln ludzi na świecie, z czego niemal 2 mln to pacjenci do 19. roku życia. W przypadku populacji pediatrycznej to zdecydowanie najczęściej występujący typ cukrzycy. W regionie europejskim żyje około 419 tys. dzieci i młodzieży poniżej 20. roku życia z cukrzycą typu 1. To aż 15 proc. wszystkich chorych na CT1 na kontynencie. Metaanalizy i rejestry medyczne, np. EURODIAB, wskazują na podwojenie wskaźników zachorowalności w ostatnich dekadach. U dzieci w wieku 0–14 lat średnia zapadalność w Europie wzrosła z 10,85/100 tys. osobolat w latach 1994–2003 do aż 20,96/100 tys. osobolat w latach 2013–2022. Długofalowe badania pokazują drastyczny skok wskaźnika zachorowalności u dzieci w tym wieku.

Początek zachorowania może wystąpić bardzo wcześnie – nawet poniżej 1. roku życia. Serokonwersja autoprzeciwciał przeciwwyspowych zazwyczaj pojawia się między 9. miesiącem a 2. rokiem życia, ale u jednych dzieci choroba rozwija się szybciej, u innych wolniej. Lokalne analizy medyczne, np. długofalowe badania w woj. wielkopolskim czy łódzkim, wskazują, że szczyt zachorowalności przesuwa się w stronę młodszych dzieci – w grupie wiekowej 5–9 lat oraz u dzieci poniżej 5. roku życia.

Co ciekawe, w Chinach, Japonii i Korei Południowej zapadalność należy do najniższych na świecie i wynosi zazwyczaj poniżej 2–5 przypadków na 100 tys. dzieci rocznie. Dla porównania: w Polsce wskaźnik ten wynosi około 30, a w Finlandii ponad 60.

Wirusy to tylko jeden z czynników środowiskowych zwiększających ryzyko ujawnienia się cukrzycy typu 1. Bierze się też pod uwagę czynniki związane ze stylem życia

Jak dużo dzieci w Polsce ma ten problem?

Trudno odpowiedzieć dokładnie na to pytanie, ponieważ w kraju nie prowadzi się rejestru zachorowań. Według szacunków może to być około 20 tys. osób.

W przypadku tego schorzenia nasz własny układ odpornościowy niszczy komórki, które produkują insulinę. Dlaczego tak się dzieje?

Przyczyny są wieloczynnikowe i nie do końca poznane. U części osób pewną rolę odgrywa predyspozycja genetyczna. Ryzyko zachorowania wzrasta, jeśli w rodzinie występowały różne choroby z autoagresji, np. celiakia, choroba Hashimoto, choroba Gravesa-Basedowa, bielactwo, łuszczyca, reumatoidalne zapalenie stawów, niedokrwistość złośliwa etc. Bardziej narażone są też osoby posiadające specyficzne zestawy genów, np. haplotypy wysokiego ryzyka DR3/DR4/DQ8. Co jednak ważne, nie mamy jednego testu, który z bardzo dużą dokładnością stwierdzi, że dana osoba ma predyspozycję genetyczną do zachorowania na cukrzycę typu 1. Na ryzyko jej występowania może wpływać ponad 60 genów. Co więcej, czynniki genetyczne mogą odpowiadać co najwyżej za około połowę zachorowań. Jednocześnie trzeba pamiętać, że 90 proc. dzieci z CT1 to pacjenci bez historii tej choroby w rodzinie.

Istotny wzrost zapadalności wiąże się z czynnikami środowiskowymi, między innymi z wirusami. Potwierdzono obecność różnych wirusów w biopsjach trzustek chorych pacjentów, głównie enterowirusów powodujących różnego rodzaju infekcje sezonowe.

Wirus wywołujący COVID-19 także jest w tej grupie?

Mamy dowody naukowe, że jest on odpowiedzialny za aktywację tej choroby. Zakażenie

SARS-CoV-2 działa jak katalizator. Dzieci w fazie przedklinicznej cukrzycy znacznie szybciej przechodziły w pełnoobjawową, kliniczną cukrzycę typu 1, jeśli w międzyczasie przeszły infekcję COVID-19. U dzieci z wysokim ryzykiem genetycznym zachorowania na CT1, u których wykryto przeciwciała przeciwko SARS-CoV-2, wskaźnik rozwoju autoimmunizacji wynosił 7,8/100 osobolat – w porównaniu do zaledwie 3,5 u dzieci bez kontaktu z wirusem. Ryzyko było najwyższe u dzieci zakażonych przed ukończeniem 18. miesiąca życia, szczególnie około 1. roku życia.

Należy jednak pamiętać, że wirusy to tylko jeden z czynników środowiskowych zwiększających ryzyko ujawnienia się cukrzycy typu 1. Bierze się też pod uwagę czynniki związane ze stylem życia, w tym spożywanie przetworzonej żywności, otyłość, stres, a także niedobór witaminy D.

Dużo się mówi o tym, że choroba jest zbyt późno rozpoznawana. Rzeczywiście tak jest?

Zarówno w populacji dziecięcej, jak i dorosłych, występuje duży problem z jej diagnozowaniem. Wiek dorosły, nadwaga/otyłość i wolniejsza utrata funkcji komórek β mogą maskować autoimmunologiczny charakter choroby, co powoduje, że u 30–40 proc. dorosłych CT1 jest początkowo błędnie rozpoznawana jako cukrzyca typu 2. Z kolei u dzieci choroba jest wykrywana za późno, gdy już ma postać pełnoobjawową. Problemem jest to, że przez długi czas – nawet wiele lat – może się powoli rozwijać, nie dając żadnych objawów. W latach 2019–2022 średnio aż 54,5 proc. dzieci w Polsce trafiło do szpitala z nowo rozpoznaną cukrzycą typu 1 w stanie kwasicy ketonowej. U dzieci poniżej 2.–3. roku życia objawy rozwijały się najgwałtowniej, a wskaźnik występowania kwasicy ketonowej potrafił przekraczać nawet 70 proc. Ta sytuacja jest zatrważająca. Kwasica ketonowa jest stanem bezpośrednio zagrażającym życiu. Może powodować stałe dysfunkcje ośrodkowego układu nerwowego, zaburzenia poznawcze, które zostają na całe życie. Może też prowadzić do powikłań wielonarządowych.

Jak dynamiczny jest ten proces?

Może on postępować bardzo szybko, szczególnie u małych dzieci.



fot. Archiwum prywatne

U nastolatków zwykle przebiega wolniej, ale niestety rodzice, a nawet pediatrzy, często nie łączą pojawiających się objawów z cukrzycą typu 1, zwłaszcza jeśli w rodzinie nie było tej choroby. Poza tym cukrzyca kojarzy nam się z kimś otyłym, a nie wychudzonym. W gronie pięciorga dzieci, gdzie jedno jest z nadwagą, a drugie z niedoborem masy ciała, raczej skierujemy uwagę w kierunku tego pierwszego. To stereotypy, które usypiają czujność.

Ilu pacjentów trafia do pani z kwasicą ketonową?

W naszej klinice rocznie przyjmujemy około 180 dzieci z rozwiniętymi objawami cukrzycy, z czego ponad 40 proc. to pacjenci w kwasicy. Najmłodsze miało zaledwie 9 miesięcy.

Jak poprawić wykrywalność CT1 na czas?

Na pewno trzeba zwiększać świadomość na temat choroby i jej pierwszych objawów, takich jak zwiększone pragnienie, chudnięcie, wymioty etc. To jednak absolutnie nie wystarczy, bo kluczem jest wykrycie choroby, jeszcze zanim pojawią się objawy. Tak wczesna diagnoza cukrzycy typu 1 to szansa na dłuższe życie bez insulinoterapii i łagodniejsze wejście w pełnoobjawową chorobę. Jesteśmy w stanie to zrobić dzięki badaniom przesiewowym. WUM, a także Śląski Uniwersytet Medyczny obecnie uczestniczą w europejskim projekcie EDENT1FI (European action for the Diagnosis of Early Non-clinical Type 1 diabetes For disease Interception), polegającym na przebadaniu 200 tys. dzieci w ośmiu krajach w celu wykrycia obecności autoprzeciwciał. U dzieci z co najmniej dwoma dodatnimi przeciwciałami ryzyko rozwinięcia pełnoobjawowej cukrzycy typu 1 w ciągu 5 lat wynosi 44 proc. dla stadium 1. oraz 75 proc. dla stadium 2. choroby. W Polsce badaniem przesiewowym populacji ogólnej zostanie objętych 51 tys. dzieci.

To jednak w dalszym ciągu pojedyncza inicjatywa. Czy potrzebujemy obowiązkowego ogólnopolskiego badania przesiewowego?

Coraz częściej się mówi o potrzebie wprowadzenia takiego rozwiązania. Włochy są absolutnym liderem legislacyjnym – jako pierwszy kraj na świecie wprowadziły ogólnokrajową ustawę o powszechnych badaniach przesiewowych populacji pediatrycznej (od 1. do 17. roku życia). Z kolei Niemcy są kolebką europejskiego screeningu. Od lat działa tam słynny program Fr1da w Bawarii dla dzieci w wieku 2–10 lat, który udowodnił, że badania przesiewowe obniżają odsetek kwasicy ketonowej przy diagnozie z kilkudziesięciu do zaledwie 3,2 proc. Wielka

◀ ***Prof. Agnieszka Szypowska*** *jest pediatrą, endokrynologiem i diabetologiem dziecięcym, diabetologiem, endokrynologiem, kierownikiem Kliniki Diabetologii Dziecięcej i Pediatrii Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, a także konsultantem wojewódzkim w dziedzinie diabetologii dla woj. mazowieckiego*



fot. Pixabay.com

◀ *U dzieci choroba jest wykrywana za późno, gdy już ma postać pełnoobjawową*

Brytania prowadzi m.in. bardzo duży program ELSA Study, umożliwiający bezpłatne testy domowe u dzieci od 3. do 13. roku życia. Szwecja realizuje programy takie jak TRIAD, czyli domowe testy krwi z palca dla dzieci w wieku 2–14 lat, łączące wykrywanie CT1, celiakii i chorób tarczycy. Coraz więcej europejskich krajów jest zainteresowana przesiewem, bo jest to w zasadzie jedyna szansa na identyfikację tych dzieci. Bez przesiewu nie wyrugujemy kwasicy ketonowej.

We wspomnianym projekcie Fr1da, w którym przebadano ponad 211,5 tys. dzieci w Bawarii, Saksonii i Hamburgu, 0,31 proc. z nich było we wczesnych stadiach cukrzycy typu 1. Koszt jednego badania przesiewowego oszacowano na 22 euro. Badania wykonywało 682 pediatrów podczas rutynowych wizyt.

Jak taki screening miałby wyglądać w Polsce?

Wydaje się, że to powinien być przesiew populacyjny, a nie obejmujący jedynie dzieci z historią choroby w rodzinie, ponieważ przypadki o charakterze dziedzicznym stanowią zdecydowaną mniejszość. Uważa się też – mamy międzynarodowy konsensus w tej kwestii – że powinno się badać małe dzieci, pomiędzy 2. a 4. rokiem życia. Oczywiście nie można poprzestać na jednorazowym screeningu. Badanie należałoby powtórzyć w wieku 6–8 lat, a potem w wieku 10–15 lat. Natomiast w warunkach polskich, przynajmniej w tym momencie, najbardziej realny wydaje się pojedynczy screening wykonywany podczas bilansu sześciolatka.

Jakie interwencje można zastosować dzięki wczesnej diagnozie?

Głównym celem nowoczesnego podejścia jest wdrożenie działań hamujących postęp procesu autoimmunologicznego, aby jak najdłużej utrzymać pacjenta w stadium przedklinicznym, czyli przed rozwinięciem pełnoobjawowej choroby. Działania te opierają się na wprowadzeniu zdrowego stylu życia, a w razie potrzeby na włączeniu pierwszych, substytucyjnych dawek insuliny. Wczesna wiedza o chorobie pozwala optymalnie przygotować pacjenta oraz jego rodzinę na moment uaktywnienia się cukrzycy, co w zasadzie eliminuje ryzyko wystąpienia groźnej dla życia kwasicy ketonowej.

Przełomem w medycynie jest teplizumab – jak dotąd jedyny zarejestrowany lek, który modyfikuje przebieg choroby. Wykazuje on silne działanie ochronne wobec żywych komórek beta trzustki produkujących insulinę i potrafi opóźnić pojawienie się pełnoobjawowej cukrzycy średnio o 2–2,7 lat.

Przyszłość diabetologii niesie ze sobą jeszcze większe nadzieje. Obecnie w ramach zaawansowanych badań klinicznych testuje się wiele innowacyjnych cząsteczek spowalniających destrukcję trzustki. Jednym z kluczowych kierunków są m.in. badania kliniczne nad baricytynibem, inhibitorem JAK, który ma chronić komórki beta przed atakiem układu odpornościowego. Ogromną rolę na mapie tych odkryć odgrywa również Polska – to właśnie u nas prowadzone są pionierskie badania nad wykorzystaniem komórek T-regulatorowych (Treg) + rytuksymabu, koordynowane przez zespół prof. Piotra Trzonkowskiego. Bez wątpienia wchodzimy w zupełnie nową erę leczenia cukrzycy typu 1, w której zyskujemy realne narzędzia, by wyprzedzić chorobę.

Kto powinien leczyć pacjentów pediatrycznych chorujących na pełnoobjawową cukrzycę typu 1?

Pacjenci pediatryczni z pełnoobjawową cukrzycą typu 1 powinni być leczeni wyłącznie przez wyspecjalizowane zespoły diabetologii dziecięcej. Obciążenie lekarzy pediatrów w podstawowej opiece zdrowotnej tak skomplikowanym i wymagającym procesem terapeutycznym jest nierealne. Obecnie w każdym województwie w Polsce funkcjonuje co najmniej jeden wielodyscyplinarny ośrodek diabetologiczny dla dzieci. Jednostki te działają przy szpitalach klinicznych i wojewódzkich, co gwarantuje pacjentom oraz ich rodzinom stały, całodobowy dostęp do specjalistycznej opieki medycznej. Co kluczowe, nad dzieckiem czuwa tam kompletny zespół terapeutyczny, w skład którego wchodzą diabetolog dziecięcy, edukator diabetologiczny, dietetyk oraz psycholog. Taki model opieki jest sprawdzonym, wysoce skutecznym i jedynym słusznym rozwiązaniem zabezpieczającym zdrowie najmłodszych. ●

Twierdza, która się kruszy od środka

Lekarzy coraz częściej rozlicza się z błędów całego systemu, a publiczna debata sprowadza się ich do zarobków i przywilejów. Ale największy problem może leżeć gdzie indziej: w samym środowisku, które coraz trudniej uznać za wspólnotę. Co zostaje z solidarności, gdy każdy walczy już tylko o swoje?

ANNA GOŁĘBICKA
EKONOMISTKA, STRATEG KOMUNIKACJI I ZARZĄDZANIA



Środowisko lekarskie coraz bardziej wygląda jak oblężona twierdza. Zewsząd ataki, pretensje, oskarżenia. Ludzie opowiadają sobie historie o tym, czego doświadczyli w kontakcie z ochroną zdrowia, i zwykle są to opowieści z dreszczykiem, dramaty i tragikomedie. Politycy obrabiają temat politycznie, media szukają winnych, a internet wydaje wyroki z prędkością światła. Lekarz stał się bohaterem zbiorowej opowieści, w której coraz częściej występuje w roli czarnego charakteru. Chciwy, niedostępny, uprzywilejowany.

Tymczasem największy kryzys toczy się środku oblężonej twierdzy.

Jest tam coraz mniej zaufania, coraz więcej frustracji i coraz słabsze poczucie wspólnoty. Większość lekarzy pracuje w wielu miejscach. Sondaż OZZL i Medycyny Praktycznej pokazał, że tylko 25 proc. lekarzy pracuje w jednym miejscu. 33 proc. w dwóch, 22 proc. w trzech, a 19 proc. zaznaczyło, że w czterech lub pięciu. Można by rzec: wolny zawód albo życie zawodowe poskładane z wielu miejsc. Gdy myślami jesteś nie tam, gdzie jesteś, tylko tam, gdzie masz się nie spóźnić. No i coraz trudniej zbudować wspólnotę tam, gdzie wszyscy są tylko na chwilę.

Lekarze pracują obok siebie, ale niekoniecznie ze sobą. Jedni liczą godziny, drudzy dyżury, trzeci faktury. Czwarci liczą na cud, że coś się wreszcie zmieni i będzie sprawiedliwie. Jedni próbują utrzymać zdrowie psychiczne i to, co zostało z rodziny, inni budują zawodowe imperia, ale też z tą rodziną bywa różnie. Wszyscy posługują się tym samym tytułem, a nawet pracują w tym samym szpitalu, ale coraz częściej żyją w zupełnie innych rzeczywistościach, z których żadna nie jest do końca dobra.

Oczywiście nie jest dobrze, gdy wszyscy zarabiają tyle samo, bo wynagrodzenia muszą się różnić w zależności od wiedzy, odpowiedzialności, umiejętności, ilości pracy, ale gdy podstawą jest trafienie – czasem wiele lat temu – w lepiej opłacaną specjalizację, to jest słabo.

Inna sprawa to poziom tych różnic, który czasem poraża. W szpitalu klinicznym w Lublinie mediana zarobków lekarza specjalisty zatrudnionego na umowie o pracę bez dodatkowych dyżurów to 17 tys. zł brutto, a najlepiej zarabiający lekarz na kontrakcie ma 170 tys. zł.

I teraz popatrzmy na tych milionerów. Niemoralne wręcz kwoty wystawianych na fakturach racjonalizują sobie, czym się da. Że przez wiele lat pracowali za darmo, że to na chwilę i trzeba brać, jeśli jest, albo że za trudną pracę trzeba płacić. No i trudno się dziwić, kto by nie brał, jak jest taka możliwość.

I tak są ci z fakturą małą i ci z dużą. Wszyscy lądują na koniec w oblężonej twierdzy, w której zmęczenie zastąpiło nadzieję, ironia solidarność, a indywidualne strategie przetrwania wyparły myślenie o wspólnej sprawie. Cokolwiek by się działo w systemie, idzie na konto lekarzy, nawet to, z czym nie mają nic wspólnego. Kolejka. Odwołana wizyta. Wszystko.

A w środowisku lekarskim każdy sobie rzepkę skrobie. Każdy organizuje sobie życie tak, by nie utonąć albo lepiej pożeglować. Trzeba jednak zapytać, co stanie się z grupą, w której każdy ratuje się osobno.

Co więc poszło nie tak?

Daliście się wkręcić? Daliście się podzielić wokół własnych interesów, część skusiła się na rajskie jabłuszko, które podsunął Ewie wąż? Być może uwierzyliście, że wystarczy poprawić wynagrodzenia, a reszta ułoży się sama. Że wspólny zawód automatycznie oznacza wspólnotę. Że można długo korzystać z prestiżu profesji, nie inwestując w zaufanie.

Oblężona twierdza jest niebezpiecznym miejscem. Z czasem przestaje odróżniać przeciwnika od sojusznika. Każdą krytykę traktuje jak atak, każdą różnicę zdań jak zdradę. A przecież mury nie pękają wyłącznie od uderzeń z zewnątrz. Czasem kruszą się od środka. Dlatego warto od nowa zadbać o jasne i uczciwe zasady, by nie przymykać oka, gdy coś idzie w złą stronę, w imię źle pojętej solidarności. •

GAZETA LEKARSKA

FELIETON

Czy otaczają nas idioci?

Lekarze różnych specjalności potrafią godzinami wyliczać błędy, lenistwo i niekompetencję kolegów z innych oddziałów. Skąd bierze się ta wzajemna niechęć i dlaczego łatwiej obwiniać siebie nawzajem, niż dostrzec problemy systemu?

JAKUB SIECZKO
ANESTEZJOLOG



Odbywałem staż podyplomowy. Szpital miał sześć pięter, a ja – świeżo po studiach – na każdym z nich spędziłem kilka tygodni zgodnie z programem stażu. Dopiero z dyplomem w kieszeni byłem uczestnikiem porannych odpraw zespołów. Zadaniem stażysty jest siedzieć z boku, słuchać, nie odzywać się, w razie potrzeby potakiwać, śmiać się z żartów. Stażysta ma pozycję szczególną, bo jest w danym zespole elementem przejściowym – spędza w nim kilka tygodni, najdłużej miesięcy. Nie ma do zespołu, z którym przez ten krótki czas pracuje, żadnego osobistego stosunku. Wchodzi w dane środowisko bez sympatii ani antypatii, nieznane są mu układy personalne, koterie, dawne, często ciągnące się całe lata urazy. Obserwowałem więc moich starszych kolegów i koleżanki okiem, wydaje mi się, nieuzbrojonym w żadną soczewkę. Przysłuchiwałem się temu, o czym na odprawach się mówi. Uderzyło mnie jedno.

Ortopedzi twierdzili, że interniści są leniwi. Że na konsultację trzeba czekać długie godziny, często dni. Że pacjenci w rozpoznaniach mają pół spisu treści podręcznika Szczekilka, a do lekarza dodzwonić się nie sposób. I że czas coś z tym zrobić. Najlepiej traktować internistów analogicznie, kiedy pacjent na ich oddziale złamie jakąś kość. Brać ich wtedy trzeba na przetrzymanie. „Jeśli sami nie będziemy się szanować, nikt nas szanować nie będzie" (to zdanie powracało w kolejnych miejscach jak refren).

Chirurdzy mówili za to o anestezjologach. Zrzucali bowiem zabiegi po złości. Wynajdowali bzdurne powody odroczenia operacji, robili przez godzinę to, co da się zrobić w piętnaście minut. Bunkrowali się nie wiadomo gdzie na dyżurach. Podejmowali idiotyczne decyzje na oddziałach intensywnej terapii. Przelewali chorych płynami. Nie żywili, kiedy żywić trzeba, albo żywili za wcześnie. Ignorowali pogarszające się parametry.

Byłoby nam znacznie prościej, gdybyśmy mówili i myśleli o sobie z elementarną sympatią i życzliwością. Jak koledzy o kolegach. Jest zresztą o tym w naszym kodeksie

Interniści twierdzili za to, że ginekolodzy to prawdziwe nieuki. Szczególnie zajadły był pewien doświadczony specjalista, który zwykł odpytywać ginekologów z tego, ile jest krwi krążącej w człowieku albo jaki jest prawidłowy poziom wapnia. Interniści twierdzili też, że ginekolodzy to brudasy i dlatego mają tyle zakażeń.

Anestezjolodzy psioczyli na urologów. Określali – według anestezjologów bezczelnie oszukując – wskazania do zabiegu jako pilne, kiedy te pilne nie były. Prawdopodobnie – mówiono – urolodzy robili to dla pieniędzy, chcąc swoich prywatnych pacjentów zaopatrzyć na dyżurze. Kto z anestezjologów takiego pacjenta zdecydował się nie znieczulić, otrzymywał wzrokową pochwałę, a koledzy potakiwali pełni uznania.

Wszyscy jak jeden mąż narzekali za to na SOR. Na SOR za to, dla równowagi, narzekano równo na wszystkich, ze szczególnym uwzględnieniem zespołów ratownictwa medycznego, które albo z głupoty, albo z czystej złośliwości – absolutnie wszystkich pacjentów – przywozili właśnie do tego jednego SOR, jakby w okolicy nie było innych szpitali (były).

Na pediatrii szwarccharakterami byli psychiatrzy (dziecięcy), na psychiatrii (dorosłej) neurolodzy, a podczas dwóch tygodni w pogotowiu ratunkowym dowiedziałem się, że w dyspozytorni medycznej pracują nie ludzie, a pelikany. Czemu? Bo łykają wszystko. Przyjąć wezwanie łatwo, to nie bezmyślne pelikany muszą do wezwań jeździć, wdrapywać się z ciężkim sprzętem po schodach.

Staż podyplomowy trwał trzynaście miesięcy i oprócz bagażu nowych doświadczeń zawodowych i pełnego prawa wykonywania zawodu dał mi poczucie, że w polskiej ochronie zdrowia gdzie nie spojrzysz, wokół mrok. Niekompetencja, złośliwość, lenistwo, bezmyślność – takie przymioty na co drugiej odprawie zarzucano lekarzom innych specjalności. Już wtedy zaczęło mnie to zastanawiać – może to szczególna właściwość szpitala, w którym przyszło mi zdobywać pierwsze lekarskie szlify? Może gdzie indziej rozmawiać będzie się trochę inaczej? Okazało się, że nie – przyszło mi od tamtego czasu pracować w pięciu miejscach, w kolejnych pewnie dziesięciu odbywać staże w trakcie specjalizacji. Wszędzie, niezależnie od rangi szpitala czy oddziału, liczebności zespołu czy części Polski, w której dana grupa pracuje – słyszałem to samo. Narzekanie lekarzy na innych lekarzy.

A przecież nie widać tego w relacjach indywidualnych. Owszem, zdarzają się spory czy różnice zdań, ale kiedy dwóch, nawet nieznających się wcześniej, lekarzy się ze sobą w jakiejś zawodowej sprawie spotyka, np. na konsultacji, najczęściej rozmowa przebiega kulturalnie i szuka się rozwiązania danego problemu. Złe emocje, takie są moje obserwacje, pojawiają się, gdy zbiera się lekarzy danej specjalności cała grupa. Oddajemy się wówczas naszemu ulubionemu narodowemu sportowi: narzekaniu. Najłatwiej zaś narzekać na innych – tych, którzy są spoza naszej grupy. Im bardziej pikantną historię o niekompetencji/bezmyślności/złośliwości/lenistwie/kombinatorstwie (niepotrzebne skreślić) kogoś innej specjalności się na poranną odprawę przyniesie, tym lepiej. Tym lepiej też czujemy się wówczas we własnym gronie – skoro inni są idiotami, to z prostego rachunku wynika, że my musimy być ci mądrzy, prawda?

Pewien starszy ode mnie anestezjolog opowiadał mi kiedyś o miejscu, w którym zaczynał swoją przygodę zawodową. Była to duża, prestiżowa klinika. Zespół, w którym wówczas pracował, upodobał sobie chirurgów. Rytualnie na każdej porannej odprawie odbywało się narzekanie na nich. Kontynuowano je w ciągu dnia, a i ci sami bezmyślni chirurdzy byli tematem drwin podczas rozmów zespołu dyżurnego w godzinach popołudniowych i wieczornych. Po kilku miesiącach kolega poczuł się tą tematyką nieco znużony. Potem pracował w kilku innych miejscach. Lata później – już jako uznany specjalista – odwiedził swoje pierwsze miejsce pracy. Opowiadał mi o tej sentymentalnej, mogłoby się wydawać, wizycie. Najbardziej zdziwiony był jednym: „Wiesz, minęło chyba dwadzieścia lat, a oni rozmawiają ciągle o tym samym w taki sam sposób. Niezmiennie narzekają na chirurgów".

Chciałbym, żebyśmy to kiedyś zrozumieli: problemy, które mamy, napięcia, które niewydolny system powoduje, przepracowanie, które dotyczy większości z nas – to zagadnienia dużo większe niż zła wola pojedynczej osoby. Dziel i rządź – mówi znana maksyma, a my, zwracając się grupowo przeciwko innej grupie, dajemy się właśnie dzielić. Nie otaczają nas bowiem głównie wrogowie, nieuki, idioci ani kombinatorzy. Płyniemy wszyscy na tej samej tratwie. Tratwa jest spróchniała, podziurawiona, a i cel podróży wydaje się często niepewny – może w ogóle płyniemy w odwrotną stronę niż trzeba? Różnie sobie z takimi bardzo niewdzięcznymi warunkami podróży radzimy, ale chciałbym, żebyśmy pamiętali, że jesteśmy tam razem i mamy te same bolączki. Byłoby nam znacznie prościej, gdybyśmy mówili i myśleli o sobie z elementarną sympatią i życzliwością. Jak koledzy o kolegach. Jest zresztą o tym w naszym kodeksie. ●

Napisz do autora:
sieczko.gazetalekarska@gmail.com

Komunikat w sprawie Odznaczenia *Meritus Pro Medicis*

Szanowne Koleżanki, Szanowni Koledzy,

Zapraszamy wszystkich członków oraz organy izb lekarskich do zgłaszania kandydatur osób, które w sposób szczególny zasłużyły się dla samorządu lekarzy i lekarzy dentystów oraz w Państwa ocenie zasługują na Odznaczenie *Meritus Pro Medicis*.

Zgodnie z Regulaminem nadawania Odznaczenia Meritus Pro Medicis, przyjętym na podstawie uchwały Nr 9/25/IX Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 17 stycznia 2025 r., Odznaczenie może być przyznane co roku łącznie i maksymalnie dziesięciu lekarzom i lekarzom dentystom lub innym osobom szczególnie zasłużonym dla samorządu lekarskiego.

Wzór wniosku o przyznanie Odznaczenia *Meritus Pro Medicis* można pobrać na stronie internetowej Naczelnej Izby Lekarskiej poświęconej działalności Kapituły Odznaczenia *Meritus Pro Medicis* (zakładka *Działalność*, podzakładka *Odznaczenia: Meritus Pro Medicis → Dokumenty*).

Wypełnione wnioski należy nadsyłać:
1) w formie papierowej na adres: **Naczelna Izba Lekarska, ul. Sobieskiego 110, 00-764 Warszawa** – z dopiskiem na kopercie *Meritus Pro Medicis* lub
2) w formie elektronicznej na adres e-mail: **sekretariat@nil.org.pl**

w terminie do 13 listopada 2026 r.

Prof. dr hab. n. med. Romuald Krajewski
Kanclerz Kapituły Odznaczenia Meritus Pro Medicis

WYWIAD LEKAR(S)KI

Komórki Klary

Diagnoza ultrarzadkiej choroby genetycznej u córki skłoniła **Aleksandrę Sułkowską-Bojarczyk** do zorganizowania badań nad mechanizmem choroby i możliwościami leczenia. W rozmowie z Marią Kłosińską mówi o inicjatywie, która ma służyć dzieciom z zaburzeniami związanymi z genem *FBXO28*.

Zanim porozmawiamy o genach i badaniach, opowiedz nam o swojej córce. Jaka jest Klara i jak wygląda Wasza codzienność?
Codzienność jest bardzo intensywna, Klara się rehabilituje: ma fizjoterapię cztery razy w tygodniu, terapię widzenia i zajęcia z neurologopedą. Oprócz tego ma opiekę lekarską, wizyty kontrolne i badania. Obecnie jest w szpitalu, więc ta codzienność wygląda zupełnie inaczej.

Jesteś lekarką, ale przy łóżku własnego dziecka przede wszystkim mamą. Jak przeżywałaś pierwsze tygodnie życia Klary i poszukiwanie diagnozy? Czy wiedza medyczna pomagała Ci w tej sytuacji?
To trudne doświadczenie dla całej rodziny. Absolutnie nie spodziewaliśmy się urodzenia tak ciężko chorego dziecka. Pobyt na intensywnej terapii noworodków trwał ponad miesiąc. Starsza córeczka nie była przygotowana na rozłąkę, my też. Zobaczenie własnego dziecka w takim stanie, kiedy widać, że dzieje się coś poważnego, ale mimo starań lekarzy nie znamy przyczyny, jest doświadczeniem granicznym.
To, że jestem lekarzem, ułatwiło mi podejście do sprawy w sposób naukowy. Zaczęłam kontaktować się z nielicznymi zespołami i autorami dostępnych publikacji.

Badanie WES przyniosło rozpoznanie choroby związanej z wariantem w genie FBXO28. Co taka diagnoza daje rodzinie, kiedy jednocześnie dowiaduje się, że leczenia przyczynowego jeszcze nie ma?
Diagnoza pojawiała się stopniowo, a nasze godzenie się z nią było procesem żałoby. Dała też ulgę: zakończyła naszą odyseję diagnostyczną, nie musieliśmy już szukać przyczyny. Natomiast



fot. Archiwum prywatne

◀ ***Aleksandra Sułkowska-Bojarczyk*** *(po prawej) jest lekarką w trakcie specjalizacji z psychiatrii dzieci i młodzieży i założycielką FBXO28 Research Foundation*

informacja, że leczenia przyczynowego w tym momencie nie ma, otworzyła nowy etap. Choroba córki to rozwojowa encefalopatia padaczkowa typu 100, spowodowana mutacją w genie *FBXO28*. Jest autosomalnie dominująca; u mojej córki mutacja wystąpiła de novo. Diagnostyka jest trudna, bo nie opisano charakterystycznego zestawu cech dysmorficznych. Początkowo obserwuje się opóźnienie rozwoju psychoruchowego, później pojawia się padaczka. W badaniach mediana wieku jej wystąpienia wynosiła 21 miesięcy; choroba miała tendencję do lekooporności. Pacjenci opisani w największym badaniu byli w ciężkim stanie, z niepełnosprawnością intelektualną i fizyczną w stopniu umiarkowanym lub znacznym.

Co sprawiło, że razem z mężem postanowiliście sami uruchomić badania? Od czego zaczyna rodzic, który chce doprowadzić do opracowania terapii dla choroby opisanej u zaledwie kilkunastu dzieci?
Kiedy zaczęłam się kontaktować z autorami publikacji, zobaczyłam, że w przypadku innych genów związanych z encefalopatiami padaczkowymi i padaczkowo-rozwojowymi prowadzą badania, których celem jest przejście od mechanizmu molekularnego do interwencji, która w jakimś stopniu będzie rozwiązaniem przyczynowym. To był pierwszy impuls do szukania naukowców. Zaskoczyło mnie też rozwiązanie funkcjonujące na Zachodzie i w Stanach Zjednoczonych: organizacje pacjenckie biorą czynny udział w badaniach. Nie wchodzą w kompetencje naukowców, natomiast udostępniają sobie wiedzę i kontakty z zespołami, które mają doświadczenie, a wręcz platformy umożliwiające stworzenie całego programu translacyjnego. Mają wiedzę, jak zrobić to w sposób naukowo wiarygodny i bezpieczny dla pacjentów. Bazujemy na doświadczeniu innych fundacji, które pracowały na świecie z innymi genami.

Z komórek Klary powstają neurony, które naukowcy będą porównywać z komórkami z naprawionym wariantem genu. Co dzięki temu chcecie ustalić i jak odpowiedź na te pytania wpłynie na wybór dalszej drogi leczenia?
Pierwszym krokiem są iPSC, czyli komórki pluripotencjalne, które wytworzyliśmy z krwi. Etap neuronalny jest prowadzony w Międzynarodowym Instytucie Biologii Molekularnej i Komórkowej w Warszawie pod kierownictwem Lidii Wróbel. Równolegle z naszych komórek iPSC tworzona jest kontrola izogeniczna:

z użyciem narzędzi edytujących genom naprawiana jest mutacja. Całe tło genetyczne pozostaje Klary, z wyłączeniem tej naprawionej mutacji. Z tej linii również powstaną neurony, więc będziemy mieli linię z mutacją i teoretycznie zdrową kontrolę. Chcemy sprawdzić, czy białko ze zmienionego allelu w ogóle powstaje. Czy problem polega na tym, że białka jest za mało, czy powstaje białko zmutowane, które działa toksycznie albo blokuje zdrowe białko pochodzące z drugiego allelu. Chcemy rozstrzygnąć, czy to loss of function, gain of function, czy efekt dominująco negatywny. Mamy pierwsze wyniki, które wstępnie mogą sugerować kierunek, ale czekamy na kolejne badania, które pozwolą nam zdecydować o przejściu do następnego etapu. Modele komórkowe służą poznaniu mechanizmu, a zarazem budują bazę do sprawdzania, czy interwencją jesteśmy w stanie odwrócić fenotyp chorobowy. Chcemy, żeby po podaniu leku czy terapii chore neurony Klary zaczęły funkcjonować podobnie do zdrowych.

Wielu lekarzy ostrożnie podchodzi do zbiórek na eksperymentalne terapie. Co powiedziałabyś koleżance lub koledze, którzy pytają: „Na jakich podstawach naukowych opiera się ten projekt i czego rzeczywiście możemy dziś oczekiwać?”
Nie jesteśmy w stanie zapewnić dużej grupy pacjentów. Przy chorobach ultrarzadkich realia są inne niż przy częstych. Natomiast ścieżka regulacyjna, technologiczna, uregulowania prawne i rygor naukowy pozostają takie jak w innych tego typu badaniach. Tego pilnujemy. Na razie najbliższym celem jest poznanie mechanizmu choroby.

Biologii nie przyspieszymy, ale w międzyczasie możemy tworzyć modele zwierzęce. Zespół w Leuven opracowuje dla nas model choroby u danio pręgowanego. Planujemy też model myszy, choć musimy uwzględnić ryzyko, że niektóre zmiany mogą być dla nich letalne, i odpowiednio zaplanować badania. Modele zwierzęce pozwolą sprawdzić, czy wyniki dotyczące mechanizmu choroby uzyskane w komórkach powtarzają się u zwierząt. Będą też bazą do testowania terapii. Jedną ze ścieżek będzie drug repurposing: kiedy zespół ustali powtarzalną cechę komórek, obecną również u innych pacjentów, możemy przejść do testowania na komórkach i modelach zwierzęcych leków już zarejestrowanych. Teraz trudno powiedzieć, jaki rodzaj terapii ukierunkowanej na gen *FBXO28* z wykorzystaniem oligonukleotydów antysensownych (ASO) wybierzemy: czy wyciszający ekspresję zmutowanego allelu i zmniejszający poziom potencjalnie toksycznego białka, czy zwiększający ilość prawidłowego białka. To będzie zależało od wyników badań mechanizmu choroby. W projekcie są punkty kontrolne: dopiero po potwierdzeniu wyników danego etapu przechodzimy do kolejnego. Równolegle dzieją się rzeczy związane z badaniem mechanizmu, bo to przyspiesza pracę bez dokładania ryzyka spadku jakości projektu.

Każda dostępna dziś terapia miała kiedyś swojego pierwszego pacjenta i ludzi, którzy zdecydowali się rozpocząć badania. Które doświadczenia poprzedników dały Ci odwagę do działania, a które nauczyły ostrożności?
SMA to jedno, natomiast wstępne badania na małych grupach w innych encefalopatiach padaczkowo-rozwojowych pokazują, że nawet u pacjentów, którym nikt nie dawałby większych szans na zatrzymanie choroby, a co dopiero na osiąganie nowych umiejętności, te rzeczy się dzieją. Nawet dzieci w wieku dziewięciu czy czternastu lat zdobywają kolejne kamienie milowe. Oczywiście są historie, które uczą ostrożności. Dlatego podkreślam, że bazujemy na kontaktach z ośrodkami akademickimi i zespołami, które mają największe doświadczenie w danej dziedzinie. Nasz zespół to tak naprawdę sieć współpracujących zespołów z całego świata, bo staramy się, żeby było to jak najbardziej bezpieczne dla wszystkich.

Od początku budujecie fundację dla wszystkich dzieci z FBXO28. Jak lekarze mogą pomóc odnaleźć kolejnych pacjentów i ich rodziny?
Mamy już komórki drugiej pacjentki, Carlotty. Jeśli ktoś z Państwa ma pacjentów z *FBXO28* bądź z delecją 1q42, która czasem obejmuje ten gen, zapraszamy do kontaktu. Chętnie wesprzemy. Udało nam się wypracować ścieżkę, która dobrze się sprawdziła: Centrum Zdrowia Dziecka wspierało nas w pobraniu fibroblastów, później namnażanych i używanych do badań. Wspierają nas również Międzynarodowy Instytut Biologii Molekularnej i Komórkowej oraz WUM od strony neurologicznej i genetycznej. Mamy infrastrukturę, która może posłużyć innym pacjentom. Udało nam się też zdobyć grant częściowo na pierwsze badania. Zachęcamy do kontaktu z nami.

Cel zbiórki wynosi 5 mln zł, a pierwszy etap badań ma kosztować około 220 tys. zł. Co umożliwią te pieniądze i jak darczyńcy będą mogli śledzić postępy badań oraz wykorzystanie wpłat?
Docelowo po odkryciu mechanizmu chcielibyśmy przejść do znalezienia rozwiązania terapeutycznego. Modele komórkowe i zwierzęce służą poznaniu mechanizmu choroby, a później testowaniu terapii. Około 220 tys. zł chcemy przeznaczyć na badania elektrofizjologiczne neuronów uzyskanych z iPSC. Pozwolą nam one porównać aktywność neuronów z mutacją *FBXO28* z komórkami kontrolnymi, a w przyszłości sprawdzać, czy testowane interwencje poprawiają ich funkcjonowanie. Potrzebujemy też środków na kolejne etapy programu translacyjnego. O postępach badań i wykorzystaniu funduszy chcemy na bieżąco informować darczyńców.

Czego najbardziej potrzebujesz dziś od środowiska lekarskiego?
Chciałabym zaznaczyć, że od początku mamy świetną opiekę klinicystów i naukowców, którzy z nami współpracują. Jestem poruszona tym, ile osób jest chętnych do współpracy i ile na co dzień pracuje pro publico bono, pilnując, żeby projekt był wiarygodny i na światowym poziomie naukowym. Dobrze byłoby zbudować również w Polsce ścieżkę tworzenia rzetelnego projektu naukowego, prowadzącego od mechanizmu molekularnego do potencjalnych możliwości leczenia. Dla nas wsparciem będzie kontakt z pacjentami, pomysł, do jakiej instytucji zwrócić się o grant czy konsultacje merytoryczne. Każde wsparcie się liczy i jesteśmy otwarci. Jeśli mają Państwo takie życzenie, można też wesprzeć zbiórkę, którą założyliśmy na Pomagam.pl. ●

Wsparcie badań:
pomagam.pl/f7yp3p

Zbiórkę prowadzi FBXO28 Research Foundation, KRS 0001261586.

NIL NA SZYBKO

Przepis na sukces

Udało się – po wielu latach trudu politycy nareszcie, i to w zaledwie trzy miesiące, przygotowali projekty ustaw, które naprawią system ochrony zdrowia.

PIOTR PISULA
RZECZNIK NACZELNEJ IZBY LEKARSKIEJ



Od teraz znikną problemy kadrowe, a polski pacjent będzie zaopiekowany. Znikną kolejki, a jakość świadczeń będzie na najwyższym poziomie. Ponieważ udało się wskazać, że największym problemem systemu były, są i będą zarobki lekarzy – regulowanie ich w sposób iście komunistyczny jest naturalną odpowiedzią na potrzebę pokazania opinii społecznej, że wreszcie wzięto się za tę pazerną kastę.

Bohatersko naprawiając system, zrezygnowano z wszelkich demokratycznych mechanizmów kontroli. Władzę nad karierami zawodowymi lekarzy zyskał prezes NFZ, który po stwierdzeniu nieprawidłowości będzie mógł zakazać pracy w systemie publicznym. Prezes NFZ piastuje swoje stanowisko na podstawie mianowania przez ministra zdrowia i nie jest wybierany w demokratycznych wyborach.

Na szczęście w ramach przywracania demokracji zrezygnowano z takich nonsensów jak domniemanie niewinności. Nie trzeba będzie udowodnić przed sądem, że lekarz popełnił przewinienie – to lekarz będzie musiał udowodnić, że jest niewinny. Jakby tego było mało, katalog działań zagrożonych odsunięciem od pracy w publicznym systemie ochrony zdrowia nie jest precyzyjnie określony. Wystarczy dwa razy zostać oszukanym przez nieuczciwego pacjenta i wystawić zwolnienie lekarskie, które później zostanie uznane przez prezesa NFZ za fałszywe – i już koniec kariery w systemie publicznym. Równie demokratyczne są nowe uprawnienia dyrektorów szpitali, którzy będą mogli zakazać lekarzom pracy w innym miejscu.

Cieszy jednak kolejny sukces rządu, po odpolitycznieniu TVP, unowocześnieniu armii i przywróceniu praworządności.

Przeszkodą może być prezydent, który może ustawę zawetować. Należy wyrazić głęboką nadzieję, że prezydent nie stanie na straży konstytucji, w której znajdziemy zapis o tym, że obywatele mają wolność wyboru miejsca pracy (chyba że inaczej mówi ustawa, a taką udało się przyjąć). Należy założyć, że w tym wypadku *lex specialis derogat legi generali*, dzięki czemu Prawa pracy również można będzie nie stosować (a tam jasno stoi, że pracodawca nie może ograniczać pracy w innym miejscu).

Nie należy się zrażać pewnymi przejściowymi trudnościami, na przykład zamknięciem niektórych placówek w mniejszych ośrodkach. Tutaj z pomocą przyjdzie zaprzyjaźniony z politykami świat biznesu, który będzie mógł tanio przejąć zarządzanie nad niepotrzebnym nikomu sprzętem w zamkniętych szpitalach i przychodniach.

Mamy wreszcie oczekiwaną od wielu lat wspaniałą reformę ochrony zdrowia. Wybory za rok. Będzie to doskonała okazja, żeby wyborcy podziękowali bohaterom naprawy systemu ochrony zdrowia. ●

O TYM SIĘ MÓWI

Narodowa Debata o Zdrowiu

Naczelna Izba Lekarska i Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce są współinicjatorami Narodowej Debaty o Zdrowiu planowanej na 30 października 2026 r. w Sali Kolumnowej Sejmu RP. Spotkanie, organizowane pod egidą Marszałka Sejmu, ma być początkiem rzeczowej, ponadpolitycznej rozmowy o przyszłości systemu ochrony zdrowia w Polsce.

Spotkanie prezesa NRL z Policją

Na początku października w NIL odbyło się spotkanie prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej dr. n. med. Łukasza Jankowskiego oraz Rzecznika Praw Lekarzy Grzegorza Wrony i wiceprezesa OIL w Warszawie Krzysztofa Hermana z przedstawicielami kierownictwa Policji. Tematem spotkania było wzmocnienie bezpieczeństwa lekarzy i lekarzy dentystów zarówno w miejscu wykonywania zawodu, jak i w sieci. Rozmawiano m.in. o reagowaniu na agresję wobec personelu medycznego, a także o przeciwdziałaniu przestępstwom popełnianym w internecie, w tym groźbom, nękaniu i hejtowi wymierzonemu w lekarzy.

Spór o kompetencje

Dopóki nie odróżnimy roli od kompetencji i od zadania, nie poradzimy sobie z brakami kadrowymi w ochronie zdrowia – przekonywał Łukasz Jankowski podczas sesji inauguracyjnej konferencji Wizja Zdrowia. Prezes NRL zaczął od spostrzeżenia, które, jak mówił, wynosi ze współpracy z kolejnymi ministrami zdrowia. Na

początku kadencji szefowie resortu siadają do paneli razem z ekspertami, a im bliżej jej końca, tym częściej rozmawiają osobno, jeszcze przed dyskusją. Dodał, że o sukcesie ministerstwa powinny świadczyć dane, a nie akcje komunikacyjne. Najwięcej miejsca prezes NRL poświęcił kompetencjom zawodów medycznych. Zaproponował eksperyment myślowy: porównanie systemu ochrony zdrowia do linii lotniczej. Na pokładzie pracują piloci, stewardesy, szef pokładu i asystenci. Pewnego dnia stewardesy idą do prezesa i mówią, że chciałyby rozszerzyć swoje kompetencje: posiedzieć w kokpicie, a może zastąpić drugiego pilota, sterować samolotem. Na to zgłaszają się asystenci, gotowi przejąć część obowiązków stewardes. Zdaniem Łukasza Jankowskiego są wtedy dwa wyjścia. – Rozsądny pilot odpowie: chcecie być pilotami, to zostańcie pilotami, przekwalifikujcie się. Albo spojrzy na dane – kontynuował. A dane, jak przypomniał, pokazują przede wszystkim, że w Polsce brakuje pielęgniarek.

„Punkt Zwrotny" w Katowicach

W siedzibie Śląskiej Izby Lekarskiej odbyło się ogólnopolskie spotkanie samorządowe „Punkt Zwrotny – lekarz w systemie ochrony zdrowia". Towarzyszył mu Konwent Prezesów Okręgowych Rad Lekarskich. Gospodarzem był dr n. med. Przemysław Rosak, prezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Katowicach. Do stolicy Górnego Śląska przyjechali prezesi okręgowych rad lekarskich z całej Polski oraz przedstawiciele Naczelnej Izby Lekarskiej na czele z prezesem NRL Łukaszem Jankowskim oraz wiceprezesem Klaudiuszem Komorem.

Prezes Jankowski przedstawił uczestnikom przebieg ostatnich posiedzeń sejmowej Komisji Zdrowia poświęconych odpowiedzialności zawodowej lekarzy. Przypomniał, że samorząd lekarski jest niezależnym samorządem zawodowym. Nadzór nad nim sprawuje prezes Rady Ministrów, któremu samorząd co roku składa sprawozdanie z działalności pionu odpowiedzialności zawodowej. Podkreślił, że samorząd nie uchyla się od rozmowy z parlamentarzystami, ale będzie konsekwentnie bronić swojej niezależności i kompetencji w zakresie odpowiedzialności zawodowej.

Europejscy lekarze razem

Organizacje reprezentujące lekarzy, lekarzy dentystów, pielęgniarki i farmaceutów z zadowoleniem przyjmują wyrażone przez Parlament Europejski poparcie dla działań na rzecz rekrutacji i retencji kadr medycznych oraz budowania ich odporności i wzywają do podjęcia dalszych działań w następstwie przyjęcia przez Parlament raportu dotyczącego kadr medycznych; apelują o przyjęcie skoordynowanej strategii unijnej mającej na celu wzmocnienie europejskich zasobów kadrowych w ochronie zdrowia. Europejskie kadry medyczne mają kluczowe znaczenie dla odporności i stabilności systemów opieki zdrowotnej. W marcu 2025 r. organizacje CPME, EFN i PGEU zaapelowały o pełne uwzględnienie w raporcie Parlamentu Europejskiego dotyczącym kadr medycznych w UE zaleceń obejmujących trzy obszary: rekrutację, utrzymanie kadr i odporność (tzw. reguła 3R: Recruitment, Retention and Resilience).

MÓWIĄ O NAS

Wyceny procedur

Prezes NRL Łukasz Jankowski cytowany przez portal Termedia.pl odniósł się do ministerialnej ustawy dotyczącej reformy systemu, która trafiła do Sejmu. – Projekt jest ostro krytykowany zarówno przez „Solidarność", jak i Konfederację Pracodawców Polskich. Takie są efekty, gdy ustawy tworzy się bez udziału zainteresowanych. Chcieliśmy rozmawiać i mieliśmy konkretne propozycje: wprowadzenie tachografów, odpolitycznienie systemu ochrony zdrowia czy zmianę wyceny procedur. Niestety, nikt z nami o tym nie rozmawiał – zaznaczył Łukasz Jankowski.

Zmiana systemu

W rozmowie z Radiem TOK FM wiceprezes NRL Klaudiusz Komor mówił o roli samorządu lekarskiego w działaniu na rzecz zmiany systemu opieki zdrowotnej. – My jako samorząd lekarski, w ogóle jako środowisko lekarskie, jesteśmy dalecy od wojny z jakimkolwiek rządem. Po prostu zawsze staramy się dotrzeć z naszymi uwagami, z naszymi propozycjami, z naszym spojrzeniem na system ochrony zdrowia do rządzących, żeby tak naprawdę poprawić ten system. System ochrony zdrowia potrzebuje gruntownej reformy. Problem w tym, że rozwiązania projektowane z perspektywy osób, które nie pracują na co dzień we wszystkich jego obszarach, mogą wyglądać inaczej niż dla tych, którzy znają system od środka. Lekarze pracujący w POZ, AOS, szpitalach czy rehabilitacji widzą bowiem problemy i zagrożenia, które mogą ujawnić się dopiero po wejściu nowych przepisów w życie – wyjaśniał wiceszef NIL.

Stomatologia na NFZ

Dla „Gazety Polskiej Codziennie" przewodniczący Komisji Stomatologicznej i wiceprezes NRL Paweł Barucha komentował doniesienia dotyczące dofinansowania publicznej stomatologii. – Nigdy nakłady na stomatologię nie były tak niskie, jak będą w tym roku. To jest zwijanie stomatologii na NFZ. (…) Uczelnie, na których studiują przyszli stomatolodzy, leczą na NFZ i to leczenie jest wpisane w dydaktykę uczelni. Jeśli nie będzie za co leczyć, studenci nie będą się uczyć – zauważa Paweł Barucha. •

Przygotował Dział Komunikacji NIL

MATEUSZ GROCHOWSKI
REDAKTOR NACZELNY

UCHWAŁA NR 21/26/X
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
Z DNIA 28 SIERPNIA 2026 R.
zmieniająca uchwałę w sprawie powołania komisji i zespołów Naczelnej Rady Lekarskiej

(…)

§ 1.

W § 1 uchwały Nr 3/26/X Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 12 czerwca 2026 r. w sprawie powołania komisji i zespołów Naczelnej Rady Lekarskiej pkt 14 otrzymuje następujące brzmienie:
„14) Zespół ds. Mediów".

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ PREZES
Piotr Winciunas *Łukasz Jankowski*

UCHWAŁA NR 22/26/X
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
Z DNIA 28 SIERPNIA 2026 R.
zmieniająca uchwałę w sprawie powołania przewodniczących komisji i zespołów Naczelnej Rady Lekarskiej

(…)

§ 1.

W § 1 uchwały Nr 4/26/X Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 12 czerwca 2026 r. w sprawie powołania przewodniczących komisji i zespołów Naczelnej Rady Lekarskiej pkt 13 otrzymuje następujące brzmienie:
„13) Zespół ds. Mediów – Jakub Kosikowski".

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ PREZES
Piotr Winciunas *Łukasz Jankowski*

UCHWAŁA NR 23/26X
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
Z DNIA 28 SIERPNIA 2026 R.
w sprawie składu komisji i zespołów Naczelnej Rady Lekarskiej

(…)

§ 1.

Powołuje się następujące osoby do komisji i zespołów Naczelnej Rady Lekarskiej:
1. Członkowie Komisji Etyki Lekarskiej:
1) Michał Bąk,
2) Stanisław Bień,
3) Michał Kaliszan,
4) Gabriela Muś,
5) Artur Płachta,
6) Jacek Miarka,
7) Artur de Rosier,
8) Mery Topolska-Kotulecka,
9) Rafał Wiśniowski.
2. Członkowie Komisji Finansowo-Budżetowej:
1) Leszek Cichowski,
2) Paweł Figarski,
3) Michał Gontkiewicz,
4) Romuald Górniak,
5) Łukasz Jasek,
6) Grzegorz Kołodziej,
7) Jan Kowalczuk,
8) Radosław Piwowarczyk,
9) Grzesik Piotr.
3. Członkowie Komisji Organizacyjnej:
1) Leszek Buk,
2) Paweł Czekalski,
3) Mariusz Goniewicz,
4) Michał Gontkiewicz,
5) Adam Miller,
6) Jolanta Smerkowska-Mokrzycka,
7) Małgorzata Terlecka-Maciejewska
8) Piotr Winciunas,
9) Anna Woś-Zaniewska.
4. Członkowie Komisji Legislacyjnej:
1) Piotr Dzięgielewski,
2) Agnieszka Gorgoń-Komor,
3) Jerzy Jakubiszyn,
4) Marzena Kufel,
5) Justyna Morylowska-Topolska,
6) Katarzyna Olszewska,
7) Zbigniew Orzeł,
8) Małgorzata Pudlo,
9) Joanna Szeląg.
5. Członkowie Komisji Kształcenia Medycznego:
1) Stefan Antosiewicz,
2) Joanna Bułka,
3) Maria Cieszko-Buk,
4) Katarzyna Gawłowska,
5) Łukasz Jaśkiewicz,
6) Katarzyna Jungiewicz-Janusz,
7) Roman Kolek,
8) Wiktor Możarowski.
9) Diana Olczyk,
10) Damian Patecki,
11) Rita Sharma,
12) Jakub Spałka,
13) Łukasz Szmygel,
14) Paweł Wojciechowski.
6. Członkowie Komisji ds. Szpitalnictwa:
1) Monika Aldona Chorąży,
2) Jakub Florek,
3) Piotr Kocbach,
4) Roman Łabędź,
5) Mariusz Malicki,
6) Ewa Pater,
7) Piotr Potera,
8) Stanisław Prywiński,
9) Małgorzata Terlecka-Maciejewska.
7. Członkowie Komisji Lecznictwa Otwartego:
1) Marek Błaszczyk,
2) Adam Boruch,
3) Krzysztof Jankowski,
4) Rafał Jacek Kucharski,
5) Paweł Lewek,
6) Kamila Radomska-Hnatyszyn,
7) Aleksandra Śremska,
8) Anna Woś-Zaniewska,
9) Andrzej Zapaśnik.
8. Członkowie Komisji ds. Młodych Lekarzy:
1) Karolina Biernacka,
2) Igor Domański,
3) Laura Eliszewska,
4) Marcin Gawęda,
5) Iwona Handzlik,
6) Anna Kwaszewska,
7) Marcin Matuszewski,
8) Marcin Tarnawski,
9) Piotr Wolski.
9. Członkowie Komisji ds. Lekarzy Emerytów i Rencistów:
1) Leszek Buk,
2) Maria Dura,
3) Maciej Hamankiewicz,
4) Zbigniew Kijas,
5) Elżbieta Małkiewicz,
6) Artur Płachta,
7) Stanisław Prywiński,
8) Jolanta Smerkowska-Mokrzycka,
9) Jadwiga Snarska.
10. Członkowie Komisji ds. Sportu:
1) Janusz Bieniasz,
2) Michał Bobrski,
3) Bartosz Chrzanowski,
4) Michał Głuszek,
5) Lucjan Habieda,
6) Krzysztof Herman,
7) Grzegorz Kołodziej,
8) Agnieszka Mądro,
9) Leszek Rudziński.
11. Członkowie Zespołu ds. Naruszeń w Ochronie Zdrowia:
1) Agnieszka Sawicka;
2) Mateusz Wójcik.
12. Członkowie Zespołu ds. Mediów:
1) Joanna Brawańska-Gołuch,
2) Piotr Pisula,
3) Łukasz Szmygel,
4) Piotr Winciunas.
13. Członkowie Zespołu ds. Polityki Lekowej i Farmakoterapii:
1) Marlena Broncel,
2) Łukasz Bułdak,
3) Grzegorz Grześk.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ PREZES
Piotr Winciunas *Łukasz Jankowski*

UCHWAŁA NR 24/26/X
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
Z DNIA 28 SIERPNIA 2026 R.
w sprawie składu Komisji ds.Egzaminów z Języka Polskiego dla Lekarzy Cudzoziemców Naczelnej Rady Lekarskiej

(…)

§ 1.

Powołuje się następujące osoby w skład Komisji ds. Egzaminów z Języka Polskiego dla Lekarzy Cudzoziemców Naczelnej Rady Lekarskiej:
1) Bartoszewska Agata,
2) Dowgird Agata,
3) Lutomska Marianna,
4) Nagajek Aneta,
5) Surmacz Kamila,
6) Bryja-Nowosad Aleksandra
7) Grudziąż-Sękowska Justyna,
8) Marzec Katarzyna,
9) Matuszak Bartłomiej,
10) Sochaczewska-Dolecka Agnieszka,
11) Szczurko Jolanta,
12) Leśniak-Trześniewska Agnieszka,
13) Lesak Danuta,
14) Stępnik-Mardzyńska Alina,
15) Bojarska-Łoś Monika,
16) Cieślicka Ewa,
17) Czubak-Adamus Klara,
18) Dobies-Krześniak Barbara,
19) Doczekalski Paweł,
20) Dura Maria,
21) Flaga-Łuczkiewicz Magdalena
22) Golański Ryszard,
23) Gontkiewicz Michał,
24) Góra Jarosław
25) Herman Krzysztof,
26) Klimza Małgorzata,
27) Kraśniej-Dębkowska Agnieszka,
28) Madejek Robert,
29) Patena Konrad,
30) Sowiński Jacek,
31) Wojdyńska Zuzanna.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ *Piotr Winciunas*
PREZES *Łukasz Jankowski*

UCHWAŁA NR 25/26/X
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
Z DNIA 28 SIERPNIA 2026 R.
w sprawie zadań komisji oraz zespołów Naczelnej Rady Lekarskiej

(…)

§ 1.

Do zadań Komisji Etyki Lekarskiej należy:
1) opiniowanie projektów aktów prawnych dotyczących opieki zdrowotnej z punktu widzenia etyki lekarskiej,
2) opracowanie projektów uchwał i stanowisk Naczelnej Rady Lekarskiej w sprawach dotyczących etyki lekarskiej,
3) analiza, opiniowanie i przedstawianie Naczelnej Radzie Lekarskiej propozycji kierunków działań w zakresie sprawowania przez samorząd lekarski pieczy nad należytym i sumiennym wykonywaniem zawodu lekarza i lekarza dentysty w wymiarze etycznym,
(…)

§ 2.

Do zadań Komisji Finansowo-Budżetowej należy:
1) opiniowanie projektu budżetu,
2) opiniowanie propozycji zmian w budżecie NIL,
(…)

§ 3.

Do zadań Komisji Organizacyjnej należy:
1) opracowywanie jednolitych zasad postępowania w wybranych obszarach działalności samorządu lekarskiego,
2) przygotowywanie projektów uchwał, stanowisk, apeli i opinii Naczelnej Rady Lekarskiej w sprawach zleconych przez Naczelną Radę Lekarską, Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej lub Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej, a także z własnej inicjatywy,
(…)

§ 4.

Do zadań Komisji Legislacyjnej należy:
1) opiniowanie projektów ustaw i opracowywanie projektów stanowisk Naczelnej Rady Lekarskiej,
2) opiniowanie projektów aktów wykonawczych i opracowywanie projektów stanowisk Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej,
(…)

§ 5.

Do zadań Komisji Kształcenia Medycznego należy:
1) monitorowanie i opiniowanie zmian w systemie kształcenia przed- i podyplomowego lekarzy oraz lekarzy dentystów, ze szczególnym uwzględnieniem jakości szkolenia specjalizacyjnego,
(…)

§ 6.

Do zadań Komisji ds. Szpitalnictwa należy:
1) opiniowanie aktów prawnych i opracowywanie projektów uchwał i stanowisk Naczelnej Rady Lekarskiej dotyczących leczenia szpitalnego,
(…)

§ 7.

Do zadań Komisji ds. Lecznictwa Otwartego należy:
1) opiniowanie projektów aktów prawnych i opracowywanie projektów uchwał i stanowisk Naczelnej Rady Lekarskiej w sprawach dotyczących podstawowej opieki zdrowotnej, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, domowej opieki hospicyjnej oraz rehabilitacji prowadzonej w trybie otwartym,
(…)

§ 8.

Do zadań Komisji ds. Młodych Lekarzy należy:
1) nawiązywanie współpracy z okręgowymi izbami lekarskimi w celu uzyskiwania bieżącej informacji na temat sytuacji młodych lekarzy i podejmowania odpowiednich działań interwencyjnych oraz ogólnych,
(…)

§ 9.

Do zadań Komisji ds. Lekarzy Emerytów i Rencistów należy:
1) bieżące informowanie Naczelnej Rady Lekarskiej o problemach istotnych dla środowiska lekarzy i lekarzy dentystów będących emerytami i rencistami oraz przedstawianie propozycji ich rozwiązania;
(…)

§ 10.

Do zadań Komisji ds. Sportu należy:
1) organizacja i współudział w organizowaniu imprez sportowych i turystycznych środowiska lekarskiego,
(…)

§ 11.

Do zadań Komisji ds. Egzaminów z Języka Polskiego dla Lekarzy Cudzoziemców należy organizacja i przeprowadzanie egzaminów z języka polskiego dla lekarzy cudzoziemców.

§ 12.

Do zadań Zespołu ds. naruszeń w ochronie zdrowia należy:
1) aktywne wyszukiwanie, zbieranie informacji i zawiadamianie odpowiednich organów izb lekarskich na temat nieprawidłowości w zakresie funkcjonowanie jednostek ochrony zdrowia,
(…)

§ 13.

Do zadań Zespołu ds. Mediów należy:
1) inicjowanie i prowadzenie działań na rzecz wizerunku zawodu lekarza i lekarza dentysty oraz samorządu lekarskiego, w tym kampanii społecznych Naczelnej Izby Lekarskiej i wsparcie kampanii społecznych okręgowych izb lekarskich,
(…)

§ 14.

Do zadań Zespołu ds. Polityki Lekowej i Farmakoterapii należy:
1) przygotowywanie projektów stanowisk i opinii Naczelnej Rady Lekarskiej dotyczących leków, ich stosowania oraz zasad refundacji,
(…)

§ 16.

Traci moc uchwała Nr 45/22/IX Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 21 października 2022 r. w sprawie zadań komisji oraz

zespołów Naczelnej Rady Lekarskiej wraz z późniejszymi zmianami.

§ 17.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ PREZES
Piotr Winciunas *Łukasz Jankowski*

UCHWAŁA NR 26/26/X NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ Z DNIA 28 SIERPNIA 2026 R.

w sprawie Ośrodka Bioetyki Naczelnej Izby Lekarskiej

(…)

§ 1.

Powołuje się Ośrodek Bioetyki Naczelnej Izby Lekarskiej, zwany dalej „Ośrodkiem".

§ 2.

1. Do zadań Ośrodka należy w szczególności:
1) monitorowanie i analizowanie obowiązującego ustawodawstwa dotyczącego zagadnień bioetycznych, zarówno w zakresie prawodawstwa krajowego jak i regulacji europejskich,
2) opiniowanie projektów ustaw i rozporządzeń odnoszących się do problematyki bioetycznej, w szczególności w obszarze badań naukowych, ochrony praw pacjenta, eksperymentów medycznych oraz nowych technologii medycznych,
3) przygotowywanie stanowisk, apeli oraz opinii dla Naczelnej Rady Lekarskiej lub Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej w sprawach dotyczących bioetyki,

(…)

§ 3.

1. Działalnością Ośrodka kieruje kierownik, powoływany przez Naczelną Radę Lekarską na okres kadencji Naczelnej Rady Lekarskiej.
2. Kierownik Ośrodka jest członkiem Rady Ośrodka i jej przewodniczącym.
3. Kierownikiem Ośrodka może zostać lekarz lub lekarz dentysta, posiadający doświadczenie w pracy badawczej, doświadczenie w pracy w komisji bioetycznej lub doświadczenie w zakresie bioetyki.

§ 4.

Do zadań kierownika Ośrodka należy:
1) kierowanie bieżącą działalnością Ośrodka,
2) zwoływanie posiedzeń Rady Ośrodka co najmniej raz na pół roku,
3) składanie Naczelnej Radzie Lekarskiej corocznych sprawozdań z działalności Ośrodka.

(…)

§ 10.

Traci moc uchwała nr 23/18/VIII Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 14 grudnia 2018 r. w sprawie Ośrodka Bioetyki Naczelnej Rady Lekarskiej zmieniona uchwałą Nr 23/22/IX Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 2 września 2022 r. w sprawie zmiany regulaminów Ośrodków Współpracy Zagranicznej, ds. Opiniowania Sądowo-Lekarskiego, Bioetyki i Kultury i Dziedzictwa Historycznego Naczelnej Rady Lekarskiej.

§ 11.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ PREZES
Piotr Winciunas *Łukasz Jankowski*

UCHWAŁA NR 27/26/X NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ Z DNIA 28 SIERPNIA 2026 R.

w sprawie powołania Rady Ośrodka Bioetyki Naczelnej Rady Lekarskiej

(…)

§ 1.

Powołuje się Radę Ośrodka Bioetyki Naczelnej Izby Lekarskiej w składzie:
1) Mariusz Goniewicz – Przewodniczący Rady Ośrodka;
2) Roman Budziński – członek,
3) Grzegorz Kamiński – członek,
4) Dorota Lasota – członek,
5) Jarosław Sak – członek,
6) Wanda Stankiewicz – członek,
7) Marek Stopiński – członek.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ PREZES
Piotr Winciunas *Łukasz Jankowski*

UCHWAŁA NR 28/26/X NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ Z DNIA 28 SIERPNIA 2026 R.

w sprawie powołania członków Rady Ośrodka Kultury Naczelnej Izby Lekarskiej

(…)

§ 1.

Powołuje się Radę Ośrodka Kultury Naczelnej Izby Lekarskiej w składzie:
1) lek. Jarosław Wanecki – kierownik Ośrodka Kultury Naczelnej Izby Lekarskiej,
2) lek. Elżbieta Czechowska – członek,
3) lek. dent. Bożena Hoffman-Golańska – członek,
4) lek. Jerzy Lach – członek,
5) lek. Marzena Mazur – członek.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ PREZES
Piotr Winciunas *Łukasz Jankowski*

UCHWAŁA NR 29/26/X NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ Z DNIA 28 SIERPNIA 2026 R.

w sprawie powołania członków Rady Ośrodka Dziedzictwa Historycznego Naczelnej Izby Lekarskiej

(…)

§ 1.

Powołuje się Radę Ośrodka Dziedzictwa Historycznego Naczelnej Izby Lekarskiej w składzie:
1) lek. Krzysztof Siemianowicz – kierownik Ośrodka Dziedzictwa Historycznego Naczelnej Izby Lekarskiej,
2) lek. dent. Barbara Bruziewicz-Mikłaszewska – członek,
3) lek. Krzysztof Kopociński – członek,
4) lek. Zbigniew Kopociński – członek,
5) lek. dent. Ewa Szczutowska – członek.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ PREZES
Piotr Winciunas *Łukasz Jankowski*

UCHWAŁA NR 30/26/X NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ Z DNIA 28 SIERPNIA 2026 R.

w sprawie powołania członków Rady Ośrodka Współpracy Zagranicznej

(…)

§ 1.

Powołuje się Radę Ośrodka Współpracy Zagranicznej w składzie:
1) lek. Michał Matuszewski – kierownik Ośrodka Współpracy Zagranicznej,
2) lek. Łukasz Jasek – członek,
3) lek. Łukasz Jaśkiewicz – członek,
4) lek. dent. Radosław Maksymowicz – członek,
5) lek. dent. Teresa Sierpińska – członek,
6) lek. dent. Ewa Siewierska-Chomeniuk – członek,
7) lek. Małgorzata Terlecka-Maciejewska – członek.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ PREZES
Piotr Winciunas *Łukasz Jankowski*

UCHWAŁA NR 31/26/X NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ Z DNIA 28 SIERPNIA 2026 R.

w sprawie wyboru członków Kolegium Redakcyjnego Gazety Lekarskiej

(…)

§ 1.

Do składu Kolegium Reakcyjnego Gazety Lekarskiej powołuje się:
1) Ryszarda Golańskiego,
2) Annę Lellę,
3) Artura Płachtę,
4) Piotra Sielatyckiego,
5) Marcina Szczęśniaka.

§ 2.

Traci moc uchwała Nr 40/22/IX Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 21 października 2022 r. w sprawie wyboru członków Kolegium Redakcyjnego Gazety Lekarskiej.

§ 3.
Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ PREZES
Piotr Winciunas *Łukasz Jankowski*

UCHWAŁA NR 32/26/X NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ Z DNIA 28 SIERPNIA 2026 R.

w sprawie powołania członków Zespołu do spraw reformy odpowiedzialności zawodowej

(…)

§ 1.
Powołuje się następujących członków Zespołu do spraw reformy odpowiedzialności zawodowej:
1) Jacek Fórmaniak,
2) Jacek Opinc,
3) Piotr Winciunas,
4) Grzegorz Wrona,

§ 2.
Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ PREZES
Piotr Winciunas *Łukasz Jankowski*

UCHWAŁA NR 33/26/X NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ Z DNIA 28 SIERPNIA 2026 R.

zmieniająca uchwałę w sprawie powołania Rady Ekspertów Naczelnej Izby Lekarskiej

(…)

§ 1.
W uchwale nr 2/26/X Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 12 czerwca 2026 r. w sprawie powołania Rady Ekspertów Naczelnej Izby Lekarskiej, w § 2 w pkt 28 kropkę zastępuje się przecinkiem i dodaje się pkt 29–32 w brzmieniu:
„29) prof. dr hab. n. med. Krystyn Sosada – członek,
30) prof. dr hab. n. med. Jerzy Walecki – członek,
31) prof. n. med. i n. o zdr. Piotr Skarżyński – członek,
32) prof. Adrian Włodarczak – członek.”.

§ 2.
Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ PREZES
Piotr Winciunas *Łukasz Jankowski*

UCHWAŁA NR 34/26/X NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ Z DNIA 28 SIERPNIA 2026 R.

w sprawie zasad i trybu powoływania oraz działania Rzecznika Praw Lekarzy Naczelnej Izby Lekarskiej

(…)

§ 1.
W Naczelnej Izbie Lekarskiej działa Rzecznik Praw Lekarzy Naczelnej Izby Lekarskiej zwany dalej „Rzecznikiem Praw Lekarzy”.

§ 2.
1. Rzecznika Praw Lekarzy powołuje Naczelna Rada Lekarska na okres kadencji Naczelnej Rady Lekarskiej.
2.Rzecznik Praw Lekarzy sprawuje swoją funkcję do czasu powołania Rzecznika Praw Lekarzy przez Naczelną Radę Lekarską następnej kadencji.
3. Na Rzecznika Praw Lekarzy może zostać powołany lekarz lub lekarz dentysta wykazujący nienaganną postawę etyczną, posiadający prawo wykonywania zawodu i przynajmniej dziesięcioletnie doświadczenie zawodowe.
4. Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej przedstawia Naczelnej Radzie Lekarskiej kandydata na stanowisko Rzecznika Praw Lekarzy.
5. Naczelna Rada Lekarska może odwołać Rzecznika Praw Lekarzy z uzasadnionych przyczyn.

§ 3.
1. Rzecznik Praw Lekarzy jest upoważniony do reprezentowania Naczelnej Rady Lekarskiej w zakresie działania na rzecz ochrony zawodów lekarza i lekarza dentysty, w tym występowania w obronie godności, społecznego wizerunku oraz interesów zbiorowych członków samorządu zawodowego lekarzy i lekarzy dentystów, w szczególności poprzez kontaktowanie się z organami władzy publicznej, instytucjami, podmiotami wykonującymi działalność leczniczą, organizacjami społecznymi oraz innymi podmiotami, a także do kierowania do nich wystąpień, wniosków i stanowisk.
2. Podejmowanie przez Rzecznika Praw Lekarzy czynności w imieniu Naczelnej Rady Lekarskiej w sprawach dotyczących interesów lekarzy w postępowaniach przed sądami, organami administracji publicznej, organami postępowania przygotowawczego, w tym zgłoszenie udziału Naczelnej Izby Lekarskiej w postępowaniu w charakterze organizacji społecznej, wymaga odrębnego upoważnienia udzielonego uchwałą Naczelnej Rady Lekarskiej lub uchwałą Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej.

§ 4.
1. Do zadań Rzecznika Praw Lekarzy należy podejmowanie działań na rzecz ochrony zawodu lekarza i lekarza dentysty, a w szczególności:
1) występowanie w obronie godności, niezależności i bezpieczeństwa wykonywania zawodu lekarza i lekarza dentysty,
2) występowanie w obronie interesów zbiorowych lekarzy i lekarzy dentystów,
3) podejmowanie, w uzasadnionych przypadkach, działań w sprawach indywidualnych, w szczególności, gdy sprawa ma charakter precedensowy lub systemowy albo może wywoływać skutki dla szerszej grupy członków samorządu lekarskiego,
4) identyfikowanie i monitorowanie zjawisk, praktyk oraz rozwiązań prawnych lub organizacyjnych mogących naruszać prawa lekarzy i lekarzy dentystów albo zagrażać prawidłowemu wykonywaniu tych zawodów,
(…)

§ 9.
Tracą moc:
1. uchwała nr 29A/22/IX Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 2 września 2022 r. w sprawie upoważnienia Rzecznika Praw Lekarza Naczelnej Izby Lekarskiej do reprezentowania Naczelnej Izby Lekarskiej,
2. uchwała nr 25/24/IX Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 6 września 2024 r. w sprawie Regulaminu działania Rzecznika Praw Lekarza Naczelnej Izby Lekarskiej.

§ 10.
Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ PREZES
Piotr Winciunas *Łukasz Jankowski*

UCHWAŁA NR 35/26/X NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ Z DNIA 28 SIERPNIA 2026 R.

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

(…)

§ 1.
Przeznacza się kwotę do 450 000 zł brutto (słownie: czterysta pięćdziesiąt tysięcy złotych) na organizację szkolenia dla członków sądów lekarskich i rzeczników odpowiedzialności zawodowej, które odbędzie się w dniach 6-8 listopada 2026 r. w Hotelu Focus Premium i Hotelu Focus Premium pod Orłem w Bydgoszczy. Szkolenie przeznaczone jest dla członków Naczelnego Sądu Lekarskiego, okręgowych sądów lekarskich, Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej, okręgowych rzeczników odpowiedzialności zawodowej oraz ich zastępców.

§ 2.
Środki na organizację szkolenia, o którym mowa w § 1, będą pochodziły w częściach równych z budżetu Naczelnego Sądu Lekarskiego oraz Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej.

§ 3.
Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ PREZES
Piotr Winciunas *Łukasz Jankowski*

Pełna treść uchwał NRL z 28 sierpnia 2026 r. dostępna na stronie nil.org.pl

OŚRODEK KSZTAŁCENIA

Cukrzyca inna niż wszystkie

Nie każda cukrzyca wymaga insuliny, a niektóre przypadki błędnie przypisuje się do typu 1 lub 2 – mówi **prof. Magdalena Szopa** z Katedry Chorób Metabolicznych Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum w Krakowie i Oddziału Klinicznego Diabetologii, Chorób Wewnętrznych i Metabolicznych Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie w rozmowie z Lucyną Krysiak.

Czym jest cukrzyca monogenowa i czym różni się od cukrzycy typu 1 i 2?

Cukrzyca monogenowa to grupa postaci cukrzycy spowodowanych wariantem patogennym lub prawdopodobnie patogennym w pojedynczym genie. Może zaburzać wydzielanie insuliny lub regulację glikemii. Należą do nich MODY, cukrzyca noworodkowa i postacie zespołowe. W cukrzycy typu 1 główną rolę odgrywa autoimmunologiczne niszczenie komórek beta trzustki, a w typie 2 – insulinooporność i postępujące zaburzenia wydzielania insuliny. W cukrzycy monogenowej przyczyną jest określona zmiana genetyczna. Rozpoznanie może zmienić leczenie i mieć znaczenie dla rodziny.

Jak rozpoznać cukrzycę monogenową i kiedy zlecić badanie genetyczne?

Podejrzenie powinien wzbudzić przebieg choroby, który nie pasuje do typowego obrazu cukrzycy typu 1 lub 2. Wskazówkami są m.in. zachorowanie w młodym wieku, cukrzyca w kolejnych pokoleniach rodziny, brak typowych cech autoimmunizacji, zachowane wydzielania własnej insuliny czy łagodna, stabilna hiperglikemia. Cukrzyca rozpoznana przed 6. miesiącem życia często ma podłoże monogenowe. Ważne mogą być też objawy pozatrzustkowe, np. nieprawidłowości w funkcjonowaniu nerek, układu moczowo-płciowego lub trzustki. Żadna z tych cech nie przesądza jednak o rozpoznaniu. Ocenia się obraz kliniczny, wywiad rodzinny, przeciwciała przeciwwyspowe i – w odpowiednich sytuacjach – peptyd C. Badanie genetyczne dobiera się do podejrzewanego podtypu, a wynik interpretuje klinicznie.

Czy rozpoznanie genetyczne zmienia leczenie?

Tak. Leczenie zależy od podtypu choroby. W GCK-MODY występuje zwykle łagodna, stabilna hiperglikemia na czczo i poza szczególnymi sytuacjami, takimi jak ciąża, leczenie obniżające glikemię najczęściej nie



fot. Archiwum prywatne

jest potrzebne. W HNF1A-MODY i HNF4A-MODY często skuteczne są pochodne sulfonylomocznika, które pobudzają wydzielanie insuliny. U części pacjentów możliwa jest zmiana terapii, również po wcześniejszym leczeniu insuliną, ale wymaga to indywidualnej oceny i monitorowania. W niektórych postaciach cukrzycy noworodkowej związanych z genami *KCNJ11* lub *ABCC8* można zastąpić insulinę pochodnymi sulfonylomocznika. Nie dotyczy to wszystkich postaci, dlatego kluczowe jest ustalenie przyczyny genetycznej.

Jakie korzyści z diagnostyki odnosi pacjent i jego rodzina?

Rozpoznanie wyjaśnia przyczynę choroby, może skorygować wcześniejszą klasyfikację, pozwala dopasować terapię i wskazać potrzebę kontroli innych narządów. Ma znaczenie dla rodziny: w wielu postaciach dziedziczonych autosomalnie dominująco osoba z patogennym wariantem ma 50-proc. prawdopodobieństwo przekazania go każdemu dziecku. Nie oznacza to identycznego przebiegu choroby. Wynik pozwala zaproponować krewnym diagnostykę i poradnictwo genetyczne.

◀ *Nie chodzi o badanie genetyczne każdego pacjenta, lecz o wskazanie osób, które mogą na nim skorzystać – podkreśla* ***prof. Magdalena Szopa***

Co lekarze powinni wiedzieć o cukrzycy monogenowej?

Podział na cukrzycę typu 1 i 2 nie obejmuje wszystkich postaci choroby. Młody wiek nie przesądza o typie 1, a nadwaga lub otyłość nie wykluczają postaci monogenowej. Warto zweryfikować rozpoznanie przy nietypowym przebiegu, nieskutecznym leczeniu cukrzycy w kolejnych pokoleniach lub dodatkowych cechach klinicznych. Nie chodzi o badanie genetyczne każdego pacjenta, lecz o wskazanie osób, które mogą na nim skorzystać.

Czego lekarze dowiedzą się podczas webinarów Akademii Cukrzyc Monogenowych NIL?

Akademia, rozwijana we współpracy z Naczelną Izbą Lekarską i ekspertami z ośrodka krakowskiego, ma dostarczać praktycznej wiedzy przydatnej w codziennej pracy. Będziemy omawiać najważniejsze podtypy cukrzycy monogenowej, przypadki kliniczne, wskazania do badań genetycznych i interpretację wyników. Pokażemy, kiedy pogłębić diagnostykę i jak wynik wpływa na leczenie oraz rodzinę. Webinar otwierający cykl odbędzie się 23 listopada 2026 r., a kolejne spotkania zaplanowano na styczeń i kwiecień 2027 r. Ważnym elementem mojej pracy jest współpraca międzynarodowa. Dzięki stypendium NAWA miałam możliwość poznania działalności ośrodka University of Chicago. Inspirując się prowadzonymi tam działaniami i zdobytym doświadczeniem, chcemy rozwijać edukację skierowaną bezpośrednio do pacjentów i ich rodzin oraz dzielić się nim z uczestnikami webinarów. ●

NIL Ośrodek Kształcenia

Ośrodek Kształcenia

Naczelnej Izby Lekarskiej

KALENDARZ SZKOLEŃ
LISTOPAD 2026

- 02.11.2026 - Cykl: Podstawy organizacji zabezpieczenia medycznego i medycyny wojskowej cz. 3.
- 04.11.2026 - Gwałtowne pogorszenie stanu zdrowia pacjenta w gabinecie stomatologicznym – na co powinniśmy się przygotować?
- 05.11.2026 - Bezpieczna praktyka dentystyczna – odpowiedzialność i przepisy.
- 09.11.2026 - Social media a etyka lekarska – jak budować markę osobistą bezpiecznie i profesjonalnie.
- 16.11.2026 - Leczenie uzależnienia bez oceniania – jak skutecznie wspierać pacjentów w rzucaniu palenia?
- 18.11.2026 - Job crafting dla lekarzy – dlaczego ta sama praca jednych wzmacnia, a innych wypala.
- 19.11.2026 - Zarządzanie napięciem i trudnymi sytuacjami w zespole medycznym.
- 20.11.2026 - Zarządzanie finansami dla lekarzy.
- 25.11.2026 - Ochrona danych osobowych – praktyczne wyzwania z uwzględnieniem AI.
- 26.11.2026 - Dziecko u lekarza – prawne problemy w praktyce leczenia pacjentów małoletnich.
- 26.11.2026 - Po co lekarzowi współpraca z mediami? Jak bezpiecznie wejść w dyskusję publiczną i stać się głosem nauki.
- 27.11.2026 - Odpowiedzialność cywilnoprawna lekarza za błędy medyczne.

SZKOLENIA ORGANIZOWANE Z PARTNERAMI

- 02.11.2026 - Emergency medicine in dentistry: 10-minutes to save a life.
- 04.11.2026 - Otyłość i choroby wątroby – od wspólnego problemu do wspólnego rozwiązania.
- 05.11.2026 - Prosty język w promocji zdrowia.
- 06.11.2026 - Fascykulacje/Tężyczka utajona.
- 12.11.2026 - Nowe produkty nikotynowe w praktyce lekarskiej – rozpoznawanie, ryzyko i komunikacja z pacjentem.
- 13.11.2026 - Interpretacja badania EEG krok po kroku.
- 16.11.2026 - Centralna e-rejestracja – zasady funkcjonowania: organizacyjne i praktyczne aspekty.
- 18.11.2026 - Jak przygotować pacjenta do procesu orzekania o niepełnosprawności? Perspektywa lekarza orzecznika.
- 19.11.2026 - Cykl: Lekarz: pierwszy rozdział – Dokumentacja medyczna.
- 23.11.2026 - Poza schematem cukrzycy typu 1 i 2. Dlaczego warto rozmawiać o cukrzycy monogenowej?
- 23.11.2026 - Przymus bezpośredni wobec pacjenta.
- 27.11.2026 - Cykl: Lekarz: pierwszy rozdział – Naruszenie dóbr osobistych lekarza w internecie – hejt a dopuszczalne granice krytyki.
- 30.11.2026 - Dental trauma and dental trauma induced resorptions.
- 30.11.2026 - Choroba wirusowa Ebola – aktualna sytuacja epidemiologiczna oraz najważniejsze elementy nadzoru epidemiologicznego.

WTORKI Z INNOWACJAMI

- 10.11.2026 - Sztuczna inteligencja w endokrynologii: od teorii do praktyki klinicznej.
- 24.11.2026 - Cykliczny przegląd AI dla lekarzy cz. III.

SZKOLENIA STACJONARNE

- 27.11.2026 - Umiejętność wprowadzania zmian w organizacji.

Zapisy na szkolenia:
www.nil.org.pl/dla-lekarzy/kursy-i-szkolenia
szkolenia@nil.org.pl (22) 559 13 00 wew. 507

GAZETA LEKARSKA



Pałac Gyeongbokgung w Seulu – dawna siedziba koreańskich władców z dynastii Joseon

fot. Sylwia Wamej

Między Seulem a ciszą świątyń

SYLWIA WAMEJ

Od futurystycznego Seulu, przez wulkaniczne krajobrazy Jeju i góry skąpane w jesiennych barwach, po buddyjskie świątynie, w których czas płynie inaczej. Korea Południowa potrafi zachwycić różnorodnością, zaskoczyć kontrastami i zmęczyć nadmiarem wrażeń. Właśnie dlatego trudno o niej zapomnieć.

Podróżowanie po Korei Południowej w pięcioosobowym składzie wymaga dobrej organizacji. Trzeba zadbać nie tylko o noclegi, lecz także o odpowiedni samochód. Nie ma się co oszukiwać: przy takiej ekipie auto musi być przede wszystkim wygodne i przestronne. Nasz „K-trip" rozpoczynamy w Seulu jeszcze bez samochodu. Stolica Korei Południowej wraz z otaczającą ją aglomeracją należy do największych obszarów metropolitalnych świata. Szybko przekonujemy się jednak, że po mieście najlepiej poruszać się komunikacją miejską. Metro jest szybkie i pozwala sprawnie dotrzeć niemal wszędzie.

Pierwsze dwa dni poświęcamy na poznawanie najbardziej znanych zabytków miasta. Wśród nich znajduje się Pałac Gyeongbok, najważniejsza dawna rezydencja królewska Korei. Choć na przestrzeni wieków był wielokrotnie niszczony i odbudowywany, dziś przyciąga tłumy turystów z całego świata. Wielu z nich spaceruje po pałacowych dziedzińcach w tradycyjnych hanbokach, co nadaje temu miejscu niezwykły klimat. Wypożyczenie stroju na kilka godzin kosztuje około 20 tys. wonów (niecałe 60 zł) i dodatkowo uprawnia do bezpłatnego wejścia do większości pałaców w Seulu.

Na naszej trasie nie mogło zabraknąć także Bukchon Hanok Village. To jedna z tych części miasta, które sprawiają wrażenie, jakby czas się w nich zatrzymał. Wąskie uliczki i charakterystyczne dachy tradycyjnych domów

hanok tworzą krajobraz zupełnie niepasujący do otaczających je szklanych wieżowców. Co ciekawe, dzielnica nadal jest zamieszkana, choć jednocześnie należy do najpopularniejszych atrakcji turystycznych stolicy. Można tu zajrzeć do niewielkich sklepów, napić się herbaty lub spróbować lokalnych przekąsek.

OD KUCHNI

Kuchnia koreańska opiera się przede wszystkim na ryżu, mięsie, rybach i warzywach. Niemal do każdego posiłku podawane jest kimchi, czyli pikantna fermentowana kapusta pekińska. Do najpopularniejszych dań należą bibimbap – ryż podawany z warzywami, jajkiem i pastą gochujang, bulgogi – marynowana, grillowana wołowina, japchae – makaron ze skrobi batatowej smażony z warzywami, a także gimbap przypominający japońskie sushi.

Jako wegetarianka miałam momentami nieco pod górkę. Wiele tradycyjnych dań zawiera mięso, ryby lub owoce morza. Na szczęście bez większego problemu można znaleźć wegetariańskie wersje bibimbapu czy gimbapu. Podobnie jest z wieloma przystawkami, które trafiają na stół niemal przy każdym posiłku.

Będąc w Seulu, nie sposób pominąć licznych targów z ulicznym jedzeniem. To właśnie tam można najlepiej poznać koreański street food. Spróbowaliśmy między innymi chrupiących placków z fasoli mung oraz różnych odmian koreańskich naleśników, które cieszą się ogromną popularnością wśród mieszkańców.

ARTYSTYCZNE OBLICZE

Poza najbardziej znanymi zabytkami Seul kryje wiele mniej oczywistych miejsc. Jednym z nich jest Ihwa Mural Village, położona na zboczach góry Naksan. Jeszcze kilkanaście lat temu była to zaniedbana część miasta. Dziś przyciąga spacerowiczów kolorowymi muralami, mozaikami i instalacjami artystycznymi. To idealne miejsce, by zwolnić tempo i pobłądzić po wąskich uliczkach.

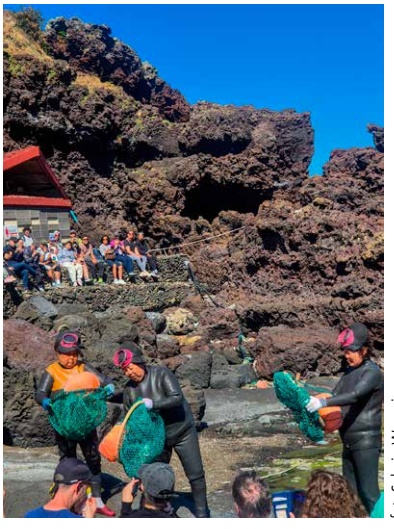
Jednym z największych zaskoczeń okazała się jednak odkryta zupełnie przypadkiem Seoul Outdoor Library, zlokalizowana wzdłuż potoku Cheonggyecheon.

Sama rzeka ma bardzo ciekawą historię. W latach 50. XX wieku została przykryta drogą, a później autostradą. Dopiero w 2005 r. przywrócono ją mieszkańcom w ramach ambitnego projektu rewitalizacji miasta. Podczas wieczornego spaceru natrafiłam na tłumy Koreańczyków siedzących przy kolorowych lampkach i czytających książki. W samym sercu jednej z największych metropolii Azji był to widok zaskakująco spokojny, niemal nieprawdopodobny.



fot. Sylwia Wamej

▲ *Malownicze wybrzeże Busan*



fot. Sylwia Wamej

▶ *Poławiaczki owoców morza Haeneyo*

▼ *W koreańskich restauracjach do każdego posiłku podawane są przystawki m.in. kimchi*



fot. Sylwia Wamej

Po zachodzie słońca Seul pokazuje zupełnie inne oblicze. Jeden z wieczorów spędzamy w karaoke. Koreańskie lokale znacznie różnią się od tych, które znamy z Polski. Zamiast występować przed obcymi ludźmi, wynajmuje się prywatny pokój dla swojej grupy. Dzięki temu można śpiewać na cały głos bez skrępowania i nie przeszkadzać innym. W repertuarze są zarówno koreańskie przeboje, jak i największe światowe hity. Za niewielką opłatą można spędzić naprawdę przyjemny wieczór, nie narażając przy tym przypadkowych słuchaczy na jakość własnego wokalu.

MANDARYNKOWA WYSPA JEJU

Po dwóch dniach spędzonych w Seulu przenosimy się na Jeju. Lot ze stolicy trwa zaledwie godzinę, a już po chwili znajdujemy się w zupełnie innym świecie. Odbieramy samochód i ruszamy odkrywać najbardziej znaną wyspę Korei Południowej. Jeju od pierwszych chwil urzeka spokojem i bujną zielenią. To miejsce stworzone do niespiesznego podróżowania, podziwiania krajobrazów i łapania oddechu od wielkomiejskiego zgiełku. Wulkaniczne wzgórza przeplatają się

tu z plażami, wodospadami i malowniczym wybrzeżem.

Nie bez powodu mówi się o niej „mandarynkowa wyspa". Niemal na każdym kroku można spotkać sady pełne owoców, a lokalne sklepy kuszą sokami, słodyczami i rozmaitymi przysmakami z mandarynek.

Jeju to także miejsce, w którym główną rolę odgrywa natura. Wyspa słynie z wulkanicznego krajobrazu, jaskiń lawowych i licznych obiektów wpisanych na listę UNESCO. Jednym z jej symboli są haenyeo, czyli „kobiety morza". To zazwyczaj starsze Koreanki, które od dziesięcioleci nurkują bez sprzętu tlenowego, poławiając między innymi ślimaki morskie, jeżowce czy uszaki. Dziś ta tradycja stopniowo zanika. Podczas pokazów dla turystów haenyeo imponują nie tylko umiejętnościami, lecz także pogodą ducha i poczuciem humoru.

Po dwóch i pół dnia spędzonych na Jeju, najedzeni mandarynkami i oczarowani krajobrazami wyspy, wracamy do Seulu.

POWRÓT DO STOLICY

Tym razem zatrzymujemy się przede wszystkim w dzielnicy Gangnam. To właśnie tutaj znajdują się królewskie grobowce dynastii Joseon, ponadsześćsetletnie mauzoleum wpisane na listę UNESCO. Spacer między historycznymi grobowcami otoczonymi nowoczesną zabudową doskonale pokazuje kontrasty, z których słynie Korea Południowa.

Kilka minut dalej znajduje się zupełnie inna atrakcja. Przy centrum handlowo-kongresowym COEX stoi słynny pomnik Gangnam Style, przedstawiający złote dłonie wykonujące charakterystyczny układ z kultowego teledysku Psy'ego.

Spacerując po Gangnamie, trudno nie zwrócić uwagi na perfekcyjnie wystylizowanych mieszkańców dzielnicy. Modnie ubrani młodzi ludzie i osoby, których uroda wydaje się niemal identyczna. Gangnam od lat pozostaje światowym centrum chirurgii plastycznej, a zabiegi medycyny estetycznej stały się w Korei zjawiskiem społecznym na niespotykaną skalę. Dla wielu osób są elementem inwestowania w przyszłość podobnie jak edukacja czy rozwój kariery zawodowej. Mówi się, że jednym z pierwszych prezentów, jakie rodzice dają dzieciom na dorosłe życie, są właśnie pieniądze na operację plastyczną.

To właśnie w Gangnamie odbieramy samochód, który ma nam towarzyszyć podczas dalszej podróży. Wybór pada na przestronnego Hyundaia Santa Fe. Przy pięcioosobowej ekipie szybko okazuje się, że była to bardzo dobra decyzja.

Zanim dotrzemy do Sokcho, zatrzymujemy się w Pocheon Art Valley. Kiedyś funkcjonował tu kamieniołom, w którym wydobywano granit. Dziś mieści się w nim park sztuki i kultury. Największe wrażenie robi jezioro Cheonjuho o intensywnie szmaragdowej wodzie, otoczone wysokimi ścianami dawnego wyrobiska. Spacer wśród instalacji artystycznych, rzeźb i punktów widokowych sprawia, że miejsce przypomina bardziej plan filmu fantasy niż teren przemysłowy. Po kilku godzinach ruszamy dalej na północny wschód kraju. Naszym celem są Sokcho i słynny Park Narodowy Seoraksan.

SOKCHO I JESIENNE GÓRY SEORAKSAN

Po kilku godzinach jazdy docieramy do Sokcho położonego w północno-wschodniej części prowincji Gangwon. To nadmorskie miasto stanowi doskonałą bazę wypadową do jednego z najpiękniejszych parków narodowych Korei Południowej. Magnesem regionu jest Seoraksan. Już z daleka uwagę przyciągają granitowe szczyty wyrastające ponad lasy mieniące się jesiennymi kolorami. To właśnie tutaj najmocniej odczuliśmy, dlaczego jesień uchodzi za najlepszy okres podróżowania po Korei. Czerwienie, pomarańcze i złoto przeplatały się z surowymi skałami, tworząc krajobrazy wyglądające jak z pocztówki. Niezależnie od tego, czy wybiera się krótsze spacery, czy całodniowe wędrówki, Seoraksan potrafi zachwycić niemal na każdym kroku. To jedno z tych miejsc, dla których warto zjechać z utartego szlaku.

KOREA SAMOCHODEM

Podróżowanie samochodem po Korei Południowej było dla nas dużym zaskoczeniem. Drogi są nowoczesne, kierowcy spokojni, a ruch mimo dużego natężenia pozostaje płynny. O wszechobecnych ograniczeniach prędkości przypominają liczne fotoradary, a przystanki na autostradach potrafią zamienić się w wizytę w małym centrum handlowym. Jeśli ktoś planuje odkrywać Koreę poza Seulem i innymi dużymi miastami, samochód daje ogromną swobodę i komfort podróżowania.

Opuszczając Sokcho, zatrzymujemy się jeszcze przy świątyni Naksansa, jednym z najpiękniejszych buddyjskich kompleksów w Korei Południowej. Położona na zboczu góry Naksan, z widokiem na Morze Wschodnie, zachwyca zarówno architekturą, jak i położeniem. To jedno z tych miejsc, w których trudno się spieszyć. Świątynne zabudowania, szum fal i zapach kadzideł tworzą atmosferę sprzyjającą wyciszeniu. Po intensywnych dniach spędzonych w trasie był to bardzo potrzebny moment oddechu.

NOCLEG Z HISTORIĄ W TLE

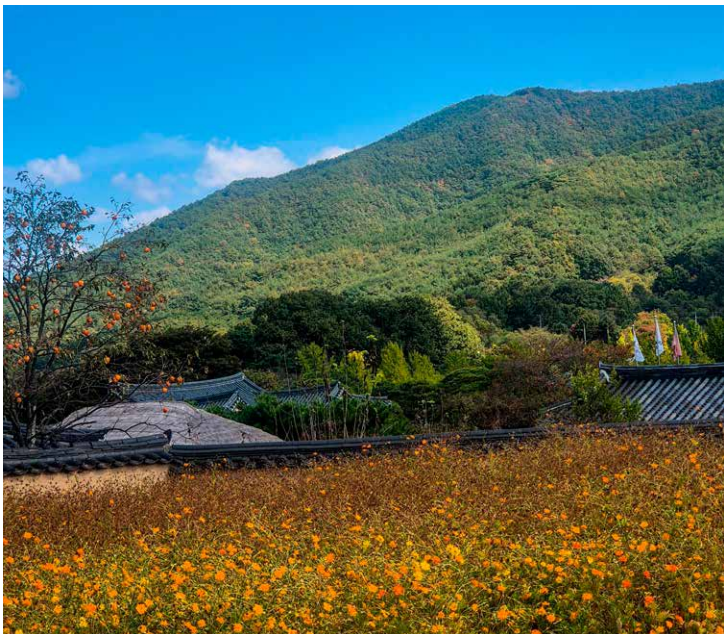
Kolejnym przystankiem na naszej trasie jest Andong. To właśnie tutaj czeka nas jeden z najbardziej wyjątkowych noclegów podczas całego wyjazdu. Zatrzymujemy się w domu, który ma ponad 250 lat. Kiedy gospodarz opowiada o kolejnych pokoleniach swojej rodziny mieszkających w tym miejscu, trudno nie zauważyć wzruszenia w jego oczach. W takich momentach historia przestaje być czymś zapisanym w książkach, a staje się częścią codziennego życia. Ciekawie było tego doświadczyć.

Następnego dnia odwiedzamy Andong Hahoe Village, jedną z najlepiej zachowanych tradycyjnych wiosek Korei. Drewniane domy, spokojne uliczki i otaczająca przyroda pozwalają wyobrazić sobie, jak wyglądało życie w czasach dynastii Joseon. W przeciwieństwie do wielu historycznych atrakcji, które funkcjonują przede wszystkim jako skanseny, Hahoe sprawia wrażenie miejsca autentycznego. Spacerując między domami, łatwo zapomnieć, że jest się jednocześnie w jednym z najważniejszych obiektów wpisanych na listę UNESCO w Korei Południowej.

Po pożegnaniu z Andongiem ruszamy dalej na południe. Przed nami Busan, drugie największe miasto kraju i miejsce, które miało pokazać nam zupełnie inne oblicze Korei.

BUSAN. KOLORY, MORZE I FILMOWE EMOCJE

Po kilku dniach spędzonych wśród gór, historycznych wiosek i spokojniejszych zakątków kraju trafiamy do Busanu. To drugie największe miasto Korei Południowej, które słynie z portowego charakteru, pięknych plaż, świątyń położonych nad morzem i wyjątkowo swobodnej atmosfery. Jednym z pierwszych miejsc, które odwiedzamy, jest Gamcheon Culture Village. Nazywana często „Santorini Korei", dzielnica od razu przyciąga uwagę pastelowymi kolorami, stromymi uliczkami i artystycznym



fot. Sylwia Wamej

◀ *Sielski widok w wiosce Hahoe*



fot. Sylwia Wamej

▶ *Świątynia Jogyesa jest jedną z najpiękniejszych w Seulu*

klimatem. Historia tego miejsca jest równie ciekawa jak jego wygląd. Po wojnie koreańskiej osiedlili się tutaj uchodźcy, a przez wiele lat dzielnica pozostawała jedną z biedniejszych części miasta. Dopiero w 2009 r. rozpoczęto jej rewitalizację, zapraszając do współpracy artystów i mieszkańców. Dziś Gamcheon jest jednym z najbardziej charakterystycznych miejsc w całej Korei.

Spędzamy tam niemal cały dzień. Błądzimy po labiryncie kolorowych uliczek, zaglądamy do niewielkich galerii, odwiedzamy lokalne sklepy i robimy zdecydowanie więcej zdjęć, niż planowaliśmy. To jedno z tych miejsc, gdzie najlepiej po prostu dać się prowadzić przypadkowi.

Wieczorem trafiamy do Busan Cinema Center. Właśnie trwa Busan International Film Festival, jeden z najważniejszych festiwali filmowych w Azji. Przeglądając program, wśród produkcji z całego świata dostrzegamy polski akcent. Widok filmu Pawła Pawlikowskiego „Ojczyzna" w międzynarodowym zestawieniu wywołuje u nas niemałą dumę.

CHWILA ODDECHU

Po wielu dniach intensywnego zwiedzania zaczynamy odczuwać skutki nieustannego przemieszczania się. Każdy kolejny dzień przynosi nowe miejsca, krajobrazy i doświadczenia. Choć jest to niezwykle ekscytujące, organizm zaczyna domagać się odrobiny spokoju. I właśnie wtedy trafiamy do świątyni Sudeoksa. Nasz przedostatni nocleg okazuje się jednym z najbardziej wyjątkowych doświadczeń podczas całej podróży. Decydujemy się na templestay, czyli program pozwalający uczestnikom poznać codzienne życie koreańskich mnichów i mniszek oraz zanurzyć się w tradycji buddyzmu.

Już po przekroczeniu bramy świątyni tempo wyraźnie zwalnia. Bierzemy udział w wieczornej modlitwie i medytacji. Uczestniczymy w warsztatach tworzenia lampionów w kształcie kwiatu lotosu. Jemy proste, w pełni wegańskie posiłki przygotowywane zgodnie z tradycją klasztornej kuchni. Spacerujemy również w całkowitej ciszy, słuchając wyłącznie odgłosów natury.

Jednym z momentów, które na pewno zapamiętamy na długo, jest rozmowa przy zielonej herbacie z buddyjską mniszką. Choć pochodzimy z zupełnie różnych światów, rozmowa płynie w swobodnej atmosferze z subtelnym humorem. Był to jeden z tych momentów, które trudno zaplanować, a które zostają w pamięci na długo. Po kilku dniach pełnych bodźców, tłumów i nieustannego przemieszczania się ten krótki pobyt działa na nas niemal terapeutycznie.

Nasza podróż powoli dobiega końca. Wracamy jeszcze do Seulu, by ostatnie chwile spędzić w Itaewonie, jednej z najbardziej różnorodnych dzielnic miasta. Itaewon ma zupełnie inny charakter niż miejsca, które odwiedzaliśmy wcześniej. Międzynarodowa atmosfera miesza się tutaj z lokalną kulturą. Obok siebie funkcjonują niewielkie kawiarnie, galerie, alternatywne przestrzenie i kluby muzyczne. Wieczorami dzielnica tętni życiem, ale w sposób bardziej swobodny i mniej formalny niż w eleganckim Gangnamie.

Spacerując po Itaewonie, zaczynamy podsumowywać ostatnie dwa tygodnie. W pewnym momencie żartujemy ze znajomymi, że po tak intensywnym wyjeździe przydałby się jeszcze jeden tydzień urlopu wyłącznie na regenerację.

KRAJ PEŁNY KONTRASTÓW

Korea Południowa okazała się krajem znacznie bardziej różnorodnym, niż się spodziewałam. W ciągu kilkunastu dni zobaczyłam futurystyczny Seul, wulkaniczne krajobrazy Jeju, jesienne góry Seoraksan, historyczne wioski, kolorowy Busan i spokojne buddyjskie świątynie. To właśnie kontrasty zrobiły na mnie największe wrażenie. Tego samego dnia można znaleźć się w środku jednej z największych metropolii świata, by kilka godzin później spacerować w całkowitej ciszy pośród gór lub świątynnych zabudowań. Wracałam zmęczona, ale jednocześnie zachwycona. Korea urzekła mnie kolorami, przyrodą, życzliwością ludzi i różnorodnością doświadczeń. I choć podróż była intensywna, ani przez chwilę nie miałam poczucia, że było jej za dużo. Wręcz przeciwnie. Już podczas lotu do domu wiedziałam, że jest to miejsce, do którego kiedyś wrócę. ●

GAZETA LEKARSKA

EPIKRYZA (162)

Osiecka

90 lat temu urodziła się największa polska poetka piosenki. Z tej zapewne okazji na początku października w warszawskim Teatrze Ateneum odbyła się premiera spektaklu muzycznego w reżyserii Ewy Telegi z Katarzyną Łochowską w roli głównej. Do recenzji wydarzenia siadam z obawą, że nie potrafię oddać w pełni wrażeń artystycznych i emocji towarzyszących wyśpiewanemu z pasją monodramowi. Dlatego kto żyw niech wyrusza „na bal" przy Jaracza 2, by usłyszeć krzyk niespełnionych miłości.

JAROSŁAW WANECKI
PEDIATRA, FELIETONISTA



W reklamowej witrynie teatralnej, na relingu obok lustra pocałowanego czerwoną szminką, scenografka powiesiła kilkanaście krawatów. Ona i oni. Grająca szafa w garderobie wspomnień. Samotność i tęsknota z krótką chwilą w hotelowym korytarzu. Szalony wir wariatki w czerwonej sukience. Zapłakane oczy, które nie mogą kłamać po radzieckim szampanie. Zakręt rozdartego losu ze znakiem na prawo i lewo. Sztuczny miód codzienności jak substytut szczęścia, gdy to wszystko nie tak. Diabelska gra w piekło – niebo, gdy każde słowo, zamiast łączyć, dzieli. Ale przecież sama chciała mówić żartem i zatańczyć ostatnie bolero z kroplą dżinu na dnie.

Katarzynę Łochowską do Ateneum przyjął dyrektor Janusz Warmiński. Debiutowała jeszcze przed dyplomem PWST kreacją Polly w „Operze za trzy grosze" Bertolda Brechta i Kurta Weilla. Wcześniej uczyła się śpiewu podczas prywatnych lekcji u Kaliny Jędrusik. W mojej pamięci pozostają jej muzyczne etiudy z „La Bohème" i Hesia Dulska ze scenicznej realizacji dramatu Gabrieli Zapolskiej z Anną Seniuk w roli głównej. Razem z Katarzyną Groniec i Krystyną Tkacz zachwycała w spektaklu Artura Barcisia „Trzy razy Piaf", wykonując utwory z pierwszego etapu kariery francuskiej pieśniarki. Moim zdaniem „Akordeonista" w jej interpretacji nie ma sobie równych wśród polskich aktorek. Nie dziwi więc wzruszony Gustaw Holoubek podczas telewizyjnego benefisu Mistrza, który mówił, że „Kasia pięknie śpiewa", zaraz po brawurowym zapewnieniu o miłości, która wszystko wybaczy… Takiej recenzji nie można zapomnieć, choć zamknięty w niej ładunek odpowiedzialności za słowo i dźwięk zobowiązuje do perfekcji. Katarzyna Łochowska jako Osiecka potwierdza słowa swojego dyrektora w każdej nucie i doskonałej dykcji. Dzięki temu słowa słychać tak, że mimo iż znane są od tylu lat, odkrywają swój sens na nowo.

Galeria postaci wyczarowana tekstami Agnieszki Osieckiej zlewa się w zwarte opowiadanie o kobiecie zawiedzionej. Muszę przyznać, że Ewa Telega nie tylko umiejętnie wybrała piosenki, ale także ułożyła je w konsekwentny ciąg zdarzeń, rozczarowań, ironicznych podtekstów i paradoksalną dekadencję nadziei. Aranżer Mateusz Dębski, siedząc przy pianinie, tylko od czasu do czasu włącza się do scenicznej gry i podśpiewuje refreny. Minimalistyczna dekoracja w żaden sposób nie zakłóca odbioru. Kostiumem jest prochowy płaszcz, spod którego widać czerwoną sukienkę. Nic dodać, nic ująć.

Twórczość Agnieszki Osieckiej podziwiam od dekad. W sopockim Teatrze Atelier, nieopodal plaży i Grand Hotelu, rok w rok odbywa się sierpniowy konkurs interpretacji jej piosenek. Projekt Fundacji Okularnicy brawurowo prowadzi Magdalena Smalara, a szefem jurorskiego składu jest Jerzy Satanowski. Zwycięzcy wyjeżdżają na finał do Poznania, choć jeszcze kilka lat temu koncerty odbywały się w warszawskiej Romie. W tym roku po raz pierwszy zabrakło podczas uroczystej gali Magdy Umer, która była autorką największego i najpiękniejszego muzycznego epitafium „Zielono mi", zaśpiewanego w opolskim amfiteatrze w 1997 r., zaledwie kilka miesięcy po śmierci poetki. Kto żyw powinien wyruszyć „na bal" w Teatrze Nowym, by usłyszeć, jak fantastycznie Osiecką śpiewają adepci sztuki wokalno-aktorskiej. Było to także słychać podczas 63. Krajowego Festiwalu Piosenki Polskiej, który uczcił pamięć obu pań koncertem „Kiedy mnie już nie będzie". Późną nocą znów wybrzmiały nad Odrą hymny pokoleń – deus ex machina – ze świata marzeń, które nagle się urywają, kończąc ludzki bieg do nieśmiertelności.

Wychodząc z Ateneum, postanowiłem nie zaglądać do recenzji publikowanych w serwisach prasowych i mediach społecznościowych. Dobrze jest czasem zostać z własnymi wrażeniami i nie dać sobie narzucić narracji innych. Mój tekst też proponuję wyrzucić, zapomnieć, spalić. Osiecka z Jaracza sama się obroni dzięki talentowi swoich admiratorek. Tak jak chciała… •

PO GODZINACH – POEZJA

Przychodzi wena do lekarza

Ogólnopolski Konkurs Literacki im. Prof. Andrzeja Szczeklika



EWA GLUZA

Laureatka XV edycji Ogólnopolskiego Konkursu Literackiego dla Lekarzy im. Prof. Andrzeja Szczeklika „Przychodzi wena do lekarza". II miejsce w kategorii poezja.

Urodziła się w Wieluniu, dzieciństwo i okres młodzieńczy spędziła w Wieruszowie, tam ukończyła liceum. Jest absolwentką Akademii Medycznej we Wrocławiu, gdzie mieszka od studiów. Wiele lat pracowała w Klinice Chorób Wewnętrznych, Zawodowych i Nadciśnienia Tętniczego, następnie w Dolnośląskim Centrum Chorób Płuc. Uzyskała specjalizacje w dziedzinach chorób wewnętrznych i pulmonologii, obroniła pracę doktorską z interny. Od kilku lat pracuje wyłącznie ambulatoryjnie jako pulmonolog, internista oraz w orzecznictwie lekarskim. Jest też kierownikiem medycznym w placówkach niepublicznej opieki zdrowotnej. Jej pasje to literatura i film, od dawna pisze fraszki, wiersze i opowiadania; fotografuje. Jeśli czas pozwala, maluje. Od 2023 r. należy do Unii Polskich Pisarzy Lekarzy. Laureatka konkursu „Przychodzi wena do lekarza" w 2022, 2023 i 2024 r. W 2024 r. otrzymała trzecią nagrodę w kategorii Poezja w XV Ogólnopolskim Konkursie Poetycko-Prozatorskim „Puls Słowa". W 2023 r. nakładem wydawnictwa Dolnośląskiej Izby Lekarskiej ukazała się jej książka „Pamiętaj, Teresko", która zawiera opowiadania, wiersze i fraszki.

Fotografie

Zamykam w telefonie niezwykłe obrazy – jak ptaki w klatce.
Niezapomniane, zapomniane chwile, odległe wspomnienia,
Poruszenia duszy, skurczone na karcie pamięci fotografie,
Które nigdy nie ujrzały źrenic.
Zamknięte i skazane na wieczne zapomnienie, jakby ich nigdy nie było.

Jak bardzo Cię kocham? A czy można policzyć gwiazdy na niebie?
Gwiazdy rozkwitają dla nas każdego wieczoru i giną w eonach czasu.
A jednak istnieją mapy gwiazd, które wabią jak nieskończoność.

Płatek śniegu cicho opada, jakby patrzył z uwagą poza horyzont.
Nie spieszy się, bo nie wie, że nie ma na swoją drogę całej wieczności i zaraz straci wszystko bez ostrzeżenia.
Zagubiony melancholijnie wiruje w świetle.
Spadając, potyka się o lekki wiatr.
Utrwalony na fotografii żyje jeszcze przez mgnienie oka, jeśli ktoś zechce na niego spojrzeć.

GAZETA LEKARSKA

PO GODZINACH – BŁĄD MALARSKI

Bez braw

Na co komu artyści w czasach zarazy? Brytyjski malarz Tom Croft zadał sobie to pytanie w 2020 r., zamknięty w oksfordzkim studiu podczas covidowej kwarantanny. Znany portrecista uznał, że w obliczu epidemii może użyć swojego talentu, by uwiecznić tych, którzy na co dzień stawali oko w oko z chorobą.



Obraz: Melissa Scott-Miller, „Portret bohatera NHS przed szpitalem Nightingale", 2020

Tom Croft ogłosił więc, że będzie bezpłatnie malował portrety pracowników służby zdrowia, i zaprosił do akcji innych artystów. Odzew przerósł jego oczekiwania.

Zgłosili się zarówno lekarze oraz pielęgniarki, jak i uznani brytyjscy portreciści. Wśród nich była Melissa Scott-Miller, znana z miejskich pejzaży i portretów w plenerze. Pod jej pędzlem bohater NHS (brytyjskiej służby zdrowia) zyskuje nieco anielski wyraz: krótko przycięte jasne włosy podkreślają wysokie kości policzkowe, a jasnobłękitne oczy, wokół których rysują się sine cienie, zdradzają głębokie zmęczenie.

Malarka wybrała kompozycję symetryczną. Portretowany stoi w osi centralnej, a tympanon szpitalnego budynku otacza jego głowę schodkową aureolą. Po obu stronach mężczyznę flankują pionowe ościeżnice drzwi. Taka symetria przywodzi na myśl język wizualny ikon i wizerunków świętych. Tymi wizualnymi podpowiedziami Scott-Miller wynosi bohatera do rangi współczesnego świętego.

Pomysł Crofta jest alternatywną drogą celebrowania bohaterów pandemii. Zamiast oklasków z balkonu artyści, którzy do niego dołączyli, wzięli w ręce pędzle. Leczyć nie umieli, ale umieli malować, oferując lekarzom i pielęgniarkom toczącym codzienną walkę z wirusem wizualną chociażby nieśmiertelność. •

AGATA MORKA
DOKTOR HISTORII SZTUKI



Rozwiązanie zagadki z „GL" 10/26

Szczegóły różniące obrazy:

1. **Dodanie małej czerwonej krosty na policzku ozdrowiałej pani Bennet**
   W czasie choroby większość twarzy pani Bennet zajęta była przez czerwone zmiany skórne. Terapia jednak okazała się tak udana, że na portrecie „po" kobieta zachwyca zdrową cerą.

2. **Dodanie pasma włosów wychodzącego spod czepka**
   Włosy pani Bennet są starannie przykryte czepkiem, wskazując być może na jej zamężny stan.

3. **Rozwiązanie kokardy czepka**
   Pani Bennet na obrazie po wyzdrowieniu pokazana jest w czepku starannie wiązanym na kokardę. W ujęciu pokazującym ją chorą czepek jest rozwiązany i odsłania zmiany skórne na szyi kobiety.

4. **Dodanie komina fabrycznego w tle**
   W XIX wieku Leeds z małego miasteczka przekształciło się w industrialne miasto z wieloma fabrykami.



Obraz: „Pani Bennet uzdrowiona z choroby skóry", 1818-1820, kolekcja Wellcome Trust

WSKAŻ ORYGINAŁ I ZNAJDŹ CZTERY SZCZEGÓŁY RÓŻNIĄCE OBRAZY. Odpowiedź prześlij na bladmalarski@gazetalekarska.pl do 18 listopada 2026 r. W temacie maila należy wpisać GL11 oraz podać dane do kontaktu (imię i nazwisko, adres, telefon). Jedna osoba może przesłać jedną odpowiedź.

NAGRODZENI „GL" 10/26
Voucher do Hotelu Prezydent**** Medical SPA & Wellness w Krynicy-Zdroju otrzymuje Dorota Kala (Gogolin)

Nagrody dodatkowe: Monika Nosol (Biała), Anna Miczek (Rzeszów), Wiktor Budniak (Bydgoszcz)

Dla jednej z osób, które prześlą prawidłowe odpowiedzi

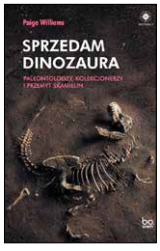
HOTEL PREZYDENT ★★★★
MEDICAL SPA & WELLNESS
HOTEL PRZYJAZNY DOROSŁYM

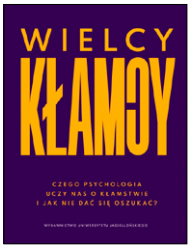
Hotel Prezydent**** Medical SPA & Wellness w Krynicy-Zdroju ufundował voucher obejmujący m.in.:

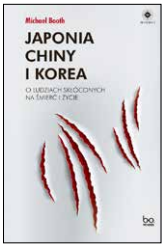
- 2 noclegi dla 2 osób w apartamencie
- 2 śniadania i 2 obiady w hotelowej Restauracji Magnolia oraz uroczystą kolację dla dwojga
- pakiet 3 zabiegów (dla 2 osób) w hotelowej Ambasadzie Zdrowia i Urody SPA
- aromatyczny masaż relaksacyjny częściowy, zabieg nawadniający express na twarz, aquamassage
- możliwość korzystania bez ograniczeń z basenu, jacuzzi, 3 rodzajów saun, siłowni

WYDAWNICTWO UNIWERSYTETU JAGIELLOŃSKIEGO
www.wuj.pl

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

Radom jakiego nie znacie!



Majowy plener fotograficzny w Radomiu miał swój wrześniowy wernisaż w budynku zbiorów specjalnych Głównej Biblioteki Lekarskiej. Autorów zdjęć powitała nowa przewodnicząca Komisji ds. Kultury OIL w Warszawie Justyna Kwitkiewicz, projekt zorganizował i omówił Mirosław Żydecki. GBL zaprosiła już do swoich wnętrz na kolejne wystawy, a fotosy podpisane hasłem „Radom jakiego nie znacie!" zagoszczą już w grudniu w Galerii Lekarskiej przy Sobieskiego 110.

JW

Pisarze w Gdańsku



Fot. Archiwum prywatne

▲ *To już 85. literackie sympozjum*

Unia Polskich Pisarzy Lekarzy po raz 85. zaprosiła na literackie sympozjum. Tym razem w Gdańsku-Wrzeszczu poeci i prozaicy podążali śladami Güntera Grassa oraz uczestniczyli w warsztatach pod kierunkiem poetki, redaktorki i wydawcy Krystyny Chwin. W pierwszym dniu przypomniano trzy dekady twórczości Joanny Czajkowskiej, a w drugim podjęto decyzję o organizacji jubileuszu 60-lecia stowarzyszenia. Diamentowa feta odbędzie się jesienią 2027 r. w Krakowie.

JW

Ocalone puzzle



Fot. Archiwum prywatne

▲ *Jury XVII edycji przewodniczył prezes Związku Literatów Polskich Marek Wawrzkiewicz*

Od kilku lat 54. Warszawska Jesień Poezji gości laureatów Ogólnopolskiego Konkursu Poetycko-Prozatorskiego „Puls słowa" dla lekarzy i lekarzy dentystów organizowanego przez Unię Polskich Pisarzy Lekarzy. Współgospodarzami wydarzenia są Komisja ds. Kultury Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie i Ośrodek Kultury NIL.

Jury XVII edycji przewodniczył prezes Związku Literatów Polskich Marek Wawrzkiewicz, a nagrody przyznano w trzech kategoriach. W październikową sobotę na scenę Domu Literatury przy Krakowskim Przedmieściu zaproszono prozaików: Agnieszkę Kanię (I miejsce), Annę Pituch-Noworolską (II), Janusza Czarneckiego (III), Marzenę Nogieć i Joannę Czajkowską-Ślasko (wyróżnienie). W poezji nie przyznano pierwszej nagrody. Miejsce drugie ex aequo zajęli Katarzyna Wierzbicka i Bolesław Sawicki, a trzecie Bożena Hoffman-Golańska i Zbigniew Kostrzewa. Wyróżniono ponadto Dorotę Roztoczyńską i Ilonę Dzijak-Muniak. W kategorii dziennik zwyciężyła Katarzyna Wierzbicka. Joanna Matlachowska-Pala odebrała specjalną nagrodę czasopisma „Własnym Głosem".

Spotkanie prowadzone przez Waldemara Hładkiego i Majkę Żywicką-Luckner tradycyjnie już zakończył koncert „Molekuły wrażliwości", a uczestnicy otrzymali pokonkursową antologię „Ocalone puzzle".

JW

PO GODZINACH – SPORT

Lekarze motocykliści zakończyli sezon

AGNIESZKA DANOWSKA-TOMCZYK

Lekarze z całej Polski spotkali się w połowie września w hotelu Kolumna Park koło Łodzi na XXII Zlocie Klubu Motocyklowego DoctorRiders. Zamknięcie sezonu było okazją do podsumowania działalności klubu, wyboru władz i… poznania Łodzi.

Ogólnopolski Motocyklowy Klub Lekarzy DoctorRiders przy Okręgowej Izbie Lekarskiej w Łodzi powstał w 2004 r. Jak podkreśla jego prezydent Grzegorz Krzyżanowski, przez ponad dwie dekady przez klub przeszło ponad 1500 osób. Wspólne podróże i zloty stworzyły sieć znajomości, która działa również po zakończeniu motocyklowego sezonu.

– Przyjaźnimy się i wspieramy w trudnych chwilach. Sieć naszych kolegów w całej Polsce działa nawet zimą, gdy niezwykle aktywnie funkcjonuje nasze internetowe forum dyskusyjne – tłumaczy Grzegorz Krzyżanowski, założyciel i prezydent klubu, organizator wrześniowego spotkania.

Przez całe lato DoctorRiders spotykają się, by wspólnie jeździć i spędzać czas. W tym roku zlot zamykający po raz drugi odbył się w hotelu Kolumna Park. W piątek uczestnicy wzięli udział w walnym zgromadzeniu sprawozdawczo-wyborczym. Na kolejną kadencję ponownie wybrano zarząd z prezydentem Grzegorzem Krzyżanowskim oraz Komisję Rewizyjną.

– Zlot zamknięcia to podsumowanie sezonu, plany na kolejny rok. Mniej jazdy, ale dużo dyskusji. Wspólny czas poza trasą daje przestrzeń do rozmów i podtrzymywanie relacji między lekarzami mieszkającymi i pracującymi w różnych częściach kraju – wyjaśnia organizator. Program obejmował także trzy koncerty, grill i uroczystą kolację.

Sobotę uczestnicy spędzili w Łodzi. Z przewodnikami poznawali okolice zabytkowego obiektu EC1, zwiedzili wystawę „Kino Polonia", a następnie ruszyli na Piotrkowską i w jej podwórka. Dla części klubowiczów był to powrót do miasta znanego ze studiów lub wizyt sprzed lat, dla innych – okazja do poznania historii miejsca, w którym powstał klub.



fot. Archiwum prywatne

▲ *Przez całe lato DoctorRiders spotykają się, by wspólnie jeździć i spędzać czas*

„Pamiętam, jak wyglądała Łódź ponad 30 lat temu, więc zrobiła na mnie piorunujące wrażenie" – napisał na klubowym forum uczestnik występujący jako Marianek. Dariusz Młodawski, który studiował w Łodzi przez sześć lat, dziękował za „ogromną porcję historii o Łodzi".

Po zakończeniu zlotu na forum pojawiły się meldunki o bezpiecznych powrotach do Częstochowy, Bydgoszczy, Sopotu i innych miast. Towarzyszyły im podziękowania za wspólną jazdę, rozmowy, koncerty, a także za słowa otuchy i wsparcia. Jeden z uczestników tak opisał atmosferę spotkań: „Rozpoznajemy się, rozmawiamy wszyscy ze sobą, nie ma podgrup. Cieszymy się na swój widok, serdecznie witamy...".

„Motocykle i Medycyna" – tak klubowe kroniki tytułowała ich redaktorka Nina Smoleń. Po ponad 20 latach działalności ta nazwa nadal trafnie opisuje DoctorRiders. Wspólna pasja pozwala lekarzom poznawać się poza codziennymi obowiązkami zawodowymi, a kolejne spotkania utrwalają przyjaźnie i wzajemne zaufanie. Wrześniowy zlot pokazał, jak wiele znaczą te relacje dla uczestników.

PO GODZINACH – SPORT

Medyczny peleton w Dolinie Baryczy

W codziennej pracy lekarza rzadko jest czas na zwolnienie tempa. Dlatego takie inicjatywy jak II Rowerowy Rajd Lekarza, który odbył się w malowniczych Krośnicach, są naszemu środowisku niezwykle potrzebne.



fot. Archiwum prywatne



fot. Archiwum prywatne

▲ *Organizatorzy przygotowali trzy zróżnicowane trasy*

◀ *Rajd Lekarza to czas spędzony w swobodnej atmosferze*

Wydarzenie zostało zorganizowane przez Dolnośląską Izbę Lekarską we współpracy z Dolnośląską Krainą Rowerową (DKR) i wpisywało się w obchody Europejskiego Dnia bez Samochodu. Naszych reprezentantów – lekarzy, lekarzy dentystów oraz ich najbliższych – łatwo było rozpoznać na trasie dzięki ich seledynowym numerom startowym.

Aby każdy mógł dostosować wysiłek do swoich możliwości, organizatorzy przygotowali trzy zróżnicowane trasy. Najkrótsza z nich była idealna dla lekarzy startujących ze swoimi pociechami. Na tej trasie zaplanowano przystanki, gdzie najmłodsi mogli przez lunety i lornetki obserwować lokalne gatunki ptaków. Z kolei trasa turystyczna (45 km), prowadząca przez urokliwe tereny gmin Krośnice i Twardogóra, była złotym środkiem dla tych, którzy chcieli spędzić kilka godzin na siodełku w towarzystwie znajomych z pracy. Dla najbardziej zaprawionych w sportowych bojach przygotowano ponad 100-kilometrowy dystans. Szybkie tempo, zmodyfikowany szlak im. R. Szurkowskiego oraz kultowy, dający się we znaki podjazd Prababka na Wzgórzach Trzebnickich stanowiły doskonały sprawdzian formy. Kolarze na tej trasie udowodnili, że nawet przy trudnej pogodzie potrafią utrzymać doskonałą sportową dyscyplinę.

Rajd Lekarza to nie tylko przejechane kilometry. To przede wszystkim bezcenny czas spędzony z rodziną i kolegami po fachu w swobodnej atmosferze. Ogromne podziękowania kieruję do współorganizatorów z Dolnośląskiej Krainy Rowerowej, ratowników medycznych zabezpieczających wydarzenie, wolontariuszy z CETS Krośnice oraz wszystkich uczestników, którzy tego dnia zdecydowali się wsiąść na rower.

Zapraszam do śledzenia fanpage'a naszej Komisji na Facebooku i udziału w kolejnych wydarzeniach sportowych. Do zobaczenia na trasie! ●

Michał Głuszek
Przewodniczący Komisji Sportu DIL

PO GODZINACH

Paryskie ślady historii medycyny



fot. Piotr Kuźnik

▲ *Kolekcja muzeum zawiera około 1500 eksponatów*



fot. Piotr Kuźnik

▲ *Zestaw chirurgiczny doktora Antommarchiego z 1837 r.*



fot. Piotr Kuźnik



fot. Piotr Kuźnik

▲ *Osobliwy stolik Napoleona III z elementami ludzkich oczu, uszu, mózgu, fragmentów wątroby i stóp*

◀ *Proteza dłoni z XVI wieku o skomplikowanym mechanizmie składającym się z kół zębatych i sprężyn*

W XVIII wieku prof. Jean-François Leriget (markiz de La Faye) zapoczątkował zbiory muzealne, które znajdują się na terenie obecnego Université Paris Cité przy rue de l'École de Médicine w Paryżu. Kolekcja Muzeum Historii Medycyny (Musée d'histoire de la Médecine) należy do najstarszych w Europie i zawiera około 1500 unikalnych eksponatów.

Sala muzealna została otwarta na początku XX wieku. Znajdziemy tu gabloty zawierające setki instrumentów podzielonych tematycznie na chirurgię, okulistykę, ginekologię, laryngologię, stomatologię i inne działy.

Na korytarzu przed wejściem do muzeum znajduje się obraz Julesa Adlera „Transfuzja krwi koziej". Najstarsze instrumenty pochodzą ze starożytnego Rzymu z mniej więcej V wieku p.n.e. Miały one zastosowane w wielu dziedzinach medycyny – w chirurgii, ginekologii, stomatologii i innych.

Ciekawym eksponatem jest proteza dłoni z XVI wieku, wykonana z kutego żelaza o bardzo skomplikowanym mechanizmie składającym się z kół zębatych i sprężyn. Jednym z najważniejszych zestawów chirurgicznych jest komplet z 1550 r. – ten eksponat pokazuje, jak bardzo już wtedy dbano o szczegóły opakowania i kunszt wykonania narzędzi.

Makabrycznym przedmiotem w zbiorach jest stolik podarowany Napoleonowi III przez włoskiego naukowca Efisio Mariniego, który opracował sekrety chemicznej metody petryfikacji (skamienienia) organicznych tkanek bez zmiany ich naturalnego koloru. Mozaika w stoliku kawowym została ułożona z prawdziwych ludzkich oczu, uszu, mózgu, fragmentów wątroby i stóp.

W bogatym dziale stomatologii znajdują się przejęte w 1999 r. eksponaty z dawnego muzeum Pierre'a Fauchardа, twórcy nowoczesnej stomatologii. Do najciekawszych należy ogromna kolekcja pelikanów z XVII–XVIII wieku, służących do usuwania zębów. •

lek. stom. Piotr Kuźnik, właściciel Muzeum Stomatologii (www.muzeumstomatologii.pl)

PO GODZINACH – CZYTELNIA

Menopauza pod lupą medycyny

Menopauza nie jest chorobą, ale wymaga wiedzy, uważności i indywidualnego podejścia. Książka „Medycyna menopauzy" porządkuje wiedzę o zmianach zachodzących w organizmie kobiety i przedstawia możliwości łagodzenia ich skutków zgodnie z zasadami medycyny opartej na faktach.

Autorzy, uznani eksperci, pokazują menopauzę jako złożony proces, który wykracza daleko poza typowe objawy, takie jak uderzenia gorąca czy zaburzenia snu. Omawiają jej wpływ na układ sercowo-naczyniowy, kości, układ nerwowy, seksualność i kondycję skóry. Przedstawiają również terapie hormonalne i niehormonalne, zagadnienia profilaktyki onkologicznej oraz rolę testosteronu u kobiet.

Ważnym wątkiem jest także dezinformacja dotycząca menopauzy, obecna m.in. w mediach społecznościowych. Książka przypomina, że zarówno bezkrytyczne promowanie terapii, jak i lęk przed hormonami mogą utrudniać kobietom dostęp do właściwej opieki.

To wartościowa publikacja dla lekarzy i innych profesjonalistów medycznych, łącząca aktualną wiedzę z praktycznymi wskazówkami. Przypomina, że dobra opieka menopauzalna wymaga nie tylko znajomości metod leczenia, lecz także rzetelnej komunikacji i uwzględnienia jakości życia pacjentki.

awa



▲ *Tomasz Paszkowski, Violetta Skrzypulec-Plinta, „Medycyna menopauzy", PZWL*

Przypadek Tetsuro Omachi



▲ *Sosuke Natsukawa, „Gabinet doktora Spinozy", Znak Flow Books*

Czy świetny internista z wieloma sukcesami na koncie i ogromnie ceniony w środowisku akademickim może odnaleźć szczęście, pracując w małym lokalnym szpitalu? Tetsuro Omachi w rozkwicie swojej kariery zawodowej opuszcza wielki świat medycyny, by móc zaopiekować się swoim siostrzeńcem, któremu zmarła mama. Nowe zajęcie jednak tylko z pozoru oznacza rezygnację z siebie. To przede wszystkim szansa, by dostrzec, że sens pracy można odnaleźć nie tylko w prestiżowych klinikach. Praktyka w niewielkiej placówce medycznej może być równie trudna i tak samo pasjonująca, a dodatkowo pozwala dotknąć tego rodzaju medycyny, w którym wyraźnie widzi się pacjenta, a nie tylko kolejny przypadek medyczny. Powieść „Gabinet doktora Spinozy" Sosuke Natsukawy porusza i zmusza do refleksji nad stratą, sensem leczenia i granicami medycyny. Jest o sprawach poważnych, wręcz fundamentalnych, a jednak napisanych z niezwykłym spokojem ducha, co sprawia, że otula ciepłem i czyni ją wręcz idealną do lektury w chłodne jesienne wieczory.

LS

Medycyna, prowincja i PRL

Dla kraju, który próbuje się otrząsnąć z tragedii II wojny światowej, zapewnienie choćby w podstawowym stopniu opieki medycznej jest jednym z tych zadań, które należy do najbardziej priorytetowych. Nowa władza powojennej Polski obiecała, że opieka zdrowotna ma być powszechna i dostępna. Realizacja należała do ludu. W praktyce była budowana rękami lekarzy, stomatologów, felczerów, pielęgniarek i położnych, którzy w poczuciu misji, ale i z nakazu pracy albo w poszukiwaniu źródła utrzymania jechali do małych wsi i miasteczek, by nieść pomoc, modernizować opiekę i wprowadzać nowe standardy higieny. Czasem największym problemem były fatalne warunki pracy, innym razem trudna relacja z lokalną ludnością. Marcin Stasiak opowiada o tym procesie poprzez historie konkretnych ludzi, którzy na prowincji budowali ochronę zdrowia.

LS



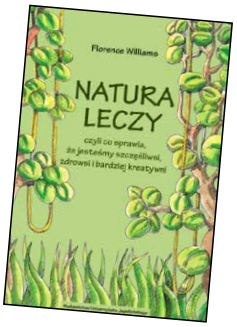
▲ *Marcin Stasiak, „Lekarze prowincjonalni", Wydawnictwo Czarne*

PO GODZINACH – CZYTELNIA

Zielona recepta na lepsze życie

Czy spacer po lesie może poprawić zdrowie, zmniejszyć stres i pobudzić kreatywność? Florence Williams w książce „Natura leczy” pokazuje, że kontakt z przyrodą ma znacznie większe znaczenie, niż mogłoby się wydawać. Przywołując wyniki badań naukowych, historie i przykłady z różnych stron świata, wyjaśnia, jak na nasz organizm wpływają drzewa, śpiew ptaków, zapach lasu czy nawet widok zieleni za oknem. Pisze o japońskiej praktyce leśnych kąpieli, wyprawach w dziką przyrodę i spacerach po miejskich parkach, udowadniając, że natura może być sprzymierzeńcem zarówno naszego ciała, jak i umysłu. To przystępna, ciekawa i inspirująca książka, która przypomina, że dobre samopoczucie nie zawsze wymaga skomplikowanych rozwiązań. Czasem wystarczy wyjść z domu i pozwolić sobie na chwilę bliskości z naturą.

awa



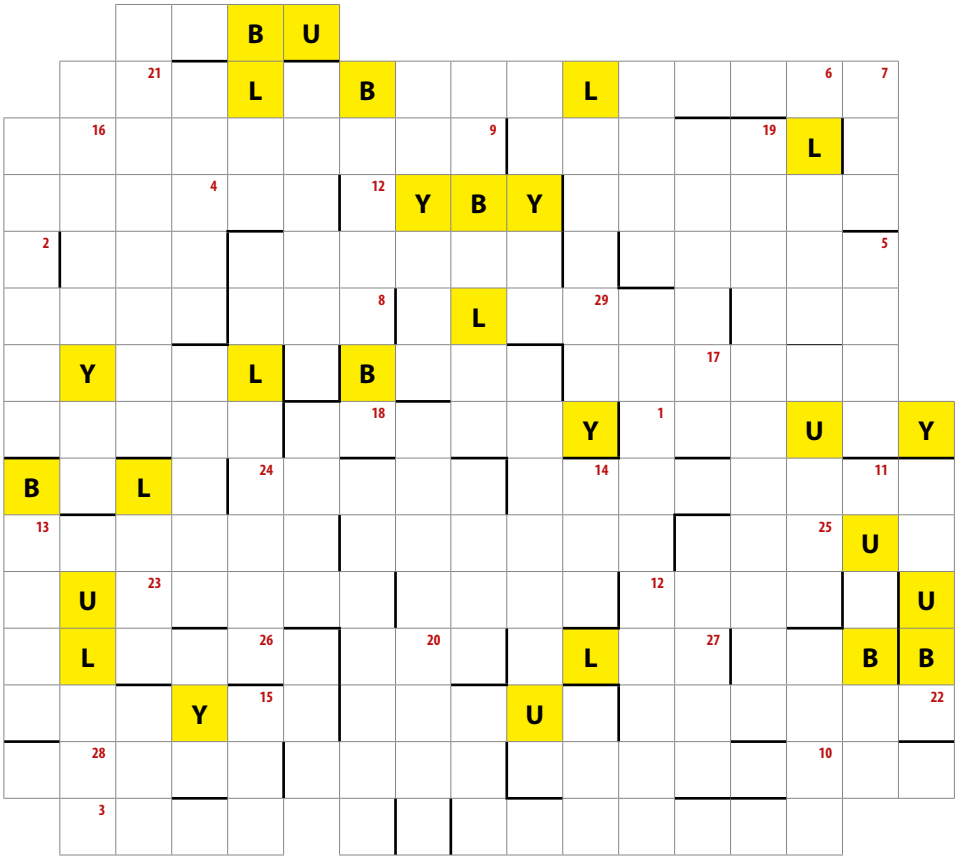
▲ *Florence Williams, „Natura leczy”, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego*

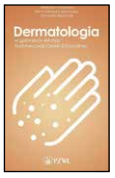
Ogłoszenia

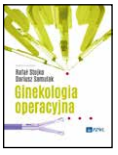
JOLKA LEKARSKA 319

PZWL

Wydawnictwo Lekarskie PZWL
to specjaliści, wiedza i zaangażowanie.













Objaśnienia 81 haseł podano w przypadkowej kolejności. W diagramie ujawniono wszystkie litery B, L, U i Y. Na ponumerowanych polach ukryto 29 liter hasła, które stanowi rozwiązanie. Jest to myśl Leonardo da Vinci. Hasło należy przesłać na karcie pocztowej do redakcji lub mailem na adres jolka@gazetalekarska.pl do 18 listopada. Wśród autorów prawidłowych rozwiązań rozlosujemy nagrody książkowe (prosimy o podanie specjalizacji i adresu do wysyłki).

* panchromia * wyspa i miasto środkowych Filipin * zielona odmiana kwarcu * premier Indii (1991-1996) * małpy Starego Świata * port nad Witimem * patron opaski uciskowej * kraj z Niniwą * dorszowaty z pn. Atlantyku * zmiana na skórze * morski port pod Jenisejem * powstanie, bunt * drewniany pręgierz * Amiza * wypoczynkowa dzielnica Władysławowa * teatr Tyma i Osieckiej * resztka świecy * matnia, sidła * Kipchoge, wielokrotny mistrz olimpijski * stan i góry w Mjanmie * Mikołaj z Niepołomic * bestseller Homera * uchodzi w Lizbonie * rakarz * zatopione miasto nad Zatoką Neapolitańską * wyspa z Funchalem * dawna pani * usługi lekarskie * z Warmią * zabawy taneczne * autor metod nadal stosowanych w położnictwie * badacz kraju Persów * 8 wioślarzy i sternik * niemiecka gorzała * na palcu drapieżnika * wyznanie mojżeszowe * Karenina * album na znaczki * 1/100 funta * ugrupowanie Krzaklewskiego * oxygenium * angielski pojazd konny * Czarny Ląd * uśmiech (łac.) * opiekunka do dziecka * cicho, delikatnie (muz.) * kwaśny do galarety * zawodnik do miksta * ma bardzo ostre kły * jaskrowata górska * duża ilość wyzwisk * potyczka * cysticercosis * sól lub pochodna H_2S * choroba Addisona * matka Kastora * jeden cios * najważniejszy w telewizorze * hory z Orlicą * spięte włosy * ozdobna paproć * amidy wewnątrzcząsteczkowe * kraj z Pretorią * metoda fizykoterapii z polem elektromagnetycznym * kraj z Mosulem * demeszka * grecka nimfa górska * prącie (łac.) * litewska nimfa wodna * saliva * metalowa część paleniska * żal, uraza * nocny motyl * gończy poszedł w las * gołąb z mewek * holenderska wyspa w Małych Antylach * wlewka doodbytnicza * Kazimierz Jagiellończyk dla Jagiełły * akcja w siatkówce i koszykówce * kułan perski * kulszowa

Jerzy Badowski

Rozwiązanie jolki lekarskiej 317
Dobrze czyni ten, kto uczy się na cudzych błędach

Nagrody otrzymują:
Agnieszka Zagroba (Tarnobrzeg), Mateusz Malik (Wrocław), Julia Knys (Warszawa), Paulina Więcaszek (Łużna), Piotr Pęczek (Warszawa)

Fundatorem nagród jest Wydawnictwo Lekarskie PZWL, www.pzwl.pl. Nagrody prześlemy pocztą.

Klauzula informacyjna na str. 73/ Regulamin konkursu dostępny na www.gazetalekarska.pl

WYDAWCA

NIL Naczelna Izba Lekarska

Gazeta Lekarska dla członków izb lekarskich bezpłatna

Nakład: 44 500 egz.

Kolegium redakcyjne
Ryszard Golański, Mateusz Grochowski, Klaudiusz Komor, Piotr Kościelniak, Anna Lella, Artur Płachta, 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 okładki
Michał Trusz

Skład
Montownia/Teresa Urawska

Druk
Eurodruk-Poznań Sp. z o.o.

W celu zmiany adresu wysyłki „Gazety Lekarskiej" prosimy kontaktować się z właściwą okręgową izbą lekarską.
Materiałów niezamówionych redakcja nie zwraca i zastrzega sobie prawo do skrótów, adiustacji, zmiany tytułów. Redakcja nie odpowiada za treść reklam i ogłoszeń. Autorów prosimy o przysyłanie tekstów zapisanych na CD, e-mail w edytorze pracującym w środowisku Windows. Publikacja ta przeznaczona jest tylko dla osób uprawnionych do wystawiania recept oraz osób prowadzących obrót produktami leczniczymi w rozumieniu przepisów ustawy z 6 września 2011 r. – Prawo farmaceutyczne (Dz.U. nr 126, poz. 1381, z późn. zmianami i rozporządzeniami).

gazetalekarska.pl

RZETELNIE, ODPOWIEDZIALNIE, DLA LEKARZY

Głos środowiska lekarskiego



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

AKTUALNOŚCI
Bądź na bieżąco z najważniejszymi wydarzeniami

OPINIE
Czytaj komentarze ekspertów i głosy środowiska

PRAWO
Poznaj najnowsze przepisy i zmiany ważne dla lekarzy

SAMORZĄD
Śledź działania, decyzje i inicjatywy

WPŁYW
Twój głos ma znaczenie w dyskusji o ochronie zdrowia

dla lekarzy, o lekarzach, z lekarzami

ŚRODOWISKO
Ponad 180 tysięcy lekarzy

DIALOG
Przestrzeń merytorycznej debaty

AUTORYTET
Rzetelne źródło informacji



BĄDŹ BLISKO SPRAW, KTÓRE MAJĄ ZNACZENIE

www.gazetalekarska.pl