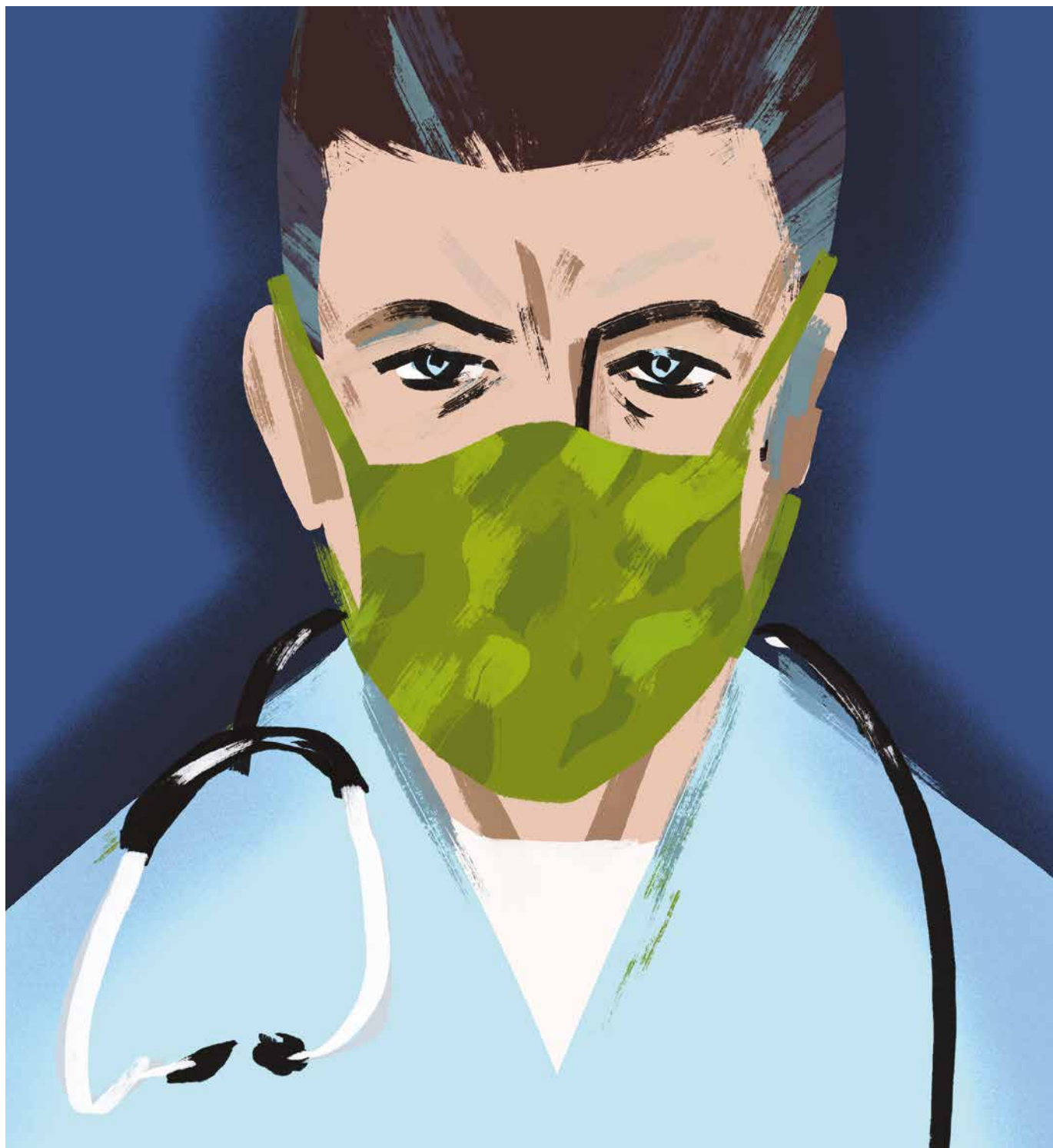


•••puls

Miesięcznik Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie
im. prof. Jana Nielubowicza

luty 2026 (368)



ISSN 1232-0161 egzemplarz bezpłatny

Bezpieczeństwo jak luksus | (Nie)gotowi do wojny | Zagrożenie



••puls zawsze przy Tobie

czytaj wygodnie tam, gdzie chcesz
w domu, w pracy i w podróży



Pobierz PDF lub e-book



**Pobierz
PDF lub e-book!**

TEMAT NUMERU

4 | Kolorowo nie jest
Aleksandra Sokalska

**5 | Bezpieczeństwo nie może
być luksusem**
Artur Drobniak

10 | (Nie)gotowi do wojny
Rozmowa z prof. dr. hab. n. med.
i n. o zdr. Robertem Gałązkowskim,
specjalistą zdrowia publicznego

13 | Zagrożenie
Jerzy Bralczyk

**14 | Bezpieczeństwo lekowe, czyli
koniec kultu świętej Tanioci**
Maria Libura

16 | Budujemy odporność
Rozmowa z płk. dr. n. biol. Markiem
Brytanem, dyrektorem Wojskowego
Instytutu Higieny i Epidemiologii

MEDYCYNĄ

18 | Strachy na Lachy
Paweł Walewski

**20 | Gastroenterologia dziecięca
to znacznie więcej niż ból brzucha**
Rozmowa z prof. dr. hab. n. med.
Piotrem Sochą, kierownikiem
oddziału gastroenterologii,

Spis treści

hepatologii, zaburzeń odżywiania
i pediatrii Instytutu „Pomnik-Centrum
Zdrowia Dziecka”

SPRAWY LEKARZY DENTYSTÓW

23 | KSeF w praktyce lekarza dentysty
Anna Prawdzik

**24 | Bilans doświadczeń
i kierunków rozwoju**
Dorota Lebedzińska

26 | Święteczne spotkanie ekspertów

27 | Wigilia lekarzy dentystów

ZDROWIE PUBLICZNE

28 | Jak długo kolejka ta stoi?
Małgorzata Solecka

**29 | Młody, zdrowy, silny.
Dziś nieobecny**
Olga Rostkowska

**30 | Mobilne aplikacje zdrowotne
w pracy lekarza**
Artur Olesch

**32 | Podwyżki. Niekończąca się
historia**
Małgorzata Solecka

34 | Ochrona zdrowia w Grecji
Dominik Héjj

PRAWO

36 | Co słysząc w prawie?
Filip Niemczyk

**38 | Umowa o pracę – podstawowe
zagadnienia prawne**
Gabriela Pacek

IZBA BLIŻEJ LEKARZY

**6 | Rok 2025 w OIL w Warszawie
bezpieczeństwo • rozwój • wspólnota**
Karolina Stępniewska

40 | Poszukiwany, poszukiwana...
zastępcą OROZ
Hanna Odziemska

**44 | Opóźnienia w płatnościach
za świadczenia stomatologiczne**
Monika Potocka

**46 | Lekarskie Mikołajki 2025 – dwa dni
magicznej rodzinnej zabawy**

48 | Aktualności Komisji ds. Kultury

**50 | Konkurs na maskotkę OIL
rozstrzygnięty!**

WYDARZENIA

**42 | Dzień, w którym świętuje się
marzenie – Gala PWZ**
Dorota Lebedzińska

**47 | Geriatria 2050 – kto nas będzie
leczył na starość?**
Relacja z briefingu prasowego

47 | #WspólneŚwięta w szpitalach
Coroczna akcja naszej izby

**51 | IV Ogólnopolski Kongres Matek
Lekarek: dialog, solidarność
i kobieca siła**

Kolorowo nie jest



ALEKSANDRA SOKALSKA
redaktor naczelna

Kiedy planowaliśmy wydanie lutowe „Pulsu” (działo się to jeszcze w grudniu ubiegłego roku!), zastanawialiśmy się, czy wybrany przez nas wiodący temat zagrożenia wojną i bezpieczeństwa będzie jeszcze aktualny. Zanosilo się bowiem wtedy na podpisanie porozumienia między Ukrainą a Rosją, choćby mocno wątpliwe, ale dającego pewną nadzieję na pokój. Do rozejmu nie doszło, co więcej, sytuacja geopolityczna za sprawą prezydenta Donalda Trumpa skomplikowała się zdecydowanie bardziej. I cokolwiek by się jeszcze do momentu ukazania tego wydania wydarzyło (a piszę te słowa w połowie stycznia), jedno jest pewne: cały świat gra (*nomen omen*) w rosyjską ruletkę.

Sytuacja systemu ochrony zdrowia w Polsce nie przedstawia się różowo, ba, przypomina raczej – jeśli trzymać się już metafory kolorystycznej – czarną rozpacz. System potrzebuje pieniędzy i reformy – i te potrzeby wydają się najpilniejsze. Jednak, jak mówi w wywiadzie na temat przygotowania ochrony zdrowia do konfliktu zbrojnego prof. dr hab. n. med. i n. o zdr. Robert Gałązkowski: *W obliczu dzisiejszych zagrożeń, które nabrały wymiaru rzeczywistego, tzn. nie stanowią ryzyka li tylko mało prawdopodobnego, ale bardzo prawdopodobnego, uważam, że bezwzględnie istnieje potrzeba zorganizowania się służb w celu wypracowania rozwiązań, które*

będą odpowiedzią na zagrożenia. I dodaje: Nasuwa się tylko pytanie, ile pozostało nam czasu, bo już sporo go straciliśmy.

Ostatnie lata wyjątkowo dobitnie uzmysłowiły, że bezpieczeństwo bywa złudne, a jego utrata grozi nam na wielu poziomach. Konflikt zbrojny to tylko jedno z zagrożeń, do których system ochrony zdrowia musi być doskonale przygotowany. I choć wydaje się najpoważniejszym niebezpieczeństwem, nie możemy zapominać także o ryzykach związanych z epidemiami, powodzią czy choćby brakiem odporności zdrowotnej całego społeczeństwa. Dlatego w tym wydaniu rozmawiamy z dyrektorem Wojskowego Instytutu Higieny i Epidemiologii płk. dr. n. biol. Markiem Brytanem o współpracy wojskowej i cywilnej służby zdrowia w obliczu ewentualnego kryzysu zdrowotnego. A do owej współpracy wydaje się być jeszcze daleka droga, bo jak podkreśla pułkownik: *są podejmowane w tej kwestii pilotażowe działania, np. w Wojskowym Instytucie Medycznym, ale nie ma jeszcze systemowych rozwiązań.*

Pytanie, czy system ochrony zdrowia jest gotowy na sytuacje awaryjne, wydaje się być mocno retoryczne. W sumie nie powinno to dziwić, skoro nie jest wydolny nawet w normalnych warunkach. Niestety, nie zwalnia go to z obowiązku szybkiego nadrobienia zaległości. Bo w tej materii zwleknięcie może okazać się ostatnim gwoździem do jego trumny.

fot. Zuzanna Sokalska

Przeciążenie pracą? Wypalenie zawodowe?



Zapraszamy lekarzy i lekarzy dentystów na **trening balintowski**



Terminy najbliższych spotkań:

20 lutego 2026 r. | 13 marca 2026 r. | 24 kwietnia 2026 r.
15 maja 2026 r. | 26 czerwca 2026 r. | godz. 18.00–20.30



Szczegółowe informacje
i zapisy na stronie

Spotkania stacjonarne w siedzibie Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie przy ul. Puławskiej 18.

Bezpieczeństwo nie może być luksusem



ARTUR DROBNIAK
prezes ORL w Warszawie

Słowo „bezpieczeństwo” przez lata kojarzyło się nam głównie z procedurami, normami, certyfikatami. Z czymś formalnym, odległym, wpisanym w regulaminy. Dziś coraz wyraźniej widzimy, że bezpieczeństwo to nie paragraf – to codzienne doświadczenie. Lekarza, pacjenta, naszych rodzin. I niestety coraz częściej także obszar realnego zagrożenia.

Za nami kolejny przypadek ataku na lekarkę. Kolejny dowód na to, że agresja wobec personelu medycznego nie jest incydentem, lecz narastającym problemem. Każda taka sytuacja porusza nas wszystkich – bo dotyczy nie tylko konkretnej osoby, ale całego środowiska. Pokazuje, jak cienka bywa granica między zaufaniem a wrogością, między napięciem a przemocą.

ZERO TOLERANCJI TO NIE HASŁO

Dlatego kampania „Zero tolerancji dla agresji!” nie może pozostać jedynie deklaracją. To zobowiązanie. Jako samorząd mówimy jasno: agresja wobec lekarzy i innych pracowników ochrony zdrowia nie będzie akceptowana, bagatelizowana ani przemilczana. Będziemy podejmować kolejne kroki – prawne, organizacyjne, edukacyjne – by realnie wzmacniać bezpieczeństwo naszego środowiska.

Co istotne, coraz uważniej przyglądamy się także atakom w internecie. Hejt, groźby, publiczne podważanie kompetencji, nagonki w mediach społecznościowych – to nie są „opinie”. To forma przemocy, która zostawia realne konsekwencje: stres, lęk, wypalenie, a czasem strach przed wykonywaniem zawodu. Świat wirtualny nie jest mniej realny niż dyżur na SOR. Odpowiedzialność za słowo obowiązuje także tam.

BEZPIECZNY LEKARZ TO BEZPIECZNY PACJENT

Nie ma bezpiecznego pacjenta bez bezpiecznego lekarza. To zdanie powtarzamy często, ale dziś brzmi ono wyjątkowo dosłownie. Lekarz pracujący w poczuciu zagrożenia, presji, agresji nie jest w stanie działać z pełną uważnością. A system, który nie chroni tych, którzy w nim pracują, prędzej czy później przestaje chronić kogokolwiek.

Bezpieczeństwo to także bezpieczeństwo lekowe – racjonalna farmakoterapia, dostępność leków, stabilność łańcuchów dostaw. To temat mniej medialny, ale kluczowy. W świecie pełnym napięć geopolitycznych widzimy, jak kruche potrafią być rzeczy, które jeszcze niedawno uznawaliśmy za oczywiste. Leki, energia, infrastruktura – wszystko to ma bezpośredni wpływ na zdrowie i życie naszych pacjentów.

CZASY NIESPOKOJNE

Nie uciekniemy od szerszego kontekstu. Żyjemy w czasach, w których niebezpieczeństwo – w różnych formach – rzeczywistość zdaje się „wisieć w powietrzu”. Wojna za wschodnią granicą, globalna niestabilność, kryzysy polityczne i ekonomiczne. To wszystko przenika do naszych gabinetów, szpitali, rozmów z pacjentami. Napięcie społeczne bardzo często rozładowuje się tam, gdzie ktoś jest pod ręką – także na personelu medycznym.

Tym bardziej potrzebujemy spokoju, solidarności i jasnych zasad. Potrzebujemy też odwagi, by mówić głośno: lekarz nie jest wrogiem pacjenta. Jest jego sojusznikiem.

WSPÓLNA ODPOWIEDZIALNOŚĆ

Bezpieczeństwo nie kończy się na murach szpitala. To także bezpieczeństwo naszych rodzin – świadomość, że wrócimy do domu cali i spokojni. Że hejt nie zapuka do naszych drzwi w postaci realnego zagrożenia. Że państwo i samorząd stoją po stronie tych, którzy wykonują zawód zaufania publicznego.

Jako Okręgowa Izba Lekarska będziemy konsekwentnie działać w tym obszarze. Wspierać poszkodowanych, reagować na każdy sygnał, współpracować z instytucjami odpowiedzialnymi za porządek prawny. Ale bezpieczeństwo to także kultura – sposób rozmowy, język debaty publicznej, wzajemny szacunek. Tu odpowiedzialność spoczywa na nas wszystkich.

Na koniec chcę jasno powiedzieć: nie przyzwyczajamy się do agresji. Nie uznawajmy jej za „koszt wpisany w zawód”. To droga donikąd. Lekarz ma prawo do bezpieczeństwa. Pacjent ma prawo do spokojnej, opartej na zaufaniu opieki. A my – jako środowisko – mamy obowiązek o te wartości dbać.

Bo bezpieczeństwo to nie luksus. To fundament. ●



Rok 2025 w OIL w Warszawie

bezpieczeństwo • rozwój • wspólnota

Minione miesiące pokazały, jak ważna jest silna wspólnota samorządowa. Rekordowe frekwencyjnie wybory, zdecydowana reakcja na agresję wobec personelu medycznego i dynamiczny rozwój realnego wsparcia dla lekarzy – tak w skrócie można opisać 2025 r. w Okręgowej Izbie Lekarskiej w Warszawie. Przedstawiamy zestawienie najważniejszych ubiegłorocznych wydarzeń i działań samorządu oraz przyglądamy się planom na ten rok.



KAROLINA STĘPNIEWSKA

IZBA BLIŻEJ LEKARZY

Początek roku to nie tylko czas jego planowania, ale także naturalna okazja do podsumowania roku poprzedniego. A ten w Okręgowej Izbie Lekarskiej w Warszawie upłynął pod znakiem wyborów delegatów, rekordowej aktywności szkoleniowej, inicjatyw integrujących środowisko oraz zdecydowanych działań na rzecz poprawy bezpieczeństwa i dobrostanu lekarzy i lekarzy dentystów. Nasza izba konsekwentnie

realizowała ideę bycia „bliżej lekarzy” – zarówno w wymiarze zawodowym, prawnym, jak i społecznym.

Podsumujmy zatem wybrane wydarzenia i działania naszego samorządu w ubiegłym roku i przyjrzyjmy się planom na najbliższych kilkanaście miesięcy. To tylko krótkie podsumowanie, jednak nawet ono wyraźnie pokazuje, że 2025 r. był okresem wyjątkowo intensywnych działań, a izba stale wzmacniała swoją rolę instytucji

obecnej w codziennych wyzwaniach środowiska medycznego. Nie inaczej będzie w tym roku.

REKORDOWE WYBORY I ZAANGAŻOWANIE

Jednym z najważniejszych wydarzeń 2025 r. były wybory delegatów na Okręgowy Zjazd Lekarzy Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie X kadencji 2026–2030. Po raz pierwszy głosowanie odbyło się również w formie elektronicznej, co przełożyło się na rekordową frekwencję i liczbę wybranych delegatów z największej w historii liczby rejonów. – *To cieszy, bo widać rosnące zainteresowanie i chęć zaangażowania się w działalność samorządu lekarskiego* – mówi dr n. med. Artur Drobnik, prezes ORL w Warszawie.

Najbliższy Okręgowy Zjazd Lekarzy zaplanowany jest na 13–15 marca 2026 r. Pod względem liczby delegatów będzie on najliczniejszym zjazdem w historii samorządu lekarskiego. Podczas marcowego OZL delegatów czekają kolejne wybory, tym razem zadecydują o tym, kto będzie reprezentował lekarzy i lekarzy dentystów w najważniejszych organach izby.

BEZPIECZEŃSTWO LEKARZY

Jednym z kluczowych obszarów działalności OIL w Warszawie w 2025 r. była aktywność na rzecz przeciwdziałania agresji wobec personelu medycznego. W tym kontekście szczególny oddźwięk miała kampania informacyjna izby „Zero tolerancji dla agresji!”.

– W odpowiedzi na wydarzenia w systemie ochrony zdrowia związane z agresją wobec medyków uznaliśmy, że czas najwyższy, żeby przeciwdziałać tej fali przemocy – podkreśla prezes ORL. – Wiedzieliśmy, że nie możemy działać sami, dlatego zaprosiliśmy do współpracy Urząd Miasta Stołecznego Warszawy.

Materiały kampanii trafiły do placówek medycznych, a plakaty można było oglądać także w środkach komunikacji miejskiej. Izba zorganizowała również konferencję z udziałem ekspertów medycznych, społecznych i rządowych, w tym Rzecznika Praw Dziecka, wojewody mazowieckiego oraz przedstawicieli prokuratury i Policji.

Równolegle prowadzono działania edukacyjne skierowane do lekarzy, obejmujące m.in. jasne procedury zgłaszania incydentów, przygotowane we współpracy z Policją. Kampania będzie kontynuowana w tym roku. – Chcemy, aby lekarz czy pielęgniarka nie byli pozostawieni sami sobie, gdy doświadczą przemocy. Zależy nam na tym, aby to instytucja przejmowała ciężar formalnych działań – od zgłoszenia na policję po reprezentację w sądzie – przekonuje dr n. med. Artur Drobnik.

O tym, że warto nagłaśniać problem przemocy wobec przedstawicieli zawodów medycznych, najlepiej świadczy fakt, że w grudniu 2025 r. prezydent Karol Nawrocki podpisał ustawę zaostrzającą kary wobec sprawców takich aktów agresji. O potrzebie nowelizacji prawa w tym zakresie dyskutowano podczas sierpniowej konferencji zorganizowanej przez OIL w Warszawie. – To ważne, by zwiększyć kary i odpowiedzialność osób, które zachowują się agresywnie, nie tylko fizycznie, ale też werbalnie – podkreśla prezes ORL.

– Istotnym obszarem działań samorządu jest także aktywne włączanie się w kampanie promujące zmniejszenie spożycia alkoholu oraz ograniczenie innych nałogów, takich jak palenie papierosów czy nadużywanie substancji psychoaktywnych – dodaje Artur Drobnik. – Działania te mają szczególne znaczenie, ponieważ znaczna część przypadków agresji występującej w systemie opieki zdrowotnej jest spowodowana przez osoby znajdujące się pod wpływem alkoholu lub środków odurzających.

EDUKACJA I ROZWÓJ ZAWODOWY

Ośrodek Doskonalenia Zawodowego OIL w Warszawie w 2025 r. zorganizował 86 szkoleń, w których wzięło udział blisko 4000 lekarzy i lekarzy dentystów. Szczególnym zainteresowaniem cieszyły się webinary prawne i medyczne oraz szkolenia z resuscytacji krążeniowo-oddechowej z użyciem AED. Wraz z WHO Polska nasz ODZ zorganizował kurs komunikacji na temat szczepień. Stanowił doskonałe uzupełnienie dwóch kursów kwalifikacji do szczepień, w których łącznie udział wzięły 453 osoby.

W 2025 r. ODZ rozliczył 1600 lekarzy z realizacji obowiązku zdobywania punktów edukacyjnych – o 300 proc. więcej niż w roku poprzednim.

– Bardzo rośnie świadomość konieczności rozliczania punktów edukacyjnych. Stosujemy w OIL systemy zachęt do edukacji podyplomowej – w minionym roku ponad milion złotych z budżetu izby w ramach programu refundacji doskonalenia zawodowego wróciło bezpośrednio do lekarzy i lekarzy dentystów – zaznacza prezes.

WSPARCIE PRAWNE

– Nasza opieka prawna opiera się na trzech filarach: doraźnej pomocy w ramach Lex Doctor, działaniach rzecznika praw lekarza w sprawach najpoważniejszych i dotyczących licznych grup lekarzy oraz ubezpieczenia na refundację pomocy prawnej finansowanej ze składki członkowskiej, dzięki czemu lekarz może co roku wystąpić do ubezpieczyciela PZU o zwrot kwoty do 2000 zł na sprawy, które dotyczą obsługi prawnej w zakresie działalności zawodowej – wyjaśnia prezes Drobnik, zapowiadając jednocześnie zwiększenie limitu środków gwarantowanych ubezpieczeniem na obsługę prawną.

W 2025 r. z pomocy Lex Doctor skorzystało ponad 1700 lekarzy, a Biuro Rzecznika Praw Lekarza przygotowało 230 pism interwencyjnych i zainicjowało 26 kontroli organów nadzoru. Obecnie prowadzi 193 aktywne sprawy.

KLUB LEKARZA PRZEDSIĘBIORCY

W 2025 r. Klub Lekarza Przedsiębiorcy stał się jedną z najbardziej dynamicznych platform wymiany opinii i okazją



plakat kampanii



fol. I. Kania, kampania w komunikacji miejskiej

do spotkań lekarzy i lekarzy dentystów. Otwarte wydarzenia KLP w Zachęcie i Muzeum Narodowym, Forum Klubu Lekarza Przedsiębiorcy w Państwowym Instytucie Medycznym MSWiA przyciągały za każdym razem setki uczestników. Nie zabrakło też kameralnych spotkań, m.in. z Polą Dwurnik, oraz szkoleń z przedsiębiorczości. – Projekt Klubu Lekarza Przedsiębiorcy będzie stale rozwijany, bo wciąż przybywa lekarzy prowadzących własne praktyki

i podmioty lecznicze, będących na różnym poziomie zaawansowania umiejętności menadżerskich – zapowiada prezes ORL w Warszawie.

ZDROWIE LEKARZY

Izba kontynuowała działania na rzecz zdrowia fizycznego i psychicznego lekarzy i lekarzy dentyistów. W ramach akcji szczepień przeciw grypie zaszczepiono blisko 1000 osób. Działania na rzecz zdrowia psychicznego koncentrowały się na edukacji, profilaktyce i bezpośrednim wsparciu. Zrealizowano m.in. konsultacje indywidualne, warsztaty z okazji Światowego Dnia Zdrowia Psychicznego, a także comiesięczne spotkania grupy Balinta. Pełnomocnik ds. zdrowia lekarzy i lekarzy dentyistów Magdalena Flaga-Łuczkiwicz uczestniczyła również w ogólnopolskich debatach dotyczących dobrostanu medyków.

WSPARCIE SOCJALNE I NOWY PROJEKT

Rada Funduszu Samopomocy OIL w Warszawie pod przewodnictwem Mery Topolskiej-Kotuleckiej objęła wsparciem setki lekarzy i ich rodziny. Przyznała m.in. 660 świadczeń z tytułu urodzenia dziecka, 40 zapomóg losowych oraz 32 odprawy pośmiertne.

W ramach udzielania członkom OIL w Warszawie jeszcze większego realnego wsparcia w 2025 r. uruchomiono nowy program OIL Warszawa: Lekarski Budżet Partycypacyjny „Izba Lokalnie”. W IV kwartale 2025 r.

przeznaczono niemal 250 tys. zł na poprawę warunków pracy lekarzy. Celem programu jest także wspieranie rozwoju i kształcenia oraz integracji środowiska lekarskiego izby, szczególnie spoza Warszawy. Członkowie OIL w Warszawie w ramach projektu mogą ubiegać się o wsparcie finansowe m.in. na organizację wydarzeń, podniesienie jakości wyposażenia czy prace modernizacyjne miejsca pracy zespołów lekarskich. Kolejna edycja planowana jest na pierwszy kwartał 2026 r., a budżet LBP „Izba Lokalnie” ma wynieść ok. 2 mln zł.

AKCJA: INTEGRACJA

Organizowane przez OIL w Warszawie wydarzenia dla rodzin – Dzień Dziecka i Mikołajki – jak co roku cieszyły się ogromnym zainteresowaniem. W 2025 r.

frekwencja na obu wydarzeniach była rekordowa: Park Julinek gościł w czerwcu ponad 3000 osób (lekarzy i ich rodzin), podobnie jak Park Rozrywki Majaland podczas dwóch grudniowych dni Lekarskich Mikołajek. – *Uczestnicy cieszyli się, że mogą rodzinnie spędzić czas w gronie lekarskim. Z podziękowań od nich wiemy, że wydarzenia spełniły ich oczekiwania. Chcemy zatem dalej je rozwijać i udostępniać coraz większej liczbie chętnych* – zapowiada prezes Drobnik.

KULTURA I HISTORIA

O integrację środowiska lekarskiego poprzez wydarzenia kulturalne dbała Komisja ds. Kultury pod przewodnictwem Bożeny Hoffman-Golańskiej. Wydarzenia organizowane przez komisję sprzyjały rozwijaniu pasji członków samorządu oraz budowaniu relacji poza codzienną praktyką zawodową. W ramach spotkań z kulturą lekarze i lekarze dentyści uczestniczyli m.in. w plenerach fotograficznych i malarskich, wieczorach poezji, wystawach, koncertach i warsztatach artystycznych. Wielkim zainteresowaniem cieszyły się cykliczne konkursy: literacki „Puls słowa” oraz fotograficzny, który w tym roku odbywał się w kategoriach „Fotografia uliczna” oraz „Temat wolny”.

W 2025 r. OIL w Warszawie rozwinęła też współpracę z Biblioteką Lekarską, poszerzając ofertę edukacyjną i kulturalną dla członków izby. W siedzibie OIL w Warszawie otwarto wystawę muzealiów ze zbiorów Działu Starej Książki Medycznej Głównej Biblioteki



fot. Marcin Faliński, Gala Komisji ds. Sportu



fot. B. Plesiewicz, Dzień Dziecka w Julinku

Lekarskiej oraz Galerię ART MEDICIS. To wyjątkowa okazja, by zobaczyć za-
bytkowe narzędzia, archiwalia i staro-
druki dokumentujące rozwój medycy-
ny, a także prace artystyczne stworzone
przez lekarzy i lekarzy dentystów, człon-
ków naszego samorządu.

W ZDROWYM CIELE ZDROWY DUCH

Aktywność sportowa pozostaje jednym
z najważniejszych obszarów integrują-
cych środowisko lekarzy i lekarzy den-
tystów. W 2025 r. wydarzenia sporto-
we przyciągały szerokie grono uczestni-
ków, a wśród nich dużą popularnością
cieszyły się igrzyska lekarskie, turnieje
brydżowe, zawody tenisowe i siatkar-
skie oraz rozgrywki piłkarskie.

Komisja ds. Sportu, działająca pod
przewodnictwem Krzysztofa Herman-
na, koncentrowała się na realizacji fla-
gowych programów OIL Sport: Start,
Event oraz Mistrz, które od lat stanowią
fundament wsparcia aktywności spor-
towej członków izby. Ważnym elemen-
tem oferty była także Liga OIL – naj-
większa piłkarska liga lekarska w kraju
– realizowana we współpracy z Ligą Be-
mowską. Kalendarz wydarzeń sporto-
wych obejmował ponadto m.in. sporto-
we niedziele, kursy samoobrony, obozy,
rajdy rowerowe. Równolegle rozwijała
się działalność sekcji sportowych, m.in.
kitesurfingowej, szachowej i ringo.

Komisja ds. Sportu koordynowała
również program kart sportowych Mul-
tisport i FitProfit, zapewniając człon-
kom izby szeroki dostęp do infrastruk-
tury sportowo-rekreacyjnej.

PLANY NA 2026 R.

Wśród tegorocznych priorytetów pre-
zes Artur Drobniaak wymienia cyfry-
zację obsługi członków izby. – *Zależy
nam, aby lekarz mógł załatwić więk-
szość spraw zdalnie – poprzez swój pro-
fil lekarza i logowanie online przez Wę-
zeł Krajowy. Pracujemy nad tym, by
pozyskać na ten cel środki finansowe
z Ministerstwa Cyfryzacji i z progra-
mów unijnych – zdradza.*

– *Chcemy też rozwijać nowe formy
wsparcia, w tym programy wspierają-
ce działalność naukową lekarzy w ob-
szarze badań i publikacji wyników ba-
dań – dodaje.*

W planach na 2026 r. jest również
dalsze wzmacnianie pionu odpowie-
dzialności zawodowej: – *Rzecznik Od-
powiedzialności Zawodowej, jak i Sąd
Lekarski rozpatrują co roku coraz wię-
cej spraw. Potrzebujemy lekarzy, któ-
rzy są zainteresowani tematyką praw-
ną, chcą się zaangażować w działal-
ność samorządu i spełniają kryteria
formalne, by wzmocnić pion odpowie-
dzialności zawodowej. Zależy nam na
tym, żeby oskarżani lekarze byli w spo-
sób obiektywny oceniani przez swoich
kolegów i koleżanki, a nie poprzez sądy
powszechne – wyjaśnia prezes.*

WSPÓLNOTA I ODPOWIEDZIALNOŚĆ

Chociaż w minionym roku nie brako-
wało wyzwań, m.in. tych związanych
z zapowiedziami Ministerstwa Zdrowia

dotyczącymi zmian w wynagrodzeniach
w systemie opieki zdrowotnej i ograni-
czeniach umów „kontraktowych” czy
zniesienia lub poważnych ograniczeń
w zakresie stażu podyplomowego, sa-
morząd lekarski podjął skuteczne dzia-
łania, by te plany nie zostały zrealizo-
wane. OIL w Warszawie udowodniła,
że pozostaje nowoczesną, aktywną in-
stytucją samorządową, konsekwentnie
odpowiadającą na potrzeby środowiska
lekarskiego – poprzez edukację, wspar-
cie najsłabszych i potrzebujących, dia-
log, budowanie wspólnoty i chronienie
praw swoich członków.

– *W tym roku na pewno pojawią się
nowe problemy, z którymi będziemy mu-
sieli się na bieżąco mierzyć jako najwięk-
szy samorząd zawodu zaufania publicz-
nego w Polsce – mówi Artur Drobniaak i do-
daje: – Jesteśmy do tego przygotowani. ●*



fot. Piotr Woźniak / ArsLumen, debata sędziowska zorganizowana przez OIL fot. Marcin Faliński, uroczystość wręczenia PWZ



Powinniśmy być gotowi do ewentualnego konfliktu zbrojnego – taki jest oficjalny przekaz polskich władz. Jak zatem na działanie w sytuacjach ekstremalnych jest przygotowany kluczowy, w kontekście bezpieczeństwa, system ochrony zdrowia, pytam specjalistę w dziedzinie zdrowia publicznego **prof. dr. hab. n. med. i n. o zdr. Roberta Gałązkowskiego**.

rozmawiała **ALEKSANDRA SOKALSKA**

(Nie)gotowi

Pandemia i ostatnia powódź pokazały, że w wielu sytuacjach w ramach systemu ochrony zdrowia dopiero na bieżąco wypracowywano sposoby działania. Nauczyliśmy się czegoś z tej lekcji? Czyli czy polski system ochrony zdrowia ma już odpowiednie procedury działania wdrażane w ekstremalnych sytuacjach, takich jak klęska żywiołowa, epidemia czy wojna?

Przywołane przez panią sytuacje z jednej strony pokazały, że mamy potencjał: ludzki (w postaci specjalistów), sprzętowy, technologiczny oraz mobilizacyjny, czyli potrafimy reaktywnie, na szybko rozwiązywać pojawiające się problemy. Z drugiej unaocznili, że od lat mamy jako państwo ogromny problem z wyciąganiem wniosków. Pomimo wielu świetnych, wymyślonych na daną chwilę rozwiązań, które okazały się strzałem w dziesiątkę, nie potrafimy ich przełożyć na praktyczny wymiar strategii systemowych, zarówno tych proceduralnych, profilaktycznych, jak też prewencyjnych,

mających na celu minimalizację zdefiniowanych podczas kryzysu zagrożeń.

Niestety, muszę stwierdzić, że w dalszym ciągu mamy do czynienia z silosowością poszczególnych służb na poziomie zarządzania, koordynacji i budowania wspólnych asymilacyjnych rozwiązań.

Co zatem powinno się w tym obszarze zrobić?

W obliczu dzisiejszych zagrożeń, które nabrały wymiaru rzeczywistego, tzn. nie stanowią ryzyka li tylko mało prawdopodobnego, ale bardzo prawdopodobnego, uważam, że bezwzględnie istnieje potrzeba zorganizowania się służb w celu wypracowania rozwiązań, które będą odpowiedzią na zagrożenia. Zatem trzeba działać zgodnie ze schematem: zdefiniowanie zagrożeń, przypisanie do nich jednostek posiadających przygotowanie do ich neutralizacji i zaopatrywania, następnie określenie ram i procedur postępowania i współpracy na poziomie samego zdarzenia, a na koniec stworzenie interdyscyplinarnego zespołu, agendy złożonej ze specjalistów posiadają-

cych plenipotencje do monitorowania i koordynowania na poziomie taktycznym i strategicznym zdarzeń wykraczających poza możliwości standardowych procedur. Posłużę się przykładem niedoszłej katastrofy pociągu, gdzie zaistniało realne ryzyko naprawdę wielu poszkodowanych. To sytuacja, która generuje potężne zapotrzebowanie sił i środków na poziomie działań nie tylko przedszpitalnych, ale także szpitalnych. Uważam, że zdarzenia o takim charakterze i takiej skali muszą być koordynowane centralnie przez zespół specjalistów posiadających wiedzę i umiejętność podejmowania decyzji o charakterze adaptacyjnym, czyli dostosowującym zasoby do aktualnej sytuacji, zagrożenia, dynamiki i charakteru.

Czy w sytuacjach ekstremalnych, w których wielu rzeczy nie da się przewidzieć, stosowanie procedur jest naprawdę skuteczne?

Procedura to pewien zbiór rekomendacji, zaleceń i wskazówek, zazwyczaj wkomponowanych w określony pro-

ces, które mają określić ścieżkę działania minimalizującą wystąpienie błędu lub działania niepożądanego. Jednak należy podkreślić, że nie ma procedury, która będzie miała wymiar uniwersalny, tzn. wykonujący ją musi mieć świadomość, że zawsze mogą wystąpić okoliczności, które wymuszają inne działania. To oznacza, że skuteczność określonej procedury jest na tyle wysoka, na ile została ona wielokrotnie przećwiczona.

Jakie aspekty bezpieczeństwa medycznego są najbardziej istotne?

Dzisiaj najistotniejszym aspektem jest zdefiniowanie przez instytucje i agendy, czego oczekuje się od poszczególnych

jednostek systemu ochrony zdrowia. Trzeba zbudować model, który wprost określi strukturę i wskaże, jaką rolę każdy element ma do odegrania. Ważnym aspektem, który jest nieodzowny we wszystkich modelach bezpieczeństwa, jest komunikacja, zarówno w kontekście organizacyjnym (czyli pionowa, pozioma, międzyinstytucjonalna), jak i technicznym (czyli system jednolitej, bezpiecznej łączności telefonicznej, teleinformatycznej i radiotelefonicznej). Bez ujednoliconego, wypracowanego schematu komunikacyjnego żaden system nie przetrwa kryzysu. Jeśli powyższe działania udałoby się zrealizować, wówczas przyjdzie pora na ćwiczenia

i jeszcze raz ćwiczenia, których celem jest doskonalenie umiejętności i podnoszenie świadomości wśród personelu.

Uważam, że przy pełnej determinacji, jednoznacznych decyzjach i mądrym specjalistycznym zespole można w rok osiągnąć wiele rzeczy, o których mówię. Nasuwa się tylko pytanie, ile pozostało nam czasu, bo już sporo go straciliśmy. Mam więc wielkie obawy, że skończy się tak jak zawsze, czyli będziemy musieli na bieżąco adaptować się do sytuacji bezpośredniego zagrożenia.

Skoro grozi nam brak czasu, to co w pierwszej kolejności należałoby poprawić?

do wojny



fot. licencja OIL w Warszawie

Natychmiast trzeba odpowiedzieć sobie na pytanie, jak system powinien funkcjonować w sytuacji kryzysu o charakterze ponadlokalnym, ponadwojewódzkim, krajowym. Następnie należy określić, czy organizacja, zasoby oraz procedury są adekwatne i optymalne. Jeśli nie, podjąć działania, aby taki status osiągnąć. Dziś kierujący podmiotami leczniczymi, a także personel tam pracujący chyba do końca nie zdają sobie sprawy z sytuacji. A to jest najgorsze, jeśli najważniejszy potencjał, jakim jest zasób ludzki, nie jest przygotowany mentalnie, proceduralnie i narzędziowo do działania w warunkach być może długotrwałego permanentnego kryzysu.

Nie czerpiemy z doświadczenia Ukraińców?

Czerpiemy, ale zdecydowanie za mało. Bo niestety nie ma skoordynowanych działań planistyczno-organizacyjnych.

Nie mamy procedur, to choć może szpitale mają wystarczające zapasy leków, krwi i sprzętu medycznego na wypadek wojny?

Nie wiem. Można postawić sobie inne pytanie: czy funkcjonują w tym wymiarze regulacje definiujące, na jaki okres szpital powinien gromadzić takie rezerwy. A także, czy dany szpital ma możliwości techniczne i finansowe do ich posiadania.

Wiem, że niektóre jednostki same podjęły decyzje o zwiększeniu rezerw zapewniających funkcjonowanie przez miesiąc. Problem jest jednak bardziej złożony. W pierwszej kolejności należałoby zdefiniować, na jaką skalę w określonej sytuacji może zostać zaburzony łańcuch dostaw oraz ile czasu będzie potrzebna do jego odtworzenia. Dopiero na tej podstawie powinny powsta-

wać rekomendacje do budowania rezerw na poziomie podmiotu leczniczego, a może także na poziomie innych jednostek odpowiedzialnych w państwie za rezerwy.

To inne pytanie: czy infrastruktura medyczna – szpitale, SOR, pogotowie – jest odpowiednio zabezpieczona przed atakami i awariami?

Dobrze wiemy, że infrastruktura podmiotów leczniczych prawie w całości nie jest dostosowana do tego typu zagrożeń. Istnieje zatem pilna konieczność opracowania planów, co zrobić na wypadek bezpośredniego niebezpieczeństwa, a także przygotowania projektu dostosowującego infrastrukturę do takich sytuacji.

Można też zadać sobie dość retoryczne pytanie: czy każdy szpital lub inny podmiot leczniczy w ostatnim czasie przeciwiczył w sposób niezapowiedziany plan ewakuacji jednostki, który jest zobligowany realizować...?

Nie ma pełnych procedur, kuleje infrastruktura... Ile zatem będzie kosztować nas zabezpieczenie ochrony zdrowia na czas wojny i czy w ogóle będą na to pieniądze?

Skoro nie mamy zdefiniowanego modelu działania, a co za tym idzie, nie mamy zdefiniowanych potrzeb, trudno skalkulować koszty.

To może choć polska kadra medyczna jest przygotowana do działania w sytuacjach ekstremalnych, np. podczas konfliktu zbrojnego?

Nie jest przygotowana. Nie jest przygotowana na działanie w warunkach trudnych lub ekstremalnych, w warunkach pośredniego lub bezpośredniego

zagrożenia, a także udzielania świadczeń zdrowotnych w warunkach prowizorycznych. Brakuje przygotowania personelu medycznego do postępowania z pacjentami, którzy doznali urazów, obrażeń charakterystycznych dla konfliktu wojennego czy też ataku terrorystycznego.

Zatem cała kadra medyczna powinna przejść szkolenia przygotowujące do wojny? Czy tylko chętni? A może jakieś konkretne grupy, np. ratownicy medyczni?

Cały personel medyczny powinien przejść szkolenia podstawowe, a szkolenia zaawansowane powinien przejść wyselekcjonowany personel szpitalny. Ważnym ogniwem jest również personel Państwowego Ratownictwa Medycznego, który wymaga szkoleń specjalistycznych. Natomiast istotnym krokiem, który musimy zrealizować bardzo szybko, jest wprowadzenie do programów kształcenia na uczelniach z kierunkami medycznymi przedmiotu „medycyna taktyczna”, który w perspektywie następnych lat sukcesywnie będzie przygotowywał przyszły personel medyczny do działań w sytuacjach nadzwyczajnych.

Jest dużo do zrobienia, i to na wielu płaszczyznach. Kto zatem powinien odpowiadać za całość działań zwiększających bezpieczeństwo medyczne?

Stała, nadzorowana przez premiera agenda złożona z przedstawicieli MZ, MON, KPRM, MSWiA i specjalistów. Tylko wtedy możemy się dobrze przygotować na poziomie całego kraju do coraz bardziej prawdopodobnych zagrożeń i sytuacji ekstremalnych. ●



PROGRAM STYPENDIALNY



Skorzystaj z dofinansowania **staży • kursów • konferencji zagranicznych**

- nabór wniosków **do 30 marca 2026 r.**
- maksymalna kwota dofinansowania **7500 zł**

ZAGROŻENIE



JERZY BRALCZYK
językoznawca

Groźne słowo *grozić* wzięło się zapewne od strachu, bania się (zauważmy, że nie *boimy*, lecz *boimy się*, co może oznaczać, że strach raczej jest w nas samych, że niejako *sami siebie boimy*) – w prasłowiańskim było *grezti*, co oznaczało ‘bać się’, a w praindoeuropejskim był rdzeń *gres-*/ *gros-*, który odnosił się do ‘niszczenia, niweczenia’.

Kiedy coś nam *grozi*, myślimy o tym jako o *groźbie* (*groźbie* tego czegoś) i możemy czuć *grozę*. Rzeczownik *groza* oznaczał kiedyś także ‘groźbę’, a dzisiaj raczej tylko stan ducha, ‘silny przestrah’. A w ogóle jest bardzo mocnym określeniem – gdy ogarnia *groza*, jest strasznie strasznie.

Groźba oznacza, że coś czy ktoś nam *grozi*. Dziś częściej, że ktoś – jeśli ktoś nam *grozi*, to jest to *groźba*, dodajmy, że czasem *karalna*, ale bywa, że tylko *pogrożka*, zamierzona i emocjonalna, wzięta ze złej woli grożącego. Jeśli coś – zatem niejako obiektywnie, nie intencjonalnie – grozi, może bardziej powinniśmy się mieć na baczności. Jak się zdaje, coraz rzadziej to nazywamy *groźbą*, a coraz częściej *zagrożeniem*.

Zagrożenie wydaje się bardziej od *groźby* oficjalne, realne i obiektywne. Co za tym idzie – bardziej wiarygodne. Różni się też od *groźby* składnią – *groźba* jest z dopełniaczem (*groźba czegoś*), zagrożenie z narzędnikiem (*zagrożenie czymś*). Zauważmy, że jeżeli coś *grozi*, *grozi czymś* – na przykład tryb życia grozi chorobą, choroba śmiercią, sytuacja finansowa grozi bankructwem. To coś, co grozi, to przesłanka, niby jeszcze nic, ale to, czym grozi, czyli konsekwencja – o, tego się trzeba bać.

Zagrożenie jest często kategorią społeczną – mówimy o *zagrożeniu wojną, kryzysem, epidemią*. I wtedy możemy liczyć na wiarygodny odbiór – *zagrożenie* jest serio. A jeśli dodamy przymiotnik *realne*, wiarygodność ma być pełna. Często fraza *istnieje realne zagrożenie* wskazuje, że są i inne zagrożenia, może mniej realne, w każdym razie nie do tego stopnia zagrażające, co realne zagrożenie.

Kiedy mowa o zagrożeniu, powinienem się bać, a przynajmniej niepokoić. Ale działa tu syndrom pasterza i wilka – pasterz wielokrotnie straszący wilkiem swoją wiarygodność tragicznie zmniejszył. A przy tym nasze media, tak chętnie uatrakcyjniające swoje przekazy nadmierną wyrazistością i pobudzaniem emocji, straszenia nie unikają. Ciekawe zresztą jest też i to, że sam czasownik *straszyć* szczególnie strasznym się nie wydaje, kiedy czujemy, że ktoś nas straszy, zagrożeni się nie czujemy – straszenie jest działaniem celowym, chodzi w nim o to, żeby nas przestraszyć, a nie żeby ostrzec.

Może pora na odnowienie dawnych słów i znaczeń, choćby i manipulacyjne, ale w słusznym celu. Może warto, żeby to nieustające *realne zagrożenie* zastąpić dawną, poważną *groźbą*, której odebralibyśmy subiektywność, ludzkie *groźby* zastępując *grożeniem*, *wygrazaniem* i *pogrożkami*? Ale język sam decyduje – i mimo że jego różne decyzje postrzegamy często jako zagrażające dobrej komunikacji, wierzymy, że w przyszłości potrafimy się naprawdę realnie ostrzegać przed prawdziwymi, rzeczywiście nam zagrażającymi zagrożeniami. ●

Bezpieczeństwo lekowe, czyli koniec kultu świętej Taniości



MARIA LIBURA

przewodnicząca Zespołu
Studiów Strategicznych OIL

Bezpieczeństwo lekowe można szeroko ująć jako zdolność państwa do zapewnienia obywatelom stałego, równego i niezakłóconego dostępu do niezbędnych produktów leczniczych – zarówno w warunkach stabilnych, jak i w sytuacjach kryzysowych.

Pandemia COVID-19, wojna w Ukrainie oraz narastające napięcia geopolityczne unaocznily, że dostępność leków nie jest sprawą, którą można po prostu zostawić mitycznym regułom rynku. Nie jest też prywatnym problemem pacjenta, który biega od apteki do apteki w poszukiwaniu antybiotyku, ani wewnętrznym wyzwaniem systemu ochrony zdrowia. Bezpieczeństwo lekowe jest ważnym elementem bezpieczeństwa państwa.

Państwa wysoko rozwinięte długo uznawały, że wielkość ich gospodarek oraz geopolityczna dominacja tzw. świata zachodniego stanowią wystarczającą tarczę przeciw potencjalnym zagrożeniom związanym z przenoszeniem produkcji substancji czynnych i leków za

granicę, głównie do państw azjatyckich. Także wyśrubowane normy ochrony środowiska w naszym regionie zachęcały do przenoszenia „brudnej” produkcji w te rejony, a więc niejako do eksportowania zanieczyszczenia środowiska w ucieczce przed europejskimi regulacjami. Do tego polityka lekowa wielu krajów UE faworyzuje najtańsze zamienniki (leki generyczne), co zmusiło firmy do szukania tańszych źródeł substancji czynnych. Produkcja w Europie nie mogła w tym obszarze skutecznie konkurować cenowo z rynkiem azjatyckim, gdzie koszty pracy były znacznie niższe.

Robiono to wszystko w pogoni za taniością, uzasadnianą przekonaniem o „końcu historii”. Obecne zagrożenia bezpieczeństwa lekowego w naszej czę-

ści globu są modelowym wręcz przykładem zastosowania w praktyce gospodarczej idei zawartej w słynnej książce „Koniec historii i ostatni człowiek” autorstwa Francisca Fukuyamy. Przekonanie, jakoby po zimnej wojnie liberalna demokracja i wolnorynkowy kapitalizm nie miały realnej alternatywy, a konflikty geopolityczne przestały być główną osią porządku światowego, stało się fundamentem „nowej racjonalności” w polityce lekowej bogatych państw. W logice „końca historii” wojna między państwami rozwiniętymi jest mało prawdopodobna, handel ma charakter stabilny i przewidywalny, a łańcuchy dostaw są „neutralne politycznie”. W UE tolerowano więc koncentrację produkcji w kilku regionach Azji, a także uznano, że zapasy strategiczne i suwerenność produkcyjna są w dużej mierze relikty XX wieku. Skoro świat wszedł w stan stabilności, zabezpieczanie się na wypadek kryzysu uznano za marnotrawstwo. Dominowała wiara, że jeśli coś można tanio importować dziś, to jutro wynegocjujemy jeszcze korzystniejszą cenę. Państwa wysoko rozwinięte rezerwowały dla siebie rolę liderów rozwoju nowych, drogich technologii, zapewniających największy zysk.

Tymczasem np. Chiny i Indie aktywnie wspierały swój przemysł farmaceutyczny, co pozwoliło im *de facto* zdominować rynek półproduktów chemicznych niezbędnych do wytwarzania wielu leków. Gwałtowny wzrost popytu na niektóre produkty lecznicze podczas pandemii COVID-19 bezlitośnie obnażył ogromną podatność europejskich systemów opieki zdrowotnej na zakłócenia w globalnych łańcuchach dostaw. Przekonanie o własnej sile przetargowej w zderzeniu z kryzysem było założeniem tyleż buńczuczny, co naiwny. Po raz kolejny okazało się, że kapitał ma narodowość, a tzw. prawa rynku to nie obiektywne „prawa natury”, lecz także polityczna gra w dominację. Europa obudziła się, by zobaczyć, że bezpieczeństwo lekowe własnych mieszkańców złożyła w ofierze na ołtarzu świętej Taniości. Obecnie kraje europejskie starają się choć częściowo odwrócić ten trend po tym, jak pandemia i kryzysy logistyczne ujawniły niebezpieczne uza-



musi brać pod uwagę scenariusze gwałtownego wzrostu zapotrzebowania na leki, w tym preparaty ratujące życie. Autorzy opracowania Rady zwracają też uwagę, że bezpieczeństwo lekowe ma charakter wielowymiarowy. Obejmuje ono nie tylko fizyczną dostępność produktów leczniczych, lecz także stabilność ram prawnych, przewidywalność polityki refundacyjnej oraz opłacalność produkcji leków. Nadmierną presją cenowa,

leżnienie od dostaw z Azji. Dodajmy, że ok. 80 proc. substancji czynnych stosowanych w UE pochodzi z tego regionu. W 2020 r. Parlament Europejski przyjął rezolucję wzywającą UE do większej samowystarczalności w kwestiach zdrowotnych poprzez zabezpieczenie dostaw, przywrócenie lokalnej produkcji leków i lepszą koordynację krajowych strategii zdrowotnych na szczeblu UE. Efektem jest powrót polityki lekowej do dużej polityki międzynarodowej i opracowanie dokumentów UE, takich jak Pakiet Farmaceutyczny czy Akt o lekach krytycznych, które razem mają wzmocnić dostęp do leków, innowacyjność, bezpieczeństwo i konkurencyjność przemysłu farmaceutycznego w Europie. Jak zasadnicza jest ta zmiana, widać po tym, że ostatni większy przegląd prawodawstwa farmaceutycznego UE przeprowadzono ponad 20 lat temu, co podkreśla sama Rada Europejska na swojej stronie.

W Polsce o konieczności odbudowy potencjału krajowego przemysłu farmaceutycznego i odwrócenia negatywnego bilansu handlu lekami się światem mówi się głośno przynajmniej od roku 2016. Koncepcja refundacyjnego trybu rozwojowego pojawiła się być może zbyt wcześnie przed widmem dużego kryzysu i nie została doceniona, jak to z wizjonerskimi koncepcjami bywa. Ważnym krokiem było przyjęcie przez rząd dokumentu „Polityka Lekowa Pań-

stwa 2018–2022”; z perspektywy konstytucyjnej bezpieczeństwo lekowe wpisuje się przecież bezpośrednio w obowiązek władz publicznych zapewnienia równego dostępu do ochrony zdrowia niezależnie od sytuacji materialnej obywateli. Braki leków, ograniczenia refundacyjne czy przerwy w dostawach uderzają w fundament tego prawa, prowadząc do nierówności zdrowotnych, destabilizacji terapii chorób przewlekłych oraz utraty zaufania do instytucji publicznych. W tym sensie bezpieczeństwo lekowe nie jest zagadnieniem technicznym dla Ministerstwa Zdrowia, lecz warunkiem realizacji podstawowych funkcji państwa.

Także pierwsze posiedzenie Rady Zdrowia powołanej przez prezydenta RP poświęcono właśnie bezpieczeństwu lekowemu. W zaprezentowanym raporcie „Bezpieczeństwo lekowe Polski” podkreślono, że nasz kraj – mimo relatywnie rozwiniętego rynku farmaceutycznego – pozostaje silnie uzależniony od importu leków gotowych oraz substancji czynnych (API). Dotyczy to także podstawowych leków generycznych, które z punktu widzenia systemu ochrony zdrowia mają kluczowe znaczenie wolumenowe i kosztowe. Szczególnym wyzwaniem dla Polski jest położenie geopolityczne. Jako państwo przyfrontowe, zaangażowane w pomoc humanitarną i zdrowotną dla uchodźców, Polska

przy braku długoterminowych gwarancji zbytu, prowadzi do wycofywania się producentów z rynku i zwiększa ryzyko niedoborów. W tym sensie polityka lekowa musi równoważyć interes fiskalny państwa z interesem bezpieczeństwa zdrowotnego. Bezpieczeństwo lekowe ma również wymiar europejski. Polska, działając samodzielnie, nie jest w stanie całkowicie uniezależnić się od importu, dlatego kluczowe znaczenie ma współpraca w ramach Unii Europejskiej: wspólne listy leków krytycznych, mechanizmy solidarnościowe, wspólne zamówienia oraz budowa europejskich rezerw strategicznych. Jednocześnie materiały Rady wskazują, że aktywność innych państw UE w tym obszarze przy opieszałości naszego kraju zawęży „okno możliwości” dla Polski – opóźnienia w działaniach mogą prowadzić do trwałej marginalizacji krajowego sektora farmaceutycznego.

Odtworzenie zdolności produkcyjnych nie jest proste, wymaga też odejścia od prymatu ceny jako najważniejszego kryterium zakupu leków przez systemy ochrony zdrowia. Bezpieczeństwo i odporność kosztują, nie tylko w obszarze wojskowości i zakupu broni. Szkoda jedynie, że potrzebowaliśmy wojny za naszą granicą, by docenić koncepcje sprzed dekady i uznać, że bezpieczeństwo lekowe jest po prostu jednym z filarów bezpieczeństwa Polski. ●

Budujemy odporność

O aktualnych zagrożeniach dla zdrowia społeczeństwa, podnoszeniu poziomu zabezpieczenia zdrowotnego kraju, a także o współpracy wojskowej i cywilnej służby zdrowia w obliczu ewentualnego kryzysu zdrowotnego rozmawiamy z dyrektorem Wojskowego Instytutu Higieny i Epidemiologii **plk. dr. n. biol. Markiem Brytanem.**

rozmawiała **MAŁGORZATA WÓDZ**

Co może być dziś największym zagrożeniem dla zdrowia naszego społeczeństwa – nowe patogeny, antybiotykooporność, zmiany klimatyczne, incydent radiacyjny czy jeszcze coś innego?

Każde z tych zagrożeń należy brać pod uwagę. Musimy być na nie przygotowani, ale trudno przewidzieć, co się zdarzy. Pamiętamy początek pandemii COVID-19 – wówczas najlepsi, najbardziej znani eksperci WHO wypowiadali się ostrożnie w sprawie przewidywanego rozwoju wydarzeń. Pierwsze prognozy były obciążone dużą niepewnością. Opierano się na doświadczeniach z poprzednich epidemii, które miały inny przebieg. Trudno zatem teraz jednoznacznie wskazać, co może być największym zagrożeniem.

Nawiązał pan do pandemii, czy wyciągnęliśmy z niej wnioski? Jeste-

śmy przygotowani na podobne poważne zagrożenie zdrowotne?

Na pewno wyciągnęliśmy wnioski. Można zaobserwować wiele działań, które przygotowują nas na podobne zagrożenia w przyszłości. Mówimy o przygotowaniach i działaniach systemowych, jak i tych związanych z nowymi technologiami, wyrobami medycznymi czy lekami. Przykładem jest choćby powołanie na poziomie Unii Europejskiej agencji HERA (Health Emergency Preparedness and Response Authority – Urząd ds. Gotowości i Reagowania na Stany Zagrożenia Zdrowia). Istnienie tego organu jest odpowiedzią na to, co się wydarzyło.

Pandemia dużo nas nauczyła. Poprawiamy system reagowania w kraju, a także na poziomie europejskim czy globalnym. Budujemy zapasy medycznych środków przeciwdziałania. Rozwijamy – co jest bardzo istotne – współpracę cywilną i wojskową. Nasz

instytut jest w to bardzo zaangażowany ze względu na szczególne zdolności i kompetencje – chodzi o działania w takich sytuacjach. Mam na myśli zdolności do diagnostyki wybranych czynników szczególnie niebezpiecznych. Na co dzień jesteśmy w gotowości do takich działań, mamy zawarte umowy ze Strażą Pożarną czy z Ministerstwem Obrony Narodowej dotyczące przyjmowania próbek środowiskowych do analizy pod kątem identyfikacji niebezpiecznych czynników biologicznych. Dla potrzeb badawczych mamy też umowy o współpracy ze szpitalami, dotyczące monitorowania wybranych patogenów w środowisku szpitalnym.

Czy oferują państwo lub planują programy szkoleniowe dla personelu medycznego, np. dotyczące niebezpiecznych patogenów?

Zapewniamy szkolenia w ramach kursów specjalizacyjnych z epidemiologii dla nielekarzy. Planujemy też ponowne uruchomienie takich szkoleń w ramach specjalizacji dla medyków. Ta działalność była wstrzymana. Wrócimy do niej, bo jest potrzebna.

W jakim stopniu obecna sytuacja geopolityczna, zwłaszcza to, co się dzieje za naszą wschodnią granicą, wpływa na działalność i priorytety instytutu, którym pan kieruje?

Jesteśmy przede wszystkim instytutem badawczym, więc nasza działalność skupia się głównie na nauce. Wiadomo, że sytuacja geopolityczna zmienia nasze priorytety badawcze, ukierunkowując je na najbardziej prawdopodobne zagrożenia. Nasze są ściśle powiązane z priorytetami badawczymi MON, NATO czy Unii Europejskiej. Bierzemy udział w dwóch dużych międzynarodowych projektach badawczych w ramach Europejskiego Funduszu Obronnego – Counteract i Resilience – dotyczących wzmocnienia państw Unii Europejskiej w zakresie przygotowania reagowania na zagrożenia zdrowotne związane z użyciem broni masowej rażenia. W projekty te włączone są czołowe instytucje badawcze Unii Europejskiej. Koncentrujemy się w nich m.in. na budowaniu ekosystemu sprzyjającego rozwojowi nowych technologii w odpo-

wiedzi na nowe zagrożenia zdrowotne, czyli budowanie sieci podmiotów, które będą zdolne do szybkiego reagowania – począwszy od badań, skończywszy na działaniach, które wprowadzają taką technologię na rynek i sprawiają, że jest dostępna.

Jak pan ocenia stopień naszego przygotowania na zagrożenia zdrowotne – zarówno naturalne, choćby epidemie, jak i te związane z działalnością człowieka, np. bioterroryzm?

W pewnych aspektach na pewno jesteśmy dobrze przygotowani. Dysponujemy stosownymi procedurami, sprawnym systemem zarządzania kryzysowego. Mamy też odpowiednie służby, które zajmują się identyfikacją zagrożeń np. bioterrorystycznych, ich monitorowaniem, choćby na podstawie krajowego systemu monitoringu skażeń. Ale zawsze największym problemem będzie zapewnienie odpowiednich i wystarczających zasobów.

Zagrożenia zdrowotne związane z użyciem broni masowego rażenia są szczególne, właśnie ze względu na ich masowy charakter. W takich warunkach działanie służb medycznych, ratowników, zapewnienie odpowiedniej ochrony itp. – zawsze będzie wąskim gardłem.

Czy pana zdaniem infrastruktura medyczna jest gotowa na sytuacje masowych zdarzeń, np. gdyby w krótkim czasie do szpitali trafiało dużo poszkodowanych?

Myślę, że od tej strony nigdy nie będziemy w pełni gotowi, tym bardziej że takie zdolności do reagowania powinny być rozproszone w całym kraju. W każdym regionie powinny być jednostki, które będą gotowe do przyjęcia poszkodowanych w wyniku narażenia na czynniki masowego rażenia. A mamy deficyt takich jednostek – ok. 8 proc. szpitali jest przygotowanych do przyjęcia pacjentów, którzy wymagają np. dekontaminacji. Jeśli do zdarzenia doszłoby z dala od takiej infrastruktury, mamy problem np. z transportem poszkodowanych, z zapewnieniem mobilnej infrastruktury, w której w warunkach polowych można przeprowadzić niektóre zabiegi. Wojsko w pewnym zakresie jest

przygotowane do takich działań, dlatego bardzo istotna jest współpraca cywilno-wojskowa, dzięki której możemy zapewnić odpowiednie zasoby.

Czy wojskowe i cywilne służby medyczne będą wiedziały, jak ze sobą sprawnie współpracować w obliczu konfliktu?

Są podejmowane w tej kwestii pilotażowe działania, np. w Wojskowym Instytucie Medycznym. Nie jest to jeszcze systemowo rozwiązane. Na pewno trzeba uczyć i uświadamiać całe społeczeństwo o tym, jak należy zachować się w obliczu dużego kryzysu.

Co kryje się pod pojęciem odporności zdrowotnej społeczeństwa? I jak należy ją wzmacniać?

Wzmocnienie odporności społeczeństwa jest kluczem do budowania zdolności reagowania na różne zdarzenia. NATO szczególnie na nią stawia. To budowanie zasobów, które pozwolą reagować na zdarzenia związane z zagrożeniem dla zdrowia i zapewnią działania w odpowiedniej skali. Zdolność do skalowania odpowiedzi na zagrożenie jest szczególnie istotna w reagowaniu na zdarzenia masowe.

W jakim, pana zdaniem, miejscu jesteśmy w budowaniu tej odporności?

Dużo już zrobiliśmy, ale wiele jeszcze przed nami, np. w obszarze związanym z zapewnieniem odpowiednich sił i środków, mam na myśli kadry i infrastrukturę, zwiększenie niezależności, jeżeli chodzi o dostępność leków czy innych środków i wyrobów medycznych. Jak pokazała pandemia, na tym polu było sporo do poprawy. Podejmuje się szereg działań, by ograniczyć efekty związane z załamaniem łańcuchów dostaw, szczególnie z rynków pozaeuropejskich, by rynki krajowy i europejski stały się niezależne. Ale, jak wiemy, suwerenność kraju w zakresie zabezpieczenia w leki krytyczne jest na niskim poziomie. Dlatego Polska uczestniczy



fot. archiwum prywatne

m.in. w unijnym mechanizmie RescEU, koordynowanym przez HERA, w celu utworzenia wspólnych zapasów medycznych środków zaradczych, co daje nam pewne bezpieczeństwo.

Które z projektów realizowanych przez instytut uważa pan za istotne dla budowania bezpieczeństwa zdrowotnego?

Na pewno są to dwa projekty w ramach Europejskiego Funduszu Obronnego, o których już mówiłem. Opracowujemy też nowe medyczne środki zaradcze i budujemy ekosystem sprzyjający rozwojowi tych technologii. Bierze udział w projekcie Europejskiej Agencji Obrony EBLN II, dotyczącym utworzenia europejskiej sieci laboratoriów biologicznych. W jego ramach mamy dostęp do baz patogenów innych laboratoriów europejskich i możemy wymieniać się danymi, doświadczeniami i procedurami badawczymi. Ujednolicamy również procedury. To bardzo ważny projekt dla instytutu i dla kraju. Jesteśmy jedynym instytutem w Polsce, który ma takie możliwości diagnostyczne. Zwiększenie naszych zdolności wpływa zatem na dużo lepsze przygotowanie kraju do reagowania w obliczu zagrożenia. ●

Strachy na Lachy



PAWEŁ WALEWSKI

autor jest publicystą „Polityki”

Polski pacjent coraz rzadziej boi się choroby, a coraz częściej lekarza. A może też utraty kontroli i niezrozumienia?

Jest w gabinetach lekarskich scena, powtarzalna jak refren piosenki. Lekarz mówi: *Warto się zaszczepić*, pacjent odpowiada: *Wie pan, ja nie jestem przeciwnikiem, tylko mam wątpliwości*. Gdyby wątpliwości dało się ważyć, mierzyć i zapisywać w dokumentacji medycznej, dawno mielibyśmy ich normy referencyjne. Tymczasem wątpliwości żyją własnym życiem, karmią się lękiem i internetem, a ich naturalnym środowiskiem są media społecznościowe, gdzie każdy mem ma większą siłę rażenia niż metaanaliza opublikowana w „The Lancet”.

Paradoks współczesnej medycyny polega na tym, że im więcej wiemy o chorobach, tym bardziej boimy się... leczenia. Rak, zawał serca, udar mózgu – te słowa, które jeszcze niedawno wywoływały dreszcz grozy, dziś zostały oswajone przez statystyki przeżyć, nowoczesne terapie i postęp technologiczny.

Owszem, nadal budzą respekt, ale nie panikę. Prawdziwy strach czai się gdzie indziej: w strzykawce ze szczepionką, w tabletkie antybiotyku lub statyny, w receptce wypisanej zgodnie z aktualnymi rekomendacjami towarzystw naukowych. Polski pacjent coraz rzadziej boi się choroby, a coraz częściej boi się lekarza. A dokładniej – tego, co lekarz reprezentuje: medycyny opartej na dowodach, chłodnym rachunku zysków i strat. W jej miejsce wkracza medycyna oparta na opowieści, emocji i anegdocie. *Mojej koleżanki sąsiadka po szczepieniu...* – to zdanie ma dziś większą moc perswazyjną niż wykres Kaplana-Meiera.

Z jednej strony mamy dekady studiów, rezydentur i nieprzespanych nocy nad atlasami anatomii, z drugiej – krótkie, 15-sekundowe wideo na TikToku, w którym młoda dama o nienagannym makijażu przekonuje, że rak to w gruncie rzeczy zakwaszenie organizmu, które da się wypłukać sodą oczyszczoną. Jak to możliwe, że naród, który przetrwał zabory i komunizm, teraz dobrowolnie kapituluje przed algorytmem Facebooka? Bo dzisiejszy lęk pacjenta jest selektywny, by nie rzec – kapryśny. Rak płuc? *E tam, dziadek palił Sporty i dożył dziewięćdziesiątki*. Zawał serca? *Stres, panie doktorze, taka praca*. Ale

szczepionka na grypę? O, tutaj zaczyna się prawdziwe kino grozy, pełne mrocznych spisków, metali ciężkich i wszytego chipu od Billa Gatesa.

A mityczna lewoskrętna witamina C? To fascynujące, jak termin z zakresu polaryzacji światła, raczej niezrozumiały dla przeciętnego zjadacza chleba, stał się synonimem czystości, natury i buntu przeciwko Big Pharmii. Pacjent, który z pogardą odrzuca darmową mammografię czy kolonoskopię, potrafi wydać połowę pensji na dożylny wlew z kwasu askorbinowego, wierząc głęboko, że ta prawdziwa witamina posiada niemalże świadomość i potrafi odróżnić komórkę nowotworową od zdrowej niczym wyspecjalizowany komandos.

Problem leży w tym, że w świecie nauki witamina C jest po prostu witaminą C – kwasem L-askorbinowym, który owszem, ma swoją skłonność, ale jest ona zawsze ta sama, niezależnie od tego, czy kupimy ją za pięć złotych w aptece, czy za 500 w klinice witaminowej u kogoś, kto medycynę studiował na YouTube. W erze postprawdy liczy się narracja. A narracja znachora jest znacznie atrakcyjniejsza niż nudny monolog onkologa o statystykach przeżywalności. Znachor oferuje nadzieję, detoks i poczucie bycia przebudzonym; lekarz zaoferuje tylko chemioterapię,





fot. licencja Oll w Warszawie

po której – jak powszechnie wiadomo w kręgach influencerów – wypadną włosy i pojawią się nudności.

Jeśli przyjrzymy się hierarchii autorytetów współczesnego pacjenta, zauważymy drastyczne spłaszczenie struktury. Kiedyś pacjent bał się ordynatora. Dziś ordynator boi się pacjenta, który doczytał. I nie byłoby w tym nic złego – świadomy pacjent to skarb – gdyby nie fakt, że źródłem tej wiedzy nie są recenzowane czasopisma medyczne, lecz profile osób, których jedyną kwalifikacją do udzielania porad zdrowotnych jest duża liczba obserwujących i umiejętność dopasowania odpowiedniego filtra do zdjęcia.

Influencerzy stali się nowymi kapłanami zdrowia. Ich przekaz jest prosty, emocjonalny i wizualnie piękny. Medycyna konwencjonalna natomiast jest skomplikowana, często bezbronna wobec starości i bywa estetycznie nieatrakcyjna – pachnie płynem do dezynfekcji oraz kojarzy się z kolejką do NFZ. Nic dziwnego, że pacjent woli uwierzyć pani, która poleca plasterki oczyszczające z toksyn, niż lekarzowi, który każe mu po prostu rzucić palenie i zacząć biegać. Profilaktyka jest nudna. Suplementacja w kolorowym opakowaniu to styl życia. Zjawisko to można nazwać chemiofobią wybiórczą.

Pacjent z przerażeniem czyta ulotkę antybiotyku lub statyny, analizując rzadkie skutki uboczne z taką uwagą, jakby to był wyrok śmierci. *Biegunka? Bóle mięśni? Ja tej trucizny nie wezmę!* Ten sam pacjent wieczorem wypija butelkę wina, zagryza ją wysokoprzetworzoną wędliną i pali papierosa, dostarczając sobie koktajlu substancji, przy których przeciętny lek przeciwwrzeczny wygląda jak nektar bogów.

Oto mechanizm wyparcia w czystej postaci, połączony z błędnym rozumieniem naturalności. Rak jest naturalny. Muchomor jest bio, organiczny i wegański. Ale w umyśle współczesnego pacjenta zaszła groźna pomyłka: wszystko, co wyjdzie z laboratorium, bywa podejrzane, a wszystko, co urosło w ziemi (lub co pan w lnianej koszuli nazwał „darem natury”), jest bezpieczne. To dlatego łatwiej jest sprzedać Polakowi suplement diety na wsparcie wątroby, niż przekonać go do abstynencji. Zmiana trybu życia to pokuta, na którą nikt nie ma ochoty.

Dlatego kiedy pacjent wchodzi do gabinetu, w jego głowie huczy chór głosów z grup na Facebooku: *Mojej szwagierce nie pomogło, Lekarze chcą nas truć, Sprawdź metodę dr. X* (który stracił prawo wykonywania zawodu). Język medycyny, oparty na prawdopodobień-

stwie, niepewności i żmudnej analizie, przegrywa z językiem dogmatu. Znachor mówi: *Wyleczę cię na 100 proc.* Wy mówicie: *Statystycznie mamy 70 proc. szans na remisję, jeśli zastosujemy ten protokół.* Dla przestraszonego człowieka 100 proc. znachora brzmi lepiej niż 70 naukowca, nawet jeśli to 100 jest bezczelnym kłamstwem.

Jesteśmy świadkami kryzysu zaufania, który nie wynika z braku wiedzy, ale z jej nadmiaru – nieprzefiltrowanego, chaotycznego i podanego w atrakcyjnej formie. Pacjent boi się szczepienia, bo widział zdjęcie dziecka z wysypką opatrzone dramatycznym podpisem. Nie boi się tęcza, bo nigdy nie widział człowieka umierającego w konwulsjach – i to jest największe zwycięstwo i zarazem największa klęska współczesnej medycyny. Skuteczność szczepień wymazała z naszej zbiorowej pamięci obrazy chorób, które kiedyś dziesiątkowały populację, zostawiając miejsce na lęki przed samą profilaktyką.

Czy jest ratunek dla polskiego pacjenta, który bardziej niż zawału boi się glutenu, a bardziej niż raka – mammoграфии? Nie wystarczy już być świetnym diagnostą; trzeba stać się także – o zgrozo – sprawnym narratorem. Lekarze muszą odzyskać przestrzeń w wyobraźni pacjenta. Muszą przestać być tylko „urzędnikami od recept” i stać się przewodnikami po świecie, w którym informacja jest tania, ale mądrość – droższa niż kiedykolwiek. Trzeba uczyć, ale bez wyższości i bez protekcyjnego tonu, który wielu zniechęca do białych fartuchów. Sarkazm, choć bywa oczyszczający w rozmowach w pokoju lekarskim, w kontakcie z pacjentem często tylko pogłębia mur.

Strachy na Lachy? Może i tak, ale te Lachy są dziś uzbrojone w smartfony i święte przekonanie o swojej nieomyślności. Dopóki nie zrozumiemy, że pacjent nie boi się leku, tylko utraty kontroli, będziemy przegrywać z każdym kolejnym cudownym suplementem z lewoskrętną witaminą C. I choć brzmi to jak scenariusz komedii pomyłek, dla wielu pacjentów ten spektakl kończy się tragicznie – nie z powodu braku możliwości medycyny, ale z powodu wiary w mity, które miały ich przed nią ochronić. ●

Gastroenterologia dziecięca

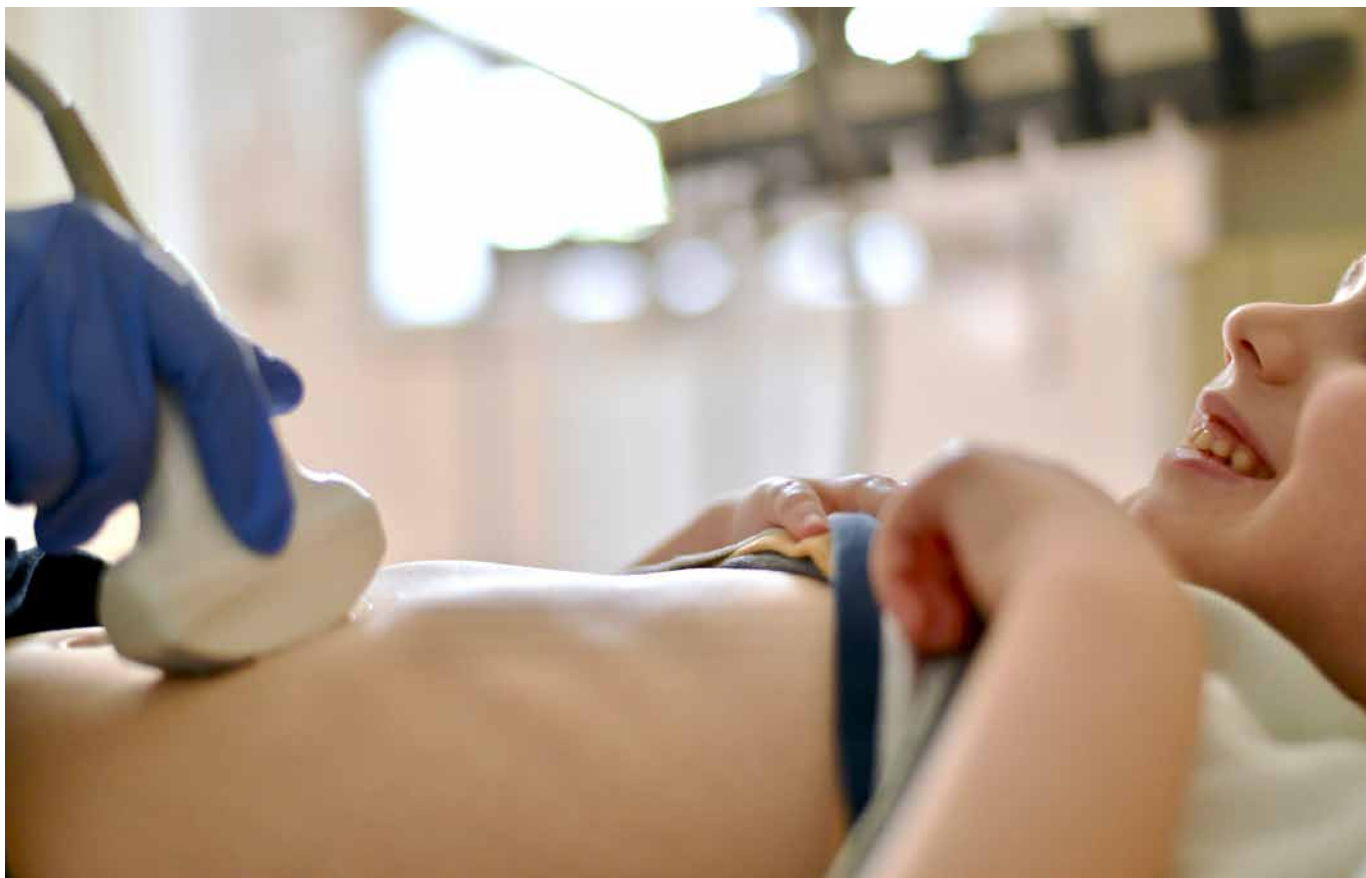
to znacznie więcej niż ból brzucha



fot. archiwum prywatne

Od zaburzeń czynnościowych, przez nieswoiste choroby zapalne jelit i otyłość, po wrodzone choroby wątroby wymagające przeszczepienia – gastroenterologia dziecięca to dziedzina o ogromnych potrzebach diagnostycznych i terapeutycznych. **Prof. dr hab. n. med. Piotr Socha**, pediatra, gastrolog, kierownik oddziału gastroenterologii, hepatologii, zaburzeń odżywiania i pediatrii Instytutu „Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka”, zastępca dyrektora ds. naukowych IP-CZD, wyjaśnia, dlaczego bez nowoczesnego sprzętu, sprawnej organizacji opieki i świadomej roli lekarza POZ nie da się dziś zapewnić małym pacjentom skutecznego leczenia.

rozmawiała **DOROTA LEBIEDZIŃSKA**



fot. licencja OIL w Warszawie

Z pana perspektywy – jako wieloletniego klinicysty i naukowca – sytuacja w gastroenterologii dziecięcej jest rzeczywiście na tyle trudna, że wymaga wsparcia przez Finał Wielkiej Orkiestry Świątecznej Pomocy?

Zdecydowanie tak. Wynika to przede wszystkim z ogromnej rozpiętości problemów, którymi zajmuje się gastroenterologia dziecięca. Jest to dziedzina niezwykle szeroka, obejmująca zarówno choroby czynnościowe, bardzo częste w praktyce lekarza POZ i pediatry, jak i ciężkie, przewlekłe, a niekiedy śmiertelne schorzenia, w tym choroby nowotworowe, wrodzone choroby metaboliczne czy zaawansowane choroby wątroby.

Warto podkreślić, że w Polsce nie funkcjonuje osobna specjalizacja hepatologii dziecięcej. Choroby wątroby – a więc hepatologia – są integralną częścią gastroenterologii. Oznacza to, że w ramach jednej dziedziny mieści się zarówno diagnostyka i leczenie

kolki jelitowej, jak i kwalifikacja dziecka do przeszczepienia wątroby. To najlepiej pokazuje, jak bardzo złożona jest ta specjalność.

Które obszary diagnostyki i terapii wymagają dziś najpilniejszego wsparcia sprzętowego i organizacyjnego?

Z punktu widzenia gastroenterologa kluczowym obszarem pozostaje endoskopia. Jest ona podstawowym narzędziem zarówno diagnostycznym, jak i terapeutycznym. Mówimy nie tylko o gastroskopach i kolonoskopach, ale także o całym zapleczu technicznym – tzw. wieżach wizyjnych, ssakach, źródłach światła, a w wielu przypadkach również o aparaturze rentgenowskiej.

Część zabiegów endoskopowych, takich jak zakładanie stentów czy protez do dróg żółciowych, musi być wykonywana pod kontrolą fluoroskopii. To oznacza, że pracownia endoskopii wymaga bardzo kosztownego i złożonego wyposażenia. Co istotne, endoskopy są

sprzętem zużywalnym. Z czasem tracą jakość, ulegają awariom i wymagają wymiany. Dla wielu szpitali jest to dziś ogromny problem finansowy.

Warto przypomnieć, że ostatnie duże, systemowe wsparcie gastroenterologii ze strony WOŚP było wiele lat temu. Wówczas zakup endoskopów realnie poprawił dostępność badań w całej Polsce. Dziś sytuacja w pewnym sensie się powtarza – sprzęt się starzeje, a możliwości jego wymiany są ograniczone.

Poza endoskopią jakie inne obszary wymagają doposażenia?

Gastroenterologia to nie tylko badania inwazyjne. Bardzo ważna jest diagnostyka czynnościowa, szczególnie w kontekście częstych dolegliwości, takich jak bóle brzucha, zaburzenia połykania czy objawy refluksowe. Mam tu na myśli manometrię przełyku i odbytu, pH-metrię z impedancją czy testy oddechowe.

Testy oddechowe pozwalają rozpoznawać nietolerancję laktozy, fruktozy, przerost bakteryjny jelita cienkiego

(SIBO), a także zakażenie *Helicobacter pylori*. To badania, które znacząco usprawniają proces diagnostyczny.

Ogromne znaczenie ma również ultrasonografia. USG jamy brzusznej to jedno z podstawowych badań w gastroenterologii, ale dziś dysponujemy także nowoczesnymi technikami, takimi jak elastografia umożliwiająca ocenę włóknienia i stłuszczenia wątroby. Dzięki temu coraz częściej możemy unikać biopsji wątroby, która jest badaniem inwazyjnym i obciążającym dla dziecka.

Czy rzeczywiście możemy mówić o „epidemii” chorób przewodu pokarmowego u dzieci?

W przypadku niektórych jednostek chorobowych – tak. Wyraźnie obserwujemy wzrost częstości nieswoistych chorób zapalnych jelit, otyłości czy eozynofilowego zapalenia przełyku. Otyłość, która sama w sobie jest chorobą cywilizacyjną, prowadzi do wielu powikłań gastroenterologicznych, w tym do stłuszczeniowej choroby wątroby.

Jednocześnie trzeba zaznaczyć, że w wielu obszarach mamy do czynienia nie tyle ze wzrostem zachorowalności, ile z poprawą diagnostyki. Rozwój badań genetycznych i molekularnych sprawił, że dziś rozpoznajemy choroby, które wcześniej pozostawały nierozpoznane lub były błędnie klasyfikowane. Co więcej, pojawienie się nowych terapii powoduje, że lekarze aktywniej poszukują przyczyn objawów. Jeśli wiemy, że możemy pacjentowi realnie pomóc, diagnostyka staje się bardziej uzasadniona.

Jaką rolę w tym procesie odgrywa lekarz POZ i pediatra?

Rola lekarza POZ jest absolutnie kluczowa. To on jako pierwszy styka się z dzieckiem i jego rodziną. Nie oczekujemy, że lekarz rodzinny rozpozna rzadką chorobę metaboliczną czy genetyczną, ale że będzie miał świadomość ich istnienia i dostrzeże sygnały alarmowe.

Dobrym przykładem jest choroba Wilsona. Często jedynym wczesnym objawem jest utrzymujący się wzrost aktywności aminotransferaz – ALAT i ASPAT. Jeśli nie towarzyszy mu infekcja ani otyłość, powinien skłonić do dalszej diagnostyki i skierowania pacjenta do ośrodka specjalistycznego.

Podobnie powiększenie wątroby lub śledziony w badaniu przedmiotowym zawsze wymaga wyjaśnienia. To są sygnały, których nie wolno bagatelizować. Lekarz POZ dysponuje prostymi narzędziami diagnostycznymi. Kluczowe jest, aby z nich korzystał i odpowiednio selekcjonował pacjentów do dalszej diagnostyki i leczenia specjalistycznego. Nie musi stawiać ostatecznego rozpoznania, ale jego czujność diagnostyczna decyduje o czasie rozpoczęcia właściwego leczenia.

Jakie błędy diagnostyczne nadal zdarzają się najczęściej?

Zazwyczaj nie są to błędy wynikające z braku wiedzy czy narzędzi, lecz z opóźnienia reakcji. Klasycznym przykładem jest cholestaza niemowlęca. Zdarza się, że przedłużająca się żółtaczka lub odbarwione stolce nie są odpowiednio wcześniej zauważone i zinterpretowane. W niektórych krajach karty oceny koloru stolca są elementem książeczki zdrowia dziecka. W Polsce takie rozwiązania dopiero zaczynają się pojawiać. Tymczasem w przypadku takich chorób jak atrezja dróg żółciowych czas ma fundamentalne znaczenie – wczesne rozpoznanie decyduje o rokowaniu.

Jak wygląda dostępność opieki gastroenterologicznej dla dzieci w Polsce?

Jest nierówna. Mamy bardzo dobre ośrodki referencyjne, głównie akademickie, ale jest ich niewiele. Zapotrzebowanie rośnie, a kolejki do badań i konsultacji się wydłużają. Potrzebny jest model, w którym podstawowe procedury są dostępne regionalnie, a leczenie zaawansowane koncentruje się w wyspecjalizowanych centrach. Taki system wymaga jasnych ścieżek diagnostycznych, dobrej komunikacji pomiędzy poziomami opieki i odpowiedniego doposażenia ośrodków referencyjnych.

Czy obserwuje pan zmiany w profilu pacjentów trafiających dziś do gastroenterologa dziecięcego?

Coraz częściej są to pacjenci z chorobami przewlekłymi, wymagającymi długotrwałej opieki interdyscyplinarnej, która nie kończy się na jednej hospitalizacji.

Wymagają one współpracy gastroenterologa z dietetykiem, psychologiem, chirurgiem, a czasem także z genetykiem czy neurologiem. To kolejny argument za tym, aby inwestować nie tylko w sprzęt, ale także w zespoły i organizację opieki.

Jakie zmiany w wytycznych leczenia uważa pan za najbardziej przełomowe?

Największy postęp dokonał się w hepatologii dziecięcej. Jeszcze kilkanaście lat temu wiele ciężkich, wrodzonych chorób wątroby wymagało jej przeszczepienia lub prowadziło do zgonu. Dziś dysponujemy terapiami, np. enzymatycznymi, oraz nowoczesnymi lekami wpływającymi na metabolizm kwasów żółciowych, które realnie zmieniają przebieg choroby.

Postęp technologiczny idzie w parze z coraz lepszymi wytycznymi. Międzynarodowe towarzystwa naukowe, takie jak ESPGHAN czy EASL, opracowują dokumenty o wysokim rygorze metodologicznym, które następnie w Polsce często adaptujemy do naszych realiów, tworząc krajowe stanowiska ekspertów.

Na koniec – po latach pracy z dziećmi i ich rodzinami co nadal najbardziej pana porusza?

Kontakt z pacjentami, których leczyłem jako dzieci, a dziś są dorosłymi, samodzielnymi osobami, oraz z ich rodzinami. Szczególnie dotyczy to pacjentów z chorobami rzadkimi, takimi jak choroba Wilsona. Wielu z nich działa dziś w stowarzyszeniach pacjenckich, uczestniczy w spotkaniach, webinarach, współtworzy materiały edukacyjne.

Pacjent – a często jego rodzic – stał się dziś partnerem w rozmowie. To ogromne wyzwanie dla lekarza, ale także ogromna wartość. Pacjenci, przychodząc do mnie, wiedzą o chorobie i leczeniu już bardzo dużo. Stanowi to ogromne wyzwanie dla lekarza, bo musi dysponować jeszcze lepszym przygotowaniem, musi być mistrzem konwersacji. Ostatecznie jednak fundamentem skutecznego leczenia pozostaje oczywiście zaufanie do lekarza. Bez niego żadna, nawet najbardziej zaawansowana, terapia nie przyniesie oczekiwanych efektów. ●

KSeF w praktyce lekarza dentysty



ANNA PRAWDZIK

Zespół Młodych Lekarzy Dentystów
Komisji ds. Lekarzy Dentystów

Lekarze dentyści w przeważającej większości wykonują zawód w ramach jednoosobowej działalności gospodarczej. Praca kliniczna łączy się tym samym z odpowiedzialnością wynikającą z funkcjonowania w roli przedsiębiorcy. Krajowy System e-Fakturowania stanowić będzie element codzienności wszystkich gabinetów, redefiniując dotychczasowy sposób obiegu faktur.

Krajowy System e-Fakturowania stanowi przygotowane przez Ministerstwo Finansów rozwiązanie pozwalające na centralizację procesu fakturowania. Powstanie platformy do wystawiania, otrzymywania i przechowywania faktur w formie elektronicznej to kolejny przykład postępującej cyfryzacji w zakresie infrastruktury systemowej państwa. Realna odpowiedzialność, wraz z możliwymi konsekwencjami formalnymi i podatkowymi wynikającymi z korzystania z tego narzędzia, sprawia, że jego wprowadzenie wymaga od przedsiębiorców szczególnej uwagi.

System KSeF jest wdrażany stopniowo od 1 lutego 2026 r. W zakresie odbioru faktur kosztowych zaczął bowiem obowiązywać wszystkich przedsiębiorców, zarówno tych działających w ramach jednoosobowej działalności

gospodarczej, jak i tych, którzy posiadają różnego rodzaju spółki.

Obowiązki związane z wystawianiem faktur przez KSeF są zależne od statusu nabywcy (B2B vs B2C) oraz skali prowadzonego przedsiębiorstwa. Istotnym z perspektywy lekarza dentysty odstępstwem jest prowadzenie gabinetu prywatnego, w którym pacjentami są wyłącznie osoby fizyczne (B2C), a gabinet nie świadczy usług medycznych na rzecz innych przedsiębiorców ani podmiotów gospodarczych, w tym NFZ. W takim przypadku nie ma obowiązku wystawiania faktur ustrukturyzowanych przez KSeF, korzystanie z systemu jest obowiązkowe wyłącznie w ramach odbioru faktur kosztowych.

Terminy początku obowiązywania KSeF w zakresie wystawiania faktur zależą od skali przedsiębiorstwa. Od 1 lutego 2026 r. obowiązek spoczywa wy-

łącznie na przedsiębiorstwach, których wartość sprzedaży wraz z kwotą podatku w 2024 r. przekroczyła 200 mln zł. Od 1 kwietnia 2026 r. obowiązkiem objęte zostaną spółki oraz przedsiębiorcy prowadzący jednoosobową działalność gospodarczą. Mikroprzedsiębiorców z obrotami do 10 tys. zł brutto system obowiązywać będzie od 1 stycznia 2027 r. W kontekście mikroprzedsiębiorców warto zaznaczyć, że przekroczenie przez nich 10 tys. zł przychodu brutto po 1 kwietnia 2026 r. oznacza konieczność korzystania z KSeF od miesiąca tego przekroczenia. W takiej sytuacji mikroprzedsiębiorcy przestają podlegać zwolnieniu z obowiązku korzystania z KSeF do stycznia 2027 r.

Uzyskanie dostępu do KSeF możliwe jest m.in. za pośrednictwem Profilu Zaufanego i podpisu kwalifikowanego. Po uzyskaniu dostępu możliwe jest także nadanie uprawnień do systemu osobie upoważnionej do jego obsługi, jak również biuro rachunkowemu.

Tworzenie i wdrażanie nowych rozwiązań systemowych w przestrzeni cyfrowej stanowi etap, na którym znany porządek rzeczy ustępuje systemom, które należy poznać, by korzystać z nich w sposób świadomy. Lekarze dentyści przez wzgląd na formę prowadzonej działalności w sposób szczególny doświadczają tej zmiany. Konieczność odnalezienia się w coraz bardziej sformalizowanym środowisku cyfrowym oraz wymóg wprowadzania nowych rozwiązań do swojej praktyki zawodowej mogą skłaniać lekarzy dentystów do poszukiwania informacji przygotowanych z myślą o realiach wykonywania zawodu.

Formą wsparcia w tym zakresie – obok opracowań – mogą być benefity dostępne w ramach OIL, w tym szkolenia i doradztwo podatkowe. ●

Bilans doświadczeń i kierunków rozwoju



DOROTA LEBIEDZIŃSKA

Luty 2026 r. zamyka ośmioletni okres dwóch kadencji kierowania przez **dr. n. med. Dariusza Paluszka** **Komisją ds. Lekarzy Dentystów Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie**. To moment sprzyjający nie deklaracjom ani podsumowaniom osobistym, lecz analizie procesów, które w tym czasie ukształtowały pozycję komisji w samorządzie lekarskim, jej relacje ze środowiskiem naukowym oraz stopień identyfikacji lekarzy dentystów z izbą jako instytucją.

PARTNER ŚRODOWISKA ZAWODOWEGO

Osiem lat to czas, w którym Komisja ds. Lekarzy Dentystów ORL w Warszawie przeszła wyraźną ewolucję – od organu postrzeganego głównie jako element formalnej struktury samorządu do podmiotu aktywnego, rozpoznawalnego i coraz częściej zapraszanego do współpracy. Zmiana ta nie dokonała się od razu ani spektakularnie. Była wynikiem konsekwentnej, codziennej pracy: organizacyjnej, merytorycznej, a przede wszystkim opartej na relacjach. Stopniowo budowano przekonanie, że komisja może być realnym partnerem w sprawach ważnych dla lekarzy dentystów, a nie jedynie ciałem opiniodawczym funkcjonującym na marginesie głównych decyzji samorządowych.

WSPÓŁPRACA Z UCZELNIAMI I PRZELAMYWANIE BARIER

Jednym z kluczowych obszarów tej aktywności jest współpraca ze środowiskiem akademickim. Podpisanie w 2019 r. umów z Warszawskim Uniwersytetem Medycznym miało znaczenie nie tylko symboliczne. Ważnym elementem tej współpracy było przełamanie dystansu pomiędzy środowiskiem akademickim a samorządowym, a istotą tych porozumień okazały się rzeczywiste działania – współpraca z nauczycielami akademickimi, kierownikami zakładów i klinik, którzy włączyli się w tworzenie oferty szkoleniowej adresowanej do lekarzy dentystów zrzeszonych w izbie.

EDUKACJA DOSTĘPNA I OPARTA NA ZAANGAŻOWANIU

Na szczególne podkreślenie zasługuje fakt, że znaczna część działalności edukacyjnej realizowana była w formule *pro bono*. Zarówno wykładowcy, jak i osoby zaangażowane w organizację wydarzeń podejmowali się działań bez wynagrodzenia, traktując je jako wkład w rozwój środowiska zawodowego. Dzięki temu lekarze dentyści mogli korzystać z bogatej oferty szkoleniowej przy minimalnych kosztach własnych lub całkowicie bezpłatnie, jednocześnie zdobywając wymagane punkty edukacyjne.



fot. Komisja ds. Lekarzy Dentystów

W najlepszych latach liczba przeszkolonych lekarzy sięgała 2–3 tys. rocznie.

TOWARZYSTWA NAUKOWE I MAZOWIECKIE SPOTKANIA STOMATOLOGICZNE

Współpraca ze środowiskiem naukowym nie ograniczała się wyłącznie do uczelni. Z czasem do wspólnych działań zaczęły dołączać towarzystwa naukowe, które dostrzegły w samorządzie partnera zdolnego do współorganizowania wydarzeń edukacyjnych i konferencji. Efektem tego procesu było m.in. systematyczne poszerzanie grona towarzystw uczestniczących w Mazowieckich Spotkaniach Stomatologicznych. W ostatnich edycjach wydarzenia wzięło udział osiem towarzystw naukowych, co stanowi ewenement w skali samorządowych konferencji stomatologicznych w Polsce.

Szczególnym momentem omawianego okresu było powołanie w 2025 r. Polskiego Towarzystwa Protetyki Stomatologicznej, zainicjowane wspólnie z prof. Teresą Sierpińską, konsultantką krajową w dziedzinie protetyki stomatologicznej. Pierwsze zgromadzenie założycielskie Towarzystwa odbyło się podczas IX MSS.

Mazowieckie Spotkania Stomatologiczne, określane często jako „perła w koronie” działalności komisji, są tylko jednym z elementów szerszej, codziennej pracy. Obok nich realizowano dziesiątki mniejszych warsztatów, wykładów i szkoleń odbywających się w siedzibie izby oraz w formule zdalnej. OIL w Warszawie była m.in. współorganizatorem III Międzynarodowej Konferencji Naukowo-Szkoleniowej Stomatologii Dziecięcej, Konferencji Zachód–Wschód, Światowych Dni Zdrowia Jamy Ustnej czy Wieczorów Implantologicznych.

To właśnie ta systematyczna, mniej spektakularna aktywność w dużej mierze zbudowała zaufanie środowiska i ugruntowała pozycję komisji.

SAMORZĄD JAKO MIEJSCE KSZTAŁCENIA PODYPLOMOWEGO

Równolegle rozwijano współpracę z instytucjami centralnymi, w tym z Centrum Egzaminów Medycznych w Łodzi. W trakcie dwóch kadencji komisji na terenie izby przeprowadzono ustne eg-

zaminy specjalizacyjne ze stomatologii zachowawczej. Było to wydarzenie nietypowe, gdyż egzaminy te zazwyczaj odbywają się w Łodzi. Przeniesienie ich do OIL w Warszawie jest wyrazem zaufania oraz dowodem na to, że samorząd również może aktywnie uczestniczyć w procesach kształcenia podyplomowego.

STANOWISKA SYSTEMOWE I GŁOS ŚRODOWISKA

Ważnym obszarem działalności komisji było również zajmowanie stanowisk w sprawach systemowych i legislacyjnych istotnych dla lekarzy dentystów. Dotyczyły one m.in. wprowadzania nowych zawodów medycznych, rozszerzania kompetencji higienistek stomatologicznych, prób redefinicji roli techników dentystycznych, zasad wykonywania zawodu przez lekarzy cudzoziemców czy bezpieczeństwa procedur stomatologicznych.

FUNKCJONOWANIE KOMISJI W CZASIE PANDEMII

Omawiany okres przypadł na czas wyjątkowo trudny dla całego środowiska medycznego – pandemię COVID-19. Pomimo ograniczeń organizacyjnych działalność komisji nie została wstrzymana. Szybko rozwinięto formy kształcenia online, udostępniane kolegom z innych izb, utrzymano kontakt ze środowiskiem i starano się odpowiadać na bieżące potrzeby lekarzy dentystów. To doświadczenie pokazało, że w sytuacjach ekstremalnych czy kryzysowych również możemy na siebie liczyć.

MŁODE POKOLENIE W STRUKTURACH KOMISJI

Nowym i istotnym elementem działań komisji było także utworzenie w 2024 r. Koła Młodych Lekarzy Dentystów. Inicjatywa ta miała na celu włączenie młodszych przedstawicieli zawodu w prace samorządowe oraz stworzenie miejsca, gdzie mogą oni zaprezentować własny punkt widzenia. To właśnie młode pokolenie lekarzy dentystów, funkcjonujące w innych realiach rynkowych i organizacyjnych niż ich bardziej doświadczeni koledzy, wniosło do prac komisji świeże spojrzenie na kwestie edukacji, form kształcenia oraz oczekiwań wobec samorządu.

PROGRAMY PARTNERSKIE I WYMIERNE EFEKTY WSPÓŁPRACY

Ważnym elementem działań były również programy oparte na formalnych porozumieniach i listach intencyjnych zawieranych z instytucjami medycznymi i naukowymi, m.in. z Narodowym Instytutem Onkologii. Efektem tej współpracy było m.in. stworzenie szybkiej ścieżki onkologicznej dla pacjentów kierowanych z prywatnych gabinetów stomatologicznych. Program ten funkcjonował przez kilka lat i stanowił przykład praktycznego wykorzystania relacji samorząd–instytucja centralna na rzecz pacjentów i lekarzy.

AKTYWNOŚĆ WYBORCZA I IDENTYFIKACJA Z SAMORZĄDEM

Szczególnego znaczenia nabrała aktywność samych lekarzy dentystów. Komisja wielokrotnie podkreślała, że pojedynczy głos – nawet pełniący funkcję przewodniczącego czy wiceprezesa – ma ograniczoną siłę oddziaływania, jeśli nie stoi za nim realne poparcie środowiska. Wzrost zaangażowania lekarzy dentystów znalazł odzwierciedlenie w wynikach ostatnich wyborów samorządowych. Liczba delegatów lekarzy dentystów wzrosła z ok. 30 do ponad 60 osób, co można uznać za wymierny wskaźnik rosnącej identyfikacji z izbą oraz komisją.

BILANS OŚMIU LAT

Ostatnie osiem lat było okresem rozwoju i wzmacniania pozycji lekarzy dentystów w strukturach samorządu lekarskiego. Warto przy tym podkreślić, że był to rozwój nierównomierny, czas uczenia się na błędach i dostosowywania działań do zmieniających się realiów prawnych, organizacyjnych i społecznych. Był to proces oparty na budowaniu relacji, wiarygodności oraz współpracy z różnymi środowiskami: akademickim, naukowym, instytucjonalnym i – co najważniejsze – z samymi lekarzami. Dalszy rozwój tych działań zależeć będzie od utrzymania aktywności środowiska, otwartości na dialog oraz przekonania, że samorząd lekarski jest narzędziem realnego wpływu, a nie wyłącznie strukturą formalną. ●

Świąteczne spotkanie ekspertów

Już po raz XIX **Ogólnopolskie Stowarzyszenie Implantologii Stomatologicznej** zorganizowało Świąteczny Wieczór Implantologiczny w Warszaw Presidential Hotel. Współorganizatorem spotkania, które odbyło się 6 grudnia, była Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie.

XIX Świąteczny Wieczór Implantologiczny poświęcony był implantologii naprawczej i ratunkowej oraz temu, jak unikać powikłań i rozległych zabiegów.

Wydarzenie otworzyli dr hab. n. med. Kornel Krasny, prezes Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Implantologii Stomatologicznej, oraz dr n. med. Dariusz Paluszek, wiceprezes Okręgowej Rady Le-

karskiej w Warszawie, przewodniczący Komisji ds. Lekarzy Dentystów.

– *Implantologia od lat rozwija się w niezwykle dynamicznym tempie, jednak wraz z tym rozwojem rośnie również odpowiedzialność za bezpieczeństwo naszych pacjentów* – podkreślił we wstępie dr hab. Kornel Krasny, a dr Dariusz Paluszek zwrócił uwagę na wieloletnie wsparcie, jakie samorząd lekarski

i Komisja ds. Lekarzy Dentystów okazują środowisku implantologicznemu. – *Jako izba bardzo cenimy sobie współpracę z towarzystwami naukowymi, a szczególnie z OSIS. Moge państwa zapewnić, że będziemy ją z powodzeniem kontynuować* – mówił.

Wśród zaproszonych gości znaleźli się wybitni przedstawiciele środowiska akademickiego i klinicznego, m.in.: prof. dr hab. n. med. Teresa Sierpińska, konsultant krajowy w dziedzinie protetyki stomatologicznej, prof. dr hab. n. med. Jolanta Kostrzewa-Janicka, konsultant wojewódzki w dziedzinie protetyki stomatologicznej, prof. dr hab. n. med. Stanisław Majewski, prof. dr hab. Krzysztof Mucha, prof. dr hab. n. med. Marcin Kozakiewicz, prof. dr hab. n. med. Andrzej Wojtowicz, konsultant wojewódzki w dziedzinie chirurgii stomatologicznej, a także dr hab. n. med. Bartłomiej Górski i dr hab. Krzysztof Dowgierd, konsultant krajowy w dziedzinie chirurgii szczękowo-twarzowej.

Program spotkania podzielono na cztery sesje tematyczne. Uczestnicy wysłuchali wykładów wybitnych specjalistów z zakresu chirurgii stomatologicznej, protetyki, chirurgii szczękowo-twarzowej, a także chorób wewnętrznych, transplantologii, nefrologii i biomechaniki implantów. Omówili najnowsze dane naukowe oraz przedstawili strategię skutecznego postępowania w trudnych sytuacjach terapeutycznych. ●



fot. Krzysztof Majchrzak



Wigilia lekarzy dentystów w Okręgowej Izbie Lekarskiej

W ciepłej, świątecznej atmosferze 3 grudnia w siedzibie Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie odbyło się doroczne spotkanie wigilijne lekarzy dentystów. W wydarzeniu uczestniczyli oczywiście stomatolodzy oraz przedstawiciele samorządu z prezesem ORL dr. n. med. Arturem Drobnikiem i wiceprezesem ORL dr. n. med. Dariuszem Paluszkiem, przewodniczącym Komisji ds. Lekarzy Dentystów.

Uroczystość otworzył wiceprezes ORL, który podkreślił znaczenie wspólnoty w okresie przedświątecznym: – *Dziękuję, że w tym intensywnym czasie znaleźliście chwilę, byśmy mogli być dziś razem. Samorząd staje się powoli naszym wspólnym domem – zaznaczył, składając jednocześnie życzenia spokoju i rodzinnego ciepła na nadchodzące święta.*

Następnie głos zabrał prezes ORL dr. n. med. Artur Drobnik. – *Widzę dziś wyjątkową jedność. Rozmawiacie,*

uśmiechacie się, a w sali unosi się dobra energia. Lekarze dentyści są w naszej izbie niezwykle aktywni i zaangażowani – mówił. Podkreślił również, że nadchodząca kadencja samorządu powinna przynieść jeszcze bliższą współpracę lekarzy i lekarzy dentystów. Przypominał o zbliżających się jubileuszowych, X Mazowieckich Spotkaniach Stomatologicznych.

Kulminacyjnym momentem spotkania była modlitwa i błogosławieństwo udzielone przez ks. dr. Arkadiusza Za-

wistowskiego, krajowego duszpasterza służby zdrowia. – *Stomatolodzy to szczęśliwcy, bo mają świetną patronkę – św. Apolonie. Jesteście blisko ludzi, a ta bliskość buduje zaufanie. Tak jak Chrystus stał się człowiekiem, by być blisko nas, tak i my czerpmy duchową moc z tej obecności – powiedział.*

Spotkanie zakończyło się wspólnym kolędowaniem i dzieleniem się opłatkiem. Uczestnicy podkreślali, że takie wydarzenia budują poczucie wspólnoty i wzmacniają więzi w środowisku. ●

Jak długo kolejka ta stoi?



MAŁGORZATA SOLECKA
dziennikarka

4,2 miesiąca – tyle średnio oczekuje pacjent w kolejce do świadczenia zdrowotnego. Opublikowany 12 stycznia raport Fundacji WHC pokazuje, że w ciągu roku sytuacja nie zmieniła się ani o jotę. To może być nawet optymistyczna wiadomość, bo cały poprzedni rok upłynął pod znakiem pogłębiającego się kryzysu, a jednak obyło się bez drastycznej zmiany, co więcej – w wielu obszarach sytuacja się poprawiła.

Autorzy raportu punktuja, że nie ma powodów do optymizmu – bo przecież wydatki na zdrowie cały czas rosną i to – w ich ocenie – znacząco, natomiast sytuacja co najwyżej się stabilizuje. Co więcej, istnieje silne domniemanie, że stabilizuje się kosztem samych pacjentów i ich portfeli. Trudno nie zgodzić się z diagnozą Janusza Cieszyńskiego, posła PiS, byłego wiceministra zdrowia, który przypomniał o skokowym wzroście w 2024 r. prywatnych wydatków Polaków na leczenie. Po latach stabilizacji lub niewielkich wahań udział prywatnych nakładów na zdrowie odczuwalnie, według GUS, wzrósł. I nie trzeba wielkiej brawury, by obstarwić, że w 2025 r. może nie będzie tak spektakularnego wzrostu jak rok wcześniej, ale stabilizacja na bardzo wysokim poziomie jest pewna. To, oczywiście, hiobowa wiadomość z punktu widzenia równego dostępu do leczenia – publiczny system ogranicza dostępność

do świadczeń, nie patrząc na stan konta, ale część potrzebujących pomocy osób nie może dostępności kupić.

Dostępność do świadczeń zdrowotnych nie poprawi się bez zmian systemowych – to pewne. Na horyzoncie jednak takich nie widać, zaś dyskusja towarzysząca prezentacji raportu pokazuje, że *in e-rejestracja we trust*. Cała nadzieja w e-rejestracji, która ma zoptymalizować kolejki pacjentów pierwszorazowych i sprawić, że znacznie zmniejszy się (lub – wierzą decydenci albo tylko mówią, że wierzą – zniknie) problem pacjentów, którzy nie pojawiają się na wizytach, nie odwołując ich z poprzednim (albo raczej żadnym) wyprzedzeniem. Pytanie, czy oczekiwania związane z wprowadzeniem e-rejestracji (kroku, którego słuszność nie ulega wątpliwości i jest po prostu koniecznością) nie są przypadkiem zbyt duże, zwłaszcza w obliczu skali problemu i jego faktycznych źródeł.

Najdłużej pacjenci muszą czekać na świadczenia w dziedzinie chirurgii plastycznej – średni czas oczekiwania wyniósł 11,1 mies. Uwagę zwraca również sytuacja w stomatologii – na świadczenia w systemie publicznym trzeba czekać 10,2 mies. i jednocześnie to właśnie w stomatologii czas oczekiwania najbardziej się wydłużył – o 3,8 mies. Najkrócej pacjenci zaczekają na realizację świadczeń z zakresu radioterapii onkologicznej (0,5 mies.) oraz neonatologii (0,7 mies.), chirurgii onkologicznej (0,9 mies.) i medycyny paliatywnej (1,0 mies.). Gdzie udało się skrócić kolejki? O 1,6 mies. krócej czekają pacjenci na świadczenia neurologiczne (2,6 mies.) oraz w dziedzinie endokrynologii – skrócenie czasu oczekiwania o 1,4 mies. oznacza, że trzeba czekać w kolejce średnio nieco ponad pół roku.

Biorąc pod uwagę wyłącznie wizyty u lekarzy specjalistów, endokrynolodzy są niezmiennie na „podium”, tuż za neurochirurgami, odpowiednio 12,9 oraz 13,1 mies. Blisko 10 mies. trzeba czekać na wizytę u gastroenterologa. Na drugim biegunie są pediatrzy, neonatolodzy i ginekolog-położnicy z czasem oczekiwania poniżej 10 dni (do pediatrów pacjenci zapisywani są praktycznie od ręki). W terminie poniżej miesiąca dostępni są też chirurdzy onkolodzy.

Najbardziej wydłużyły się kolejki do specjalistów w dziedzinie neurochirurgii (o 4,7 mies.), neurologii dziecięcej (o 1,8 mies., czas oczekiwania wzrósł do prawie 4 mies.) i otolaryngologii (o 1,4 mies., czas oczekiwania – 3,5 mies.). Udało się skrócić kolejki w największym stopniu do specjalistów w dziedzinie angiologii (o 4,7 mies., czas oczekiwania przekracza 9 mies.), chirurgii naczyniowej (o 2,2 mies., czas oczekiwania – 9,4 mies.) i ortodoncji (o 2 mies., czas oczekiwania – blisko 5 mies.).

Młody, zdrowy, silny. Dziś nieobecny



OLGA ROSTKOWSKA
wiceprezes ORL w Warszawie

Przyzwyczajenie jest gorsze niż strach (Albert Camus, „Dżuma”). Miał 25 lat. Zdrowy, silny, aktywny. Grypa przyszła nagle, ale bez dramatów. Gorączka umiarkowana, ból mięśni, kaszel.

Objawy odczuwalne, ale do wytrzymania. Kilka dni zwolnienia, potem poprawa. *Już jest lepiej*, powiedział. Wrócił do codzienności. Poszedł nawet na siłownię, wyciskał sztangę. Tam doszło do nagłego zatrzymania krążenia. Reanimacja była nieskuteczna. Sekcja wykazała zapalenie mięśnia sercowego.

Ta historia nie jest anegdotą. Jest ostrzeżeniem. Takim, które w środowisku medycznym słyszymy częściej, niż chcielibyśmy przyznać. Historie młodych pacjentów, którzy nie wyglądali na chorych, wracali do formy, nie mieli czynników ryzyka. Znamy je. Może właśnie dlatego czasem przestają nas zaskakiwać.

Grypa nie wybiera wyłącznie osłabionych czy starszych. Chorują na nią także młodzi i zdrowi. Ci, którzy nie mają chorób przewlekłych, nie biorą leków, nie bywają u lekarza. Ci, którzy przez lata byli uczeni, że ciało jest narzędziem do trenowania, optymalizacji, przekraczania granic. I często właśnie oni bagatelizują objawy, bo organizm „daje radę”, bo kalendarz napięty, bo dyżury, bo nie mają czasu na chorobę i... chcą żyć pełnią życia.

Piszę do lekarzy, więc nie będę nikogo przekonywać. Odpocznijmy. Nie bagatelizujmy. Grypa wymaga czasu i pokory. Lepiej oddać jej tydzień ze swojego życia, niż oddać za nią życie. To nie hasło. To kliniczny fakt.

A teraz o naszej potężnej broni przeciw grypie. Znamy dane, mechanizmy, rekomendacje dotyczące szczepień. Problem nie leży w braku wiedzy, tylko w odkładaniu. W zaniedbaniu. W myśleniu: *jeszcze zdążę, w tym roku nie było czasu, przecież jestem zdrowy*. Ten schemat, który widzimy u pacjentów, powtarzamy u siebie. Z tą różnicą, że nasze decyzje nie dotyczą tylko nas.

Trwa sezon grypowy 2025/2026, który wg Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Warszawie rozciąga się od października do maja. Oddziały wypełniają się pacjentami, którzy też byli zdrowi. Do momentu, aż nie byli. SOR, izby przyjęć, oddziały internistyczne pracują czasem na granicy wydolności.

A my jesteśmy zmęczeni, przeciążeni, czasem sami chorzy. I wtedy bezpieczeństwo medyczne przestaje być abstrakcyjnym pojęciem, a zaczyna być bardzo konkretnym problemem organizacyjnym i etycznym.

Bezpieczeństwo medyczne zaczyna się od personelu. Od tego, czy sami się szczepimy. Czy traktujemy taką zbiorową profilaktykę jako element profesjonalnej higieny pracy, a nie dodatek.

Tak jak dezynfekcja rąk, jak noszenie rękawiczek ochronnych, jak pranie fartucha. Czy mówimy o tym studentom i rezydentom nie tylko na slajdzie, ale w praktyce. Na korytarzu, w dyżurce, podczas odprawy.

W „Dżumie” Alberta Camusa choroba nie jest jedynie problemem biologicznym. Jest testem postaw, metaforą. Sprawdza, kto zachowuje czujność, a kto się przyzwyczaja. Kto reaguje od razu, a kto mówi sobie, że to jest chwilowe.

Najgroźniejszym momentem epidemii nie jest pierwszy przypadek, ale moment, w którym przestajemy się dziwić kolejnym. W medycynie dzieje się podobnie.

Grypa jest tak dobrze znana, tak oswojona, że przestaje czasem budzić respekt. A przecież klinicznie wciąż potrafi być bezwzględna.

Szczepienie to kultura. Nie heroizm. Nie manifest. To kumulacja rokrocznych, czasem logistycznie niewygodnych decyzji, które nie są spektakularne, ale chronią. Tak jak powiedzenie młodemu, aktywnemu choremu, że serce nie lubi pośpiechu przy infekcji.

Ku przestrodze.

Mobilne aplikacje zdrowotne w pracy lekarza



ARTUR OLESCH
dziennikarz

Dane pokazują, że aż 97 proc. Polaków ma smartfona, a już ponad 4 mln ma na nim mojeIKP. Z kolei miliony innych obywateli posługują się aplikacjami mobilnymi, które pomagają dobrze się odżywiać, motywują do sportu, ułatwiają kontakt z placówką medyczną i życie z chorobą przewlekłą. Co oferują „cyfrowe terapeutyki”, jak wybrać bezpieczne aplikacje dla pacjentów i korzystać z nich w codziennej pracy?

Według ostatnich szacunków istnieje ok. 400 tys. aplikacji mobilnych w kategorii „zdrowie i fitness”. Pomagają lekarzom sprawdzić elektroniczną kartotekę pacjenta, wyszukać najlepszy lek i zweryfikować jego dostępność w okolicznej aptece, a nawet uzyskać dostęp do systemów wspomagających podejmowanie decyzji klinicznych. Z kolei pacjenci najczęściej korzystają z aplikacji pomagających trenować, układających zdrowe diety; do umawiania wizyt online albo kontroli parametrów zdrowia w chorobach przewlekłych. Jak pomóc pacjentowi wybrać najlepsze rozwiązanie mobilne i ułatwić sobie pracę?

APLIKACJE DLA LEKARZY: EDM, LEKI, WYTYCZNE KLINICZNE

Największe firmy IT w Polsce oferują system gabinetowy w wersji mobilnej do obsługi na tablecie albo smart-

fonie, zintegrowany z systemem centralnym. W założeniu ma pomagać w pracy mobilnej, zwłaszcza podczas wizyt domowych. Obejmuje większość opcji potrzebnych podczas standardowej wizyty, jak gromadzenie i wgląd do e-dokumentacji pacjenta, wystawienie e-skierowania/e-recepty, umówienie wizyty w e-terminarzu. Sporo lekarzy preferuje wersje mobilne nawet podczas wizyty w gabinecie, bo są okrojone i prostsze w obsłudze – wynika to z o wiele nowszego designu w porównaniu z często rozbudowywanymi od lat 90. systemami na komputery stacjonarne. Do tego mają kilka dodatków: możliwość bezpośredniej komunikacji z pacjentem albo przeprowadzenia bezpiecznych telekonsultacji. Jeszcze lepiej, jeśli pacjent ma aplikację tego samego dostawcy IT zintegrowaną z systemem gabinetowym. Może wtedy otrzymywać np. e-recepty i informację o dawkowa-

niu automatycznie na swój telefon albo notować objawy choroby i wyniki własnych pomiarów (np. ciśnienia krwi), do których od razu ma dostęp lekarz.

Jest też cała lista aplikacji oferujących podpowiedzi diagnostyczne (np. drzewka decyzyjne przy diagnozie), do automatycznego obliczania wskaźników (np. BMI, CHA_2DS_2VASc , GFR, skale oceny depresji czy bólu) oraz bardziej zaawansowane do podejmowania decyzji klinicznych (Clinical Decision Support Systems, CDSS). Te ostatnie ułatwiają przegląd nowych badań naukowych przy podejmowaniu decyzji diagnostyczno-terapeutycznych. Są też apki z bazami leków (choć z tych łatwiej korzystać w ramach mobilnych wersji systemów gabinetowych) albo z modelami graficznymi anatomii człowieka i procedur medycznych, z pomocą których lekarz może tłumaczyć pacjentowi specyfikę choroby albo planowane zabiegi.

W 2026 r. Centrum e-Zdrowia zapowiada narzędzie bezpiecznego komunikatora dla lekarzy przeznaczonego do konsultacji z innymi specjalistami. Na razie nie znamy jednak szczegółów tego interesującego projektu.

APLIKACJE DLA PACJENTÓW: MOTYWACJA, SPORT, DIETA, ZAANGAŻOWANIE W ZDROWIE

Są dwie aplikacje, które lekarz może rekomendować pacjentom bez obaw: mojeIKP oraz aplikacja dla pacjenta producenta systemu IT wdrożonego w placówce zdrowia. Ta pierwsza to rozwiązanie Ministerstwa Zdrowia dające dostęp do kartoteki medycznej, pomagające odbierać e-recepty, a wkrótce umówić się do lekarza specjalisty przez centralną e-Rejestrację. Druga to apka dla pacjenta, końcówka systemu gabinetowego ułatwiająca komunikację z pacjentem. Oprócz wspomnianych dzienniczków pacjenta i telewizyt oferują też przypomnienia o wizytach, zmniejszając odsetek tzw. no-shows.

W wyborze zaufanych aplikacji miał też pomóc uruchomiony w styczniu 2023 r. tzw. Portfel Aplikacji Zdrowotnych, do którego miały trafić zweryfikowane przez Ministerstwo Zdrowia – pod względem bezpieczeństwa i korzyści dla pacjenta – aplikacje. Niestety, zaraz po hucznej premierze PAZ popadł

w niepamięć i dziś znajdują się tam zaledwie dwie apki. Podobnie jak dwie aplikacje przygotowane przez NFZ: Moje Zdrowie+ (profilaktyka, odżywianie, kontrola parametrów zdrowia) i Moje Fizjo+ (porady fizjoterapeutów na ból kręgosłupa). Ostatnio były one aktualizowane w 2023 r., a oceny użytkowników są negatywne.

W morzu apek dostępnych na rynku można wyłowić świetne rozwiązania, które znacznie pomagają pacjentom, zwłaszcza w profilaktyce i zarządzaniu zdrowiem. Tylko niewielki procent to rozwiązania posiadające klasę bezpieczeństwa zgodnie z europejskim prawem regulującym urządzenia medyczne w UE (MDR, Medical Devices Regulation). Nie powinno być to jednak argumentem do pomijania rozwiązań m-zdrowia w praktyce lekarskiej – wiele z nich pomaga pacjentom zmotywować się do aktywności fizycznej, regularnego mierzenia parametrów zdrowia albo zmiany zachowań, wspierając proces powrotu do zdrowia oraz zapobiegając rozwojowi choroby.

Stąd też największe nadzieje wiąże się z aplikacjami dla osób chorych przewlekłe, np. na cukrzycę, lekką depresję czy nadciśnienie. Pozwalają one notować wyniki pomiarów ciśnienia krwi, nastrój, aktywność fizyczną i inne dane. Na podstawie zebranych przez pacjenta danych lekarz może sprawdzić szczegółowe statystyki, np. zmianę poziomu glikemii w ostatnim kwartale w powiązaniu ze spożywanymi posiłkami i dawkami insuliny i w ten sposób zalecić zmianę diety i modyfikację stylu życia. Takie aplikacje mają też ważne funkcje edukacyjne i psychologiczne – pacjent angażuje się w proces leczenia i czuje, że odzyskuje częściową kontrolę nad chorobą. W przypadku osób zmagających się ze stresem i zmianami nastroju pomocą mogą być aplikacje relaksacyjne i typu mindfulness, oferujące szybkie sesje uspokajające, ćwiczenia oddechowe i interaktywne programy wzmocnienia zdrowia emocjonalnego albo pomagające zasnąć. W krajach UE (Francji, Belgii i Niemczech), tego typu aplikacje, których skuteczność i bezpieczeństwo zostały potwierdzone badaniami klinicznymi, uzyskują tzw. status cyfrowej terapii (Digital Therapeutics, DTx),

są stosowane pod nadzorem lekarza i refundowane przez ubezpieczycieli zdrowotnych. Wiele z nich ma zawarte elementy terapii kognitywno-behawioralnej, a więc ich działanie opiera się na sprawdzonych metodach medycyny.

Kolejnym obszarem są aplikacje do monitorowania parametrów życiowych. Smartwatche i opaski fitness potrafią mierzyć tętno, jakość snu czy saturację krwi. Najnowsze modele posiadają nawet funkcje pomiaru EKG i wstępnego wykrywania migotania przedsionków lub innych arytmii. Dzięki temu pacjenci mogą w czasie rzeczywistym obserwować swoje własne zdrowie i w razie niepokojących odczytów skonsultować się z lekarzem. Najnowsze inteligentne zegarki mogą już nawet ostrzegać o podejrzeniu nadciśnienia, sugerując użytkownikowi regularny pomiar ciśnienia certyfikowanym ciśnieniomierzem i konsultację lekarską. Ale trzeba też pamiętać, że o ile smartwatch czasami naprowadzi na niewykrytą wcześniej chorobę, o tyle zdarzają się też fałszywie pozytywne wyniki pomiarów, generujące niepotrzebne wizyty u lekarza i niepokój u pacjenta.

Do tego dochodzi też cała lista aplikacji ułatwiających trening w domu, dla biegaczy, dla osób jeżdżących na rowerze, które mogą być świetnym narzędziem podtrzymującym motywację do aktywności fizycznej.

JAK ROZMAWIAĆ Z PACJENTEM O APLIKACJACH MOBILNYCH?

Rynek aplikacji mobilnych szybko rośnie. Trudno więc oczekiwać, by lekarz znał konkretne rozwiązania. Ale może pomóc pacjentowi, który szuka takiej formy wsparcia, i zachęcać chorego – zwłaszcza takiego, który chętnie korzysta z nowych technologii – do sięgnięcia po narzędzia cyfrowe.

Ale jest też kilka bazowych zasad: po pierwsze, jeśli pacjent przynosi wyniki pomiarów ciśnienia z ostatniego miesiąca w aplikacji, trzeba zapytać o źródło danych. Wiele aplikacji to rozwiązania lifestyle, a nie medyczne, dlatego nie gwarantują dokładności wyników. Z drugiej strony, mimo że nie mogą stanowić podstawy do podejmowania decyzji medycznych, czasami nawet nieprecyzyjne wyniki pomagają ziden-

tyfikować długookresowe trendy. Jeśli już pacjent gromadzi pomiary glikemii w aplikacji, należy poprosić go o przeniesienie wydruku albo eksport do łatwego do odczytu formatu oraz poinformować o ograniczeniach smartwatchów. Warto też sprawdzić, kto stoi za aplikacją – jeśli to ośrodek medyczny, firma farmaceutyczna lub uniwersytet, można oczekiwać wyższej jakości rozwiązania. Czasami konieczne jest wyczulenie nieświadomych pacjentów na kwestie opłat za aplikacje – za te bezpłatne często płaci się danymi. A czasami gromadzone dane to wrażliwe dane medyczne.

To niemożliwe, aby lekarz za każdym razem sprawdzał, na ile aplikacja jest bezpieczna pod względem gromadzenia i przetwarzania danych, czy jest zgodna z RODO, stosuje pseudonimizację i szyfrowanie danych albo czy czasami nie przetwarza danych do celów wtórnych bez zgody użytkownika. Wymagałoby to przejrzenia polityki prywatności. Dlatego to pacjent musi samodzielnie zdecydować – także na podstawie wskázówek lekarza – czy dana aplikacja jest zaufana i bezpieczna.

Prawda jest taka, że większość aplikacji mobilnych to nie urządzenia medyczne. Wyłącznie apki o poważnych zastosowaniach medycznych, czyli wysokim ryzyku (np. mogące wpływać na proces leczenia), muszą mieć znak CE, czyli spełniać wymagania regulacji UE o urządzeniach medycznych. Cała reszta to aplikacje lifestyle o niskim ryzyku stosowania (przykładowo, aplikacja mindfulness do relaksacyjnych ćwiczeń oddechowych).

Nie jest natomiast prawdą, że świat zdrowotnych aplikacji to zupełnie nieuregulowany rynek. On reguluje się po części sam i sukces odnoszą dzisiaj tylko te apki, które mają w sklepach z aplikacjami najlepsze rekomendacje i są tworzone we współpracy z lekarzami oraz naukowcami.

Lekarz nie musi się znać na nowych technologiach. Nie ma czasu na studiowanie poziomu bezpieczeństwa danych i weryfikację skuteczności aplikacji. Nie może też polecać konkretnego rozwiązania niebędącego urządzeniem medycznym. Ale może wspierać pacjentów, którzy urządzenia cyfrowe chcą wykorzystać w swojej terapii. ●

Podwyżki. Niekończąca się historia



MAŁGORZATA SOLECKA
dziennikarka

Ministerstwo Zdrowia kładzie na stół propozycję dotyczącą dalszych losów podwyżek dla pracowników ochrony zdrowia, o której mówi: na tyle stać budżet. Oznacza ona, w dużym uproszczeniu, brak wzrostu wynagrodzeń w 2026 r. oraz waloryzację obecnego poziomu płac o wskaźnik dla budżetówki, czyli uwzględniający co najwyżej poziom inflacji.

To dwie z w sumie pięciu propozycji, jakie MZ przedstawiło partnerom społecznym w piśmie sygnowanym przez wiceminister Katarzynę Kęcką. 7 stycznia podczas posiedzenia prezydium Trójkątnego Zespołu ds.

Ochrony Zdrowia, wbrew oczekiwaniom, nie podniesiono jednak tematu podwyżek. Pismo wyszło z resortu zdrowia 5 stycznia i strona społeczna nie zdążyła się z nim nawet zapoznać. Rozmowy mają być wznowione 18 lutego, podczas plenarnego posiedzenia zespołu (będzie w nim uczestniczyć również przewodnicząca OZZL jako jedyna przedstawicielka środowiska lekarskiego). Czym się zakończą? Resort zdrowia zapewnia, że wierzy w możliwość osiągnięcia kompromisu, jednak już w grudniu deklarował, że w przypadku braku konsensusu projekt i tak zostanie przedstawiony do dalszego procedowania. Nowelizacja ustawy podwyżkowej jest konieczna, bo finanse NFZ nie wytrzymują tempa wzrostu kosztów.

W piśmie z 5 stycznia znajdują się też trzy inne punkty, w tym jeden wprost dotyczący zarobków lekarzy kontraktowych. Co prawda pod koniec listopada Ministerstwo Zdrowia wycofało się z zapowiedzi dotyczących uregulowania kontraktów (zarówno jeśli chodzi o wprowadzenie limitu zarobków na podstawie umowy cywilnoprawnej, jak i minimalnego wymiaru czasu pracy dla kontraktowców), ale w grze pozostała propozycja, by szpitale były zo-

bowiązane do przekazywania AOTMiT danych dotyczących zarobków lekarzy wraz z ich numerem PESEL lub PWZ. Chodzi o możliwość agregowania łącznych zarobków, jakie w podmiotach publicznych osiągają lekarze pracujący na podstawie wielu umów.

Ministerstwo Zdrowia chce też doprecyzować obowiązek pracodawcy w zakresie uznawania kwalifikacji zawodowych: przenoszenie pracownika do wyższej grupy zawodowej byłoby obligatoryjne tylko wówczas, gdy swoje kwalifikacje podnosił on na polecenie lub za zgodą pracodawcy. Ten przepis obowiązywałby w przypadku pracowników, którzy podnoszenie kwalifikacji rozpoczną po wejściu w życie nowych przepisów, i dotyczy w tej chwili głównie zawodów pielęgniarzkich, choć – jak sygnalizowali już eksperci i pracodawcy – wraz z rozszerzaniem kompetencji innych zawodów sytuacja będzie ewoluować.

Ostatnia systemowa propozycja dotyczy wprost zawodów pielęgniarstwa i położnej. Ministerstwo zapowiada natomiast *określenie w ustawie o zawodach pielęgniarstwa i położnej poziomów kompetencyjnych*. Mają to być: pielęgniarstwo ogólne, pielęgniarstwo kwalifikowane oraz pielęgniarstwo kliniczne (odpowiednio również w przypadku zawodu położnej). W ustawie przeczytamy, że *szczegółowy wykaz czynności zawodowych w ramach kompetencji zawodowych pielęgniarstwa i położnej na poszczególnych poziomach kompetencyjnych zostanie określony w akcie wykonawczym*. Będzie więc delegacja ustawowa do wydania rozporządzenia przez ministra zdrowia.

Minister zdrowia corocznie – jak czytamy w piśmie do partnerów społecznych – będzie też określał poziom minimalnego wynagrodzenia dla każdej z grup. Ta tabela zastąpi obecne współczynniki pracy, natomiast relacje pomiędzy grupami mają być zachowane. Nie wiadomo, na jakim etapie pojawić się mają natomiast wyższe współczynniki dla grupy piątej i szóstej, których podniesienie MZ zapowiada praktycznie od września: w przedstawionych partnerom społecznym propozycjach nie ma takiego punktu.

Znalazła się natomiast obietnica, że wynagrodzenia minimalne nie zostaną

obniżone. W nowelizacji ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia pracowników ochrony zdrowia ma się znaleźć przepis gwarantujący utrzymanie do końca 2026 r. płac minimalnych na poziomie z 1 lipca 2025 r.

Dyskusji w styczniu nie było, ale związki zawodowe już kilka tygodni wcześniej, podczas grudniowego posiedzenia zespołu, sygnalizowały jednoznacznie, że propozycji Ministerstwa Zdrowia zmierzających do zatrzymania podwyżek nie zaakceptują. Sytuację zaostrza fakt, że resort zdrowia w listopadzie, wycofując się na posiedzeniu Naczelnej Rady Lekarskiej z zapowiedzi zmian w kontraktach, próbował właśnie na związki zawodowe przerzucić odpowiedzialność za pojawienie się tego tematu w trakcie rozmów o wynagrodzeniach medyków (strona społeczna rzeczywiście o to wnioskowała, natomiast ministerstwo przynajmniej od października prezentowało dość spójną koncepcję, co i dlaczego zamierza zmienić w zasadach dotyczących umów cywilnoprawnych).

Środowiska pracowników medycznych pokładają nadzieję w stanowisku prezydenta. Karol Nawrocki, przy okazji szczytu „Na ratunek ochronie zdrowia” (5 grudnia 2025 r.), zadeklarował, że nie zgodzi się na odebranie medykom należnych im podwyżek. – *Nie pozwolę na zabranie podwyżki pensji minimalnej dla pracowników medycznych, taka ustawa nie uzyska mojego podpisu* – stwierdził.

Czy weto prezydenta do ustawy w kształcie, o jakim myśli resort zdrowia, jest jednak przesądzone? Na pewno jest prawdopodobne, jednak nie można zapominać, że już kilka miesięcy temu

o konieczności wyhamowania tempa podwyżek pracowników ochrony zdrowia mówił prof. Piotr Czauderna, który stoi na czele prezydenckiej Rady Zdrowia i pozostaje głównym doradcą Karola Nawrockiego w tym obszarze. Prof. Czauderna nie będzie w swoim zdaniu odosobniony, jeśli prezydent zwróci się do Rady Zdrowia o opinię w tej sprawie (nie musi się zwracać, co warto podkreślić), w podobnym duchu publicznie wypowiadał się prof. Grzegorz Gielerak. Były wiceminister zdrowia Maciej Miłkowski ocenił sposób wdrożenia ustawy podwyżkowej jako swój główny błąd (choć odnosiło się to raczej do mechanizmu dotyczącego wycen i wzrostu powiązanych z wycenami świadczeń kontraktów niż samych podwyżek wynagrodzeń minimalnych). W Radzie zasiadają jednak też zdecydowani obrońcy ustawy – w tym Maria Ochman, przewodnicząca Krajowego Sekretariatu Ochrony Zdrowia NSZZ „Solidarność”.

Ministerstwo Zdrowia na pewno nie może zakładać, że i tym razem – podobnie jak w przypadku tzw. ustawy szpitalnej (sierpień 2025) czy nowelizacji ustawy o Funduszu Medycznym (grudzień 2025) – Karol Nawrocki złoży podpis pod ewentualną nowelizacją ustawy podwyżkowej. Ewentualną, bo Lewica sygnalizuje mniej lub bardziej wprost, że ustawy odbierającej medykom wzrost wynagrodzeń wcale poprzec nie musi. Nie ulega wątpliwości, że resort znajduje się pod ogromną presją: z jednej strony realia budżetu NFZ i budżetu państwa są takie, że oszczędności nie tylko wydają się, ale po prostu są konieczne, a sytuacja w systemie staje się coraz bardziej podbramkowa. Warto zwrócić uwagę,

że kontrowersje budzi nie tylko szukanie oszczędności po stronie wynagrodzeń personelu medycznego. Przykładem może być opublikowane w pierwszych dniach stycznia stanowisko Związku Powiatów Polskich. Powiaty, z jednej strony, wręcz żądają systemowych zmian w zakresie płac personelu medycznego, domagając się zatrzymania działania ustawy podwyżkowej, z drugiej – gorąco protestują przeciw oszczędnościom, które uderzają wprost w przychody szpitali. – *Protestujemy przeciwko planowanej likwidacji współczynników 1,07 i 1,06 dla szpitali I i II poziomu systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej oraz obniżeniu znaczenia współczynników jakościowych. Z uwagi na drastyczne niedoszacowanie procedur realizowanych głównie w tzw. szpitalach powiatowych proponowana zmiana tylko pogłębi problemy finansowe szpitali powiatowych. Jeżeli celem Rządu jest likwidacja szpitali powiatowych, to wnosimy o to, żeby Rząd jasno to zakomunikował* – czytamy w stanowisku.

Nie ma wątpliwości, że ustawa podwyżkowa będzie jednym z motywów przewodnich 2026 r., na pewno zaś jego pierwszego półrocza. Komisja Zdrowia już zaplanowała na marzec rozpatrzenie informacji na temat stanu prac nad nowelizacją ustawy (co oznacza, że posłowie zakładają, że na pewno do tego czasu nie rozpoczną procedowania projektu), w planach zaś na drugi kwartał jest rozpatrzenie sprawozdania podkomisji powołanej do prac nad obywatelskim (pielęgniarskim) projektem zmian w ustawie. Podkomisja po raz ostatni zebrała się w czerwcu 2024 r. ●



USŁUGI KSIĘGOWE



W ramach opłacanej składki **lekarze i lekarze dentyści mogą skorzystać z dofinansowania do kompleksowych usług księgowych.**

Prowadź księgowość z OIL. Usługi księgowe dla lekarzy przedsiębiorców **za 150 zł/mies.** (pozostałą kwotę pokrywa izba).

Pełną ofertę znajdziecie na stronie internetowej.

Ochrona zdrowia w Grecji



DOMINIK HÉJJ

politolog,
autor książki „Węgry na nowo”

Analizując sytuację w ochronie zdrowia w Grecji, można odnieść wrażenie, że jej kondycja jest odwrotna do całej spuścizny materialnej i niematerialnej, które grecka kultura włączyła do europejskiego dziedzictwa.

Tym razem nie będziemy koncentrować się na wyborach, ponieważ terminowo powinny odbyć się one w Grecji dopiero w czerwcu 2027 r. A wracając do meritum, system finansowania ochrony zdrowia w Grecji opiera się na modelu mieszanym: narodowej ochronie zdrowia finansowanej z podatków oraz samodzielnym ubezpieczeniu pacjentów (współpłatności). Według danych OECD zawartych w raporcie Health at a Glance 2025 Grecja na ochronę zdrowia przeznaczają 8,1–8,5 proc. PKB. Instytucją zarządzającą świadczeniami zdrowotnymi jest Narodowy Organ Świadczeń Zdrowotnych, ΕΟΠΥΥ (Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας). Udział dopłat pacjentów w ogólnym budżecie systemu wynosi ok. 39 proc. (61 proc. pochodzi z podatków i obowiązkowych ubezpieczeń społecznych). Grecy dopłacają do ochrony zdrowia więcej, niż wynosi średnia w krajach OECD (25 proc.). Konsekwencją tego stanu rzeczy jest utrudniony dostęp do ochrony zdrowia dla osób o niższych dochodach.

Według danych OECD Grecja ma jeden z najwyższych wskaźników lekarzy na 1000 mieszkańców. W 2023 r. było to 6,6 lekarza (przy średniej unijnej na poziomie 3,9). Jednocześnie legitymuje się jednym z najniższych wskaźników pielęgniarek (w 2023 r. w Grecji było ok. 3,8 pielęgniarki na 1000 mieszkańców,

przy średniej OECD 9,2 pielęgniarki na 1000). Owa „lekarskocentryczna” struktura kadrowa ma swoje poważne konsekwencje. Chroniczny niedobór pielęgniarek i innych zawodów medycznych utrudnia funkcjonowanie szpitali i opieki długoterminowej. Wiele zadań, które w innych krajach realizują pielęgniarki i pielęgniarze, w Grecji spada na lekarzy, co nadmiernie ich obciąża. Jednocześnie zbyt wysoka liczba pacjentów przypadająca na zbyt małą liczbę białego personelu przekłada się nie tylko na jego przepracowanie (w konsekwencji wzrasta szansa na wypalenie zawodowe), ale także może wpływać na poziom bezpieczeństwa pacjentów. Ponadto system jest silnie zorientowany na opiekę szpitalną, z niedostatecznie rozwiniętą opieką podstawową i profilaktyką, co skutkuje wysoką liczbą hospitalizacji możliwych do uniknięcia.

Podobnie jak w innych omawianych już w tym cyklu krajach, występuje dysproporcja w koncentracji personelu medycznego. Niedobór jest szczególnie odczuwalny w mniejszych ośrodkach miejskich oraz na wyspach. By temu przeciwdziałać, władze zachęcają m.in. do migracji wewnątrz kraju. Niedobór przede wszystkim pielęgniarek polega na tym, że Grecja pozostaje „masowym eksporterem” personelu medycznego (do państw trzecich). Główne kierunki emigracji lekarzy i pielęgniarek

to Niemcy, Wielka Brytania, Włochy i kraje nordyckie. Na decyzję o pozostaniu w kraju wpłynąć mogą silne więzi rodzinne, obawy przed barierą językową w nowym państwie, potencjalną dyskryminacją oraz niepewność co do uznawania kwalifikacji.

Zatem czy remedium na braki w personelu stanowią pracownicy z zagranicy, jak w innych państwach? Nie. Rządzący starają się skłonić do powrotu do kraju grecką diasporę. W ostatnich latach wprowadzono nawet ułatwienia w automatycznym uznawaniu specjalizacji zdobytych m.in. w USA, Kanadzie, Wielkiej Brytanii, Szwajcarii, Australii i Nowej Zelandii. W badaniach część personelu wyjeżdżającego z Grecji deklaruje chęć powrotu do kraju za kilka lat.

Oczywiście braki kadrowe można byłoby próbować uzupełniać pracownikami z zagranicy (m.in. Indii), jednak istotne wyzwanie stanowią trudne warunki pracy, niskie wynagrodzenia w sektorze publicznym, a także przesłanki merytoryczne, np. długa ścieżka uznawania kwalifikacji zawodowych, a także wymóg znajomości języka greckiego.

Krajowy Plan Odbudowy finansowany z Next Generation EU opiewa na ok. 30,5 mld euro (ok. 18,2 mld grantów i 12,3 mld pożyczek w pierwotnej wersji, później częściowo zwiększonych). Na sektor zdrowia przeznaczone zostanie ok. 1,5 mld euro (ok. 4,3 proc. całości środków). Jeden z głównych celów, które zostaną sfinansowane ze środków, koncentruje się na wdrożeniu reformy podstawowej opieki zdrowotnej, m.in. poprzez zwiększenie liczby lekarzy rodzinnych i rozwój sieci jednostek POZ, szczególnie na obszarach wiejskich i wyspach. Ma to na celu odciążenie szpitali, poprawę koordynacji opieki nad pacjentami przewlekłe chorymi oraz zmniejszenie kolejek do specjalistów. Poza tym priorytetem jest, po-



dobnie jak w przypadku innych omawianych wcześniej państw, aby środki były przeznaczone również na cyfryzację i modernizację infrastruktury.

Największą organizacją związkową lekarzy jest OENGE (Ομοσπονδία Ενώσεων Νοσοκομειακών Γιατρών Ελλάδας), ogólnokrajowa federacja związków zawodowych lekarzy pracujących w publicznych szpitalach i centrach zdrowia. Powstała w 1976 r. i skupia 51 lokalnych organizacji z całego kraju. Jest najsilniejszą organizacją lekarzy szpitalnych, regularnie organizującą strajki, m.in. 48-godzinny w listopadzie 2025 r. Ważną rolę odgrywa także organizacja lokalna – Regionalny Związek Zawodowy Lekarzy Szpi-

talnych z Aglomeracji Aten i Pireusu (Ενωση Ιατρών Νοσοκομείων Αθήνας-Πειραιώς), który zrzesza lekarzy pracujących w największym ośrodku medycznym Grecji. Organizacja bierze udział w inicjatywach podejmowanych przez OENGE.

W przypadku pielęgniarek najważniejszą organizacją, która powstała w okresie reform zdrowotnych po 2000 r. jest Ogólnogrecka Związkowa Federacja Pielęgniarskich Pracowników Narodowego Systemu Zdrowia (ΠΑΣΥΝΟ-ΕΣΥ, Πανελλήνια Συνδικαλιστική Ομοσπονδία Νοσηλευτών ΕΣΥ).

Na koniec warto jeszcze krótko nawiązać do polityki. W Grecji rządy sprawuje Nowa Demokracja. W sprawie finanso-

wania ochrony zdrowia cała opozycja (SYRIZA, PASOK i KKE) proponuje dalsze zwiększenie finansowania systemu opieki zdrowia ponad obecny budżet (3 mld euro w 2025 r.). Partie te domagają się powszechnych podwyżek, rekrutacji kadr i przywrócenia praw socjalnych. Rządzący natomiast zgodnie podkreślają, że podwyżki nie są potrzebne, bo w systemie jest o wiele więcej środków niż wcześniej, i to uwzględniając środki unijne. Opozycja zwraca uwagę na konieczność walki z nierównościami w dostępie do opieki medycznej (spowodowanymi niewystarczającą liczbą lekarzy oraz brakiem możliwości finansowych na współpłacenie za istniejący system).



Zapraszamy na szkolenia!*

* Za szkolenia zdobywa się punkty edukacyjne.

Ośrodek Doskonalenia Zawodowego Lekarzy i Lekarzy Dentystów zaprasza członków Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie na bezpłatne szkolenia online i stacjonarne.

LUTY 2026



Więcej informacji i zapisy:



05.02 godz. 19.00–21.00	Uwarunkowania możliwości uchylenia tajemnicy lekarskiej na potrzeby postępowań karnych, cywilnych i administracyjnych – dr hab. Szymon Pawelec (online)
07.02 godz. 9.00–16.00	Wybrane sposoby reagowania w sytuacjach kryzysowych z zastosowaniem podstawowych technik samoobrony – Komenda Stołeczna Policji (Warszawa: stacjonarnie, bez punktów edukacyjnych)
10.02 godz. 19.00–21.00	Najnowsze wytyczne w leczeniu otyłości – dr hab. n. med. Alina Kuryłowicz (online)
12.02 godz. 19.00–21.00	Zdrowie publiczne – dr n. społ. Piotr Bromber, adw. Przemysław Rawa-Kłoczek (online)
18.02 godz. 18.00–20.00	Pacjent z niepełnosprawnością intelektualną w gabinecie lekarskim. Jak budować zaufanie i skuteczną komunikację – Zyta Czechowska (online)
19.02 godz. 17.00–20.00	Podstawowe zabiegi resuscytacyjne z AED – dr n. med. Piotr Abramczyk (Warszawa: stacjonarnie)
24.02 godz. 19.00–21.00	KSeF – praktyczne wdrożenie dla lekarzy. Klub Lekarza Przedsiębiorcy – dr n. pr. r. pr. Wiktor Klimiuk (online)
26.02 godz. 17.00–20.00	Resuscytacja krążeniowo-oddechowa z użyciem AED w warunkach gabinetu stomatologicznego – dr n. med. Piotr Abramczyk (Warszawa: stacjonarnie)
26.02 godz. 19.00–21.00	Żywienie kliniczne – prof. dr hab. n. med. Jacek Sobocki (online)

Co słyszeć w prawie?



FILIP NIEMCZYK
adwokat

Koniec 2025 r. przyniósł istotne zmiany w ochronie personelu medycznego, rozszerzenie zadań Funduszu Medycznego oraz podsumowanie działalności rzecznika praw pacjenta w zakresie naruszeń praw pacjentów.

ZAOSTRZENIE KAR ZA AGRESJĘ WOBEC PERSONELU MEDYCZNEGO

Przepisy* zaostrzające sankcje karne za agresję wobec funkcjonariuszy publicznych, w tym personelu medycznego, weszły w życie 2 stycznia 2026 r. Zmiany Kodeksu karnego i Kodeksu wykroczeń polegają w szczególności na podwyższeniu odpowiedzialności karnej za naruszenie nietykalności cielesnej osób pełniących funkcje publiczne i ratujących życie innych (art. 217a i art. 222 k.k.), jeżeli czyn naraża pokrzywdzonego na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty

życia albo ryzyko ciężkiego uszczerbku na zdrowiu. Sprawca takiego czynu będzie podlegać karze od trzech miesięcy do pięciu lat pozbawienia wolności. Do tej pory górna granica odpowiedzialności wynosiła odpowiednio dwa lub trzy lata pozbawienia wolności. Nowe przepisy wprowadzają także obowiązkową publikację wyroku na wniosek pokrzywdzonego w przypadku skazania za przestępstwo naruszenia nietykalności cielesnej lub czynnej napaści.

Zmiany w zakresie prawa wykroczeń polegają w szczególności na wprowadzeniu surowszej karalności za zachowania polegające na zakłócaniu spokoju lub porządku publicznego albo wywołaniu zgorszenia w miejscu publicznym polegającego na dopuszczeniu się tego wykroczenia w zakładzie leczniczym lub w trakcie akcji medycznej, lub w siedzibie organu administracji rządowej, innego organu państwowego lub samorządu terytorialnego, które zagrożone będzie karą aresztu, ograniczenia wolności lub grzywny do 5000 zł. Dotychczas zachowanie takie było zagrożone wyłącznie grzywną do 500 zł. Dodatkowo wprowadzono możliwość stosowania w takich przypadkach trybu przyspieszonego.

Warto przy tym przypomnieć, że zgodnie z art. 44 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty* lekarz korzystający z ochrony przysługującej funkcjonariuszowi publicznemu, gdy wykonuje czynności w ramach świadczeń pomocy doraźnej, nadto udzielając pomocy pacjentowi, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia, a także gdy wykonuje zawód w podmiocie prowadzącym działalność leczniczą, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych w tym podmiocie. Wykonywanie innych zawodów medycznych, w tym pielęgniarstwa i ratownictwa medycznego, także podlega ochronie prawnej przewidzianej dla funkcjonariusza publicznego zgodnie z właściwymi dla tych profesji ustawami.

SPRAWOZDANIE RZECZNIKA PRAW PACJENTA

Rzecznik praw pacjenta opublikował* raport dotyczący przestrzegania praw pacjenta w 2024 r. oparty przede wszystkim na danych pochodzących ze zgłoszeń o naruszeniach kierowanych do jego biura. W omawianym roku skierowano ich ponad 96 000, co stanowi zauważalny spadek względem lat ubiegłych. W rekordowym pod tym względem roku 2021 było ich przeszło 160 000. Zgłoszenia dotyczące naruszenia praw pacjenta spowodowały wszczęcie 2408 postępowań w sprawach indywidualnych i 417 w sprawach dotyczących praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów.

Spośród 1082 stwierdzonych naruszeń praw pacjenta w toku postępowań wyjaśniających zdecydowana większość (850) dotyczyła prawa do świadczeń zdrowotnych, w tym przede wszystkim ich dostępności. W mniejszym stopniu prowadzone postępowania doprowadziły do stwierdzenia naruszeń w zakresie prawa do dokumentacji (127), prawa do informacji (91), do poszanowania godności i intymności (42), prawa do tajemnicy informacji (10). Pojedyncze sprawy dotyczyły pozostałych praw, jak poszanowanie życia prywatnego i opieka duszpasterska.

W 2024 r. rzecznik wydał 170 decyzji stwierdzających stosowanie przez podmiot praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów. Jako przykłady tychże można wskazać m.in. funkcjonowanie tzw. receptomatów, tj. podmiotów leczniczych oferujących konsultacje lekarskie, w tym możliwość szybkiego uzyskania e-recepty za pośrednictwem serwisu internetowego i wypełnianie przez pacjenta ankiety online, bez osobistego zbadania pacjenta przez osobę wystawiającą receptę, chociaż takie badanie jest obligatoryjne od 7 listopada 2024 r. Inne przykłady to nieuprawnione przechowywanie kart uodpornienia przez podmiot leczniczy, który nie realizuje szczepień obowiązkowych, ale który został wskazany przez rodziców jako właściwy do opieki nad dzieckiem w zakresie POZ, prawdopodobnie w celu uniknięcia przez rodziców obowiązku szczepień, czy też obligatoryjne pobieranie od dzieci w szpitalu psychiatrycznym określonej części ich kieszonkowego od rodziców na zdefiniowane przez szpital cele wspólne lub nieuzasadnione, nadmierne ograniczenia odwiedzin pacjentów w szpitalu. Rzecznik kwestionował również stosowanie u pacjentów długotrwałej antybiotykoterapii w związku z boreliozą, zamontowanie w szpitalu w miejscu udzielania świadczeń zdrowotnych monitoringu wizyjnego z jednoczesnym zapisem dźwięku czy też stosowanie metod niezgodnych z aktualną wiedzą medyczną, jak koenzymu Q10 u pacjentów z chorobami układu krążenia, ornityny u pacjentów, których parametry wątrobowe wskazują na tłuszczenie wątroby lub pogorszenie jej stanu i funkcji bez potwierdzonych badań w tym zakresie, lub ozonoterapii u pacjentów z chorobami zaburzenia krążenia, cukrzycy oraz grzybiczy – w leczeniu trudno gojących się ran.

Odnosząc się do kwestii naruszenia indywidualnych praw pacjentów w sprawozdaniu czytamy, że z danych zebranych przez rzecznika wynika, że problemy z dostępem

do świadczeń zdrowotnych są najczęstszym przedmiotem skarg pacjentów. Wśród nich 28 proc. dotyczyło podstawowej opieki zdrowotnej, 47 proc. – specjalistycznej opieki ambulatoryjnej, a 26 proc. – leczenia szpitalnego. Rzecznik zauważa w związku z tym, że jednym z najważniejszych wyzwań systemu ochrony zdrowia jest zbyt długi czas oczekiwania na świadczenia. Szczególnie odnotowywane są kolejki do lekarzy specjalistów w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Pacjenci zgłaszają też problemy związane z organizacją pracy placówek, niewłaściwymi warunkami udzielania świadczeń, odmowami rejestracji oraz przypadkami nieudzielenia pomocy medycznej. Dostępność świadczeń medycznych jest również poważnie ograniczana przez nieefektywny podział obowiązków w placówkach leczniczych oraz przeciążenie personelu medycznego zadaniami administracyjnymi, takimi jak prowadzenie dokumentacji medycznej.

WESZŁA W ŻYCIE NOWELIZACJA USTAWY O FUNDUSZU MEDYCZNYM

15 grudnia 2025 r. weszła w życie nowelizacja ustawy o Funduszu Medycznym*. W związku z nową regulacją zadania funduszu zostały rozszerzone

o dwa nowe obszary. Pierwszym jest dofinansowanie na budowy, rozbudowy, modernizacje, przebudowy lub wyposażenia podmiotów leczniczych na potrzeby obronne państwa. Drugim jest finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych osobom do ukończenia 18. roku życia w zakresie leczenia chorób rzadkich*. Warunkami uzyskania takiego finansowania jest pozytywna opinia konsultanta krajowego w dziedzinie medycyny odpowiedniej ze względu na chorobę rzadką albo konsultanta wojewódzkiego w tej dziedzinie, wyczerpanie u danego pacjenta wszystkich możliwych do zastosowania w chorobie rzadkiej dostępnych technologii medycznych finansowanych ze środków publicznych, nadto dopuszczenie do obrotu produktu leczniczego terapii zaawansowanej. Omawiana nowelizacja przyjmuje jednocześnie maksymalny i minimalny poziom wpłat z budżetu państwa na potrzeby realizacji zadań Funduszu Medycznego. ●

* Źródła podane są na stronie internetowej „Pulsu”



fot. licencja OIL w Warszawie

Umowa o pracę

– podstawowe zagadnienia prawne



GABRIELA PACEK
aplikant radcowski

Choć lekarze coraz częściej pracują na kontraktach, umowa o pracę nadal pozostaje jedną z istotnych form zatrudnienia w ochronie zdrowia – szczególnie w podmiotach leczniczych finansowanych ze środków publicznych, na uczelniach medycznych oraz w jednostkach badawczo-dydaktycznych. Warto znać podstawowe zasady prawa pracy, aby świadomie podejmować decyzje zawodowe i właściwie oceniać warunki zatrudnienia.

Zgodnie z art. 22 par. 1 Kodeksu pracy umowa o pracę to formalne porozumienie pomiędzy pracownikiem a pracodawcą, w ramach którego pracownik zobowiązuje się do wykonywania określonej pracy: na rzecz pracodawcy, pod jego kierownictwem, w miejscu i czasie przez niego wyznaczonym.

W zamian pracodawca zobowiązuje się do wypłacania wynagrodzenia zatrudnionemu przez siebie pracownikowi. Element podporządkowania organizacyjnego i służbowego odróżnia umowę o pracę od umów cywilnoprawnych, w tym popularnych w ochronie zdrowia kontraktów.

KTO JEST PRACOWNIKIEM, A KTO PRACODAWCĄ?

Warto znać również pojęcia definiujące pracodawcę i pracownika. Odpowiednie można znaleźć w art. 2 i 3 Kodeksu pracy. Zgodnie z nimi pracownikiem jest osoba zatrudniona na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania lub spółdzielczej umowy o pracę. Natomiast pracodawcą jest jednostka organizacyjna, nawet jeśli nie posiada osobowości prawnej, a także osoba fizyczna – jeżeli zatrudnia pracowników. Pracodawcą może zatem być zarówno szpital, przychodnia czy uczelnia, jak i osoba fizyczna prowadząca działalność leczniczą.

NAJWAŻNIEJSZE ZASADY PRAWA PRACY

Kodeks pracy wprowadza szereg zasad mających na celu ochronę pracownika. Szczególne znaczenie mają:

- prawo do pracy,
- swoboda nawiązywania stosunku pracy,
- poszanowanie dóbr osobistych pracownika,
- zasada równego traktowania pracowników,
- zakaz dyskryminacji,
- prawo do godziwego wynagrodzenia,
- prawo do odpoczynku,
- bezpieczne i higieniczne warunki pracy,
- zaspokajanie potrzeb pracowników,
- prawo do podnoszenia kwalifikacji zawodowych,
- zasada uprzywilejowania pracownika (w razie wątpliwości interpretacja na jego korzyść).

RODZAJE UMÓW O PRACĘ

Prawo (art. 25 par. 1) przewiduje trzy podstawowe rodzaje umów o pracę: umowa na okres próbny, na czas określony oraz na czas nieokreślony.

Warto zwrócić uwagę na ograniczenia dotyczące umów terminowych. Łączny czas zatrudnienia na podstawie umów na czas określony między tymi samymi stronami nie może przekraczać 33 miesięcy, a liczba takich umów – trzech. Po przekroczeniu tych limitów stosunek pracy z mocy prawa przekształca się w umowę na czas nieokreślony.

Stosunek pracy powstaje w dniu wskazanym w umowie jako dzień rozpoczęcia pracy – niekoniecznie w dniu jej podpisania.

CO MUSI ZNALEŹĆ SIĘ W UMOWIE O PRACĘ?

Dobrze sporządzona umowa o pracę powinna jasno określać m.in.: strony umowy (wraz z adresem pracodawcy), rodzaj umowy, datę jej zawarcia, rodzaj pracy (np. lekarz specjalista danej dziedziny), miejsce lub miejsca wykonywania pracy, wynagrodzenie (z wyszczególnieniem jego składników), wymiar czasu pracy oraz dzień rozpoczęcia pracy.

W przypadku umowy na okres próbny należy wskazać czas jej trwania, natomiast przy umowie na czas określony – okres jej obowiązywania lub datę zakończenia.

OBOWIĄZKI INFORMACYJNE PRACODAWCY

Umowa o pracę powinna być zawarta na piśmie. Jeśli z jakiegoś powodu tak się nie stało, pracodawca musi najpóźniej przed dopuszczeniem lekarza do pracy pisemnie potwierdzić ustalenia dotyczące stron umowy, jej rodzaju oraz warunków zatrudnienia.

Niezależnie od treści samej umowy o pracę pracodawca ma obowiązek przekazać pracownikowi – w postaci papierowej lub elektronicznej – najpóźniej w terminie siedmiu dni od dopuszczenia do pracy szczegółowe informacje dotyczące warunków zatrudnienia.

Zakres tych informacji obejmuje w szczególności:

1. Czas pracy, w skład którego wchodzi:

- obowiązująca dobową i tygodniową norma czasu pracy,
- obowiązujący dobowy i tygodniowy wymiar czasu pracy,

- przysługujące przerwy w pracy,
- dobowy i tygodniowy odpoczynek.

2. Praca ponadnormatywna i organizacja pracy

Pracodawca musi także jasno określić zasady organizacji pracy, czyli:

- zasady pracy w godzinach nadliczbowych oraz sposób jej rekompensaty,
- w przypadku pracy zmianowej – zasady przechodzenia ze zmiany na zmianę,
- w przypadku wykonywania pracy w kilku miejscach – zasady przemieszczania się między nimi.

3. Wynagrodzenie i inne świadczenia

Należy pamiętać, że warunki zatrudnienia muszą zawierać także inne niż określone w umowie składniki wynagrodzenia oraz przysługujące świadczenia pieniężne lub rzeczowe.

4. Urlopy

Pracodawca ma także obowiązek przekazania informacji na temat wymiaru przysługującego płatnego urlopu, w szczególności urlopu wypoczynkowego. Jeżeli nie jest możliwe jego określenie w dniu przekazywania informacji – muszą zostać wskazane zasady ustalania i przyznawania urlopu.

5. Rozwiązanie stosunku pracy

W warunkach zatrudnienia muszą się znaleźć także informacje na temat rozwiązania stosunku pracy, czyli:

- obowiązujące zasady rozwiązywania umowy o pracę,
- wymogi formalne,
- długość okresów wypowiedzenia albo sposób ich ustalania,

- termin wniesienia odwołania do sądu pracy.

6. Szkolenia

Jeżeli pracodawca zapewnia szkolenia, w warunkach zatrudnienia powinna się znaleźć taka informacja wraz z zasadami polityki szkoleniowej obowiązującej u pracodawcy.

7. Prawo wewnątrzzakładowe

Pracodawca ma również obowiązek przekazania informacji na temat układu zbiorowego pracy lub innego porozumienia zbiorowego, którym pracownik jest objęty. W przypadku porozumień zawieranych poza zakładem pracy – musi wskazać właściwe organy lub instytucje.

8. Organizacja pracy i wynagrodzeń (gdy brak regulaminu pracy)

Jeśli brak regulaminu pracy, pracodawca musi przekazać także informacje o:

- terminie, miejscu, czasie i częstotliwości wypłaty wynagrodzenia,
- porze nocnej,
- przyjętym sposobie potwierdzania przybycia i obecności w pracy,
- zasadach usprawiedliwiania nieobecności.

Umowa o pracę to nie tylko formalność – to dokument, który realnie wpływa na codzienną praktykę zawodową lekarza. Znajomość podstawowych zasad dotyczących umowy o pracę ma istotne znaczenie dla bezpieczeństwa prawnego lekarzy. Pozwala nie tylko lepiej rozumieć swoje prawa i obowiązki, lecz także świadomie wybierać formę zatrudnienia oraz reagować w sytuacjach budzących wątpliwości.



Pomoc prawna dla lekarza – Lex Doctor

Bezpłatne wsparcie prawne w sprawach związanych z wykonywaniem zawodu lekarza i lekarza dentyści



poniedziałek–piątek: 9.00–17.00
lexdoctor@oilwaw.org.pl | 728 986 934



lub poprzez
formularz
zgłoszeniowy



Poszukiwany, poszukiwana... zastępca OROZ



HANNA ODZIEMSKA

lekarz, publicysta, zastępca rzecznika
odpowiedzialności zawodowej
OIL w Warszawie

Prawda jest taka, że nikt nas nie lubi. Lekarze nazywają rzecznika odpowiedzialności zawodowej i jego zastępców prokuratorami, policjantami lub wręcz oprawcami. Na zjazdach delegatów nie ma kolejki chętnych do pełnienia tych funkcji, a w zespole OROZ raczej są zawsze wakaty zastępców. Lekarze, którzy mają postępowania przed OROZ, albo się nas boją, albo obrażają. Tymczasem warto uświadomić sobie, że nasza rola nie jest ani nękanie, ani niszczenie lekarzy, tylko rzetelne badanie zasadności składanych na nich skarg w aspekcie etycznym i merytorycznym.

Odpowiedzialność zawodowa jest regulowana nie tylko dla lekarzy, również prawnicy mają swoją Radę Adwokacką, a policjanci rzecznika dyscyplinarnego. Zawody zaufania publicznego potrzebują merytorycznego organu dyscyplinarnego ze względu na swoją misję i specyfikę wymagającą profesjonalnej wiedzy, aby adekwatnie ocenić możliwość popełnienia przewinienia zawodowego.

Trzeba przyznać słuszność powiedzeniu, że błędów nie popełnia tylko ten, kto nic nie robi, a także sentencji łacińskiej, że mylić się jest rzeczą ludzką. Trzeba też podkreślić, że lekarze nie popełniają błędów celowo. Poza bardzo nielicznymi przypadkami rażących zaniedbań lekarze chcą wykonywać swoją pracę starannie, profesjonalnie, mając za priorytet dobro pacjenta. Błędy lekarskie mają często znacznie głębsze

podłoże niż sama ocena prawna i etyczna czynu. Często wynikają z wadliwie działającego systemu opieki zdrowotnej, złej organizacji pracy w podmiocie leczniczym albo po prostu neurobiologii. Brak wsparcia systemowego, presja wywierana na lekarza w miejscu jego pracy, jednoczesowy nadmiar obowiązków lub wyczerpanie sił po wielu godzinach intensywnej pracy mogą przyczynić się do błędu. Tymczasem odpowiedzialność zawsze ponosi lekarz osobiście.

Wyobraźcie sobie lekarza lub lekarzkę... Wyobraźcie sobie, jak wygląda, jak ma na imię... Wyobraźcie sobie jego lub jej radość, kiedy dostaje się na studia, jak poświęca prawie cały swój czas na naukę, jak drży przed kolokwiami i egzaminami, jak cieszy się z zaliczanych kolejno przedmiotów. Wyobraźcie sobie, z jaką radością i dumą odbiera dyplom po zdanym egzaminie końcowym, jak angażuje się w pracę na stażu, zdobywa miejsce rezydenckie, jak z zaangażowaniem wdraża się do pracy w zawodzie, jak z pokorą przyjmuje posłuszeństwo niechlubnej tradycji lekarskiej fali, gdzie starszy przeciąża obowiązkami i nieraz poniża młodszego, zmusza go do brania nadmiarowych dyżurów, drwiąco komentując nieśmiałe prośby o jeden wolny weekend w miesiącu, żeby móc spędzić trochę czasu z bliskimi lub zwyczajnie odpocząć. Wyobraźcie sobie tego lekarza lub lekarzkę, jak mimo barier systemu, presji i upokorzeń przełożonych, mimo zmęczenia i nieustającej deprywacji podstawowych potrzeb on lub ona wciąż wierzy w sens tego, co robi, w sens poświęcenia, które ponosi, bo chce być le-

karzem, chce leczyć, pomagać, troszczyć się o pacjentów, bo czuje taką misję. Wyobraźcie sobie dalej, jak ten lekarz lub lekarka kończy szkolenie specjalizacyjne i zdaje pomyślnie egzamin, jest wreszcie specjalistą, nabiera doświadczenia, przyciąga pacjentów. I to nie jest pierwszy moment, w którym zderza się z rzeczywistością polskiej opieki zdrowotnej, tak było już wcześniej, na stażu i na rezydenturze. Wyobraźcie sobie, jak ten lekarz lub lekarka próbuje zdążyć z pracy do pracy, nie tylko dlatego, że praca w jednym miejscu nie wystarczy na rachunki i ratę kredytu, także dlatego, że gdyby ograniczył się lub ograniczyła do jednego miejsca pracy, to system opieki zdrowotnej przestałby działać z powodu braku obsady. Następnie wyobraźcie sobie, jak ten lekarz lub lekarka słyszy, że za dużo zarabia, a chce jeszcze więcej, że ma za dobry samochód, chociaż dojeżdża nim prawie tylko do pracy, że za mało czasu pracuje, że są skargi. Wyobraźcie sobie, ile czasu, który mógłby być czasem na odpoczynek, poświęca na udowadnianie różnym organom kontrolującym, że refundacja albo zwolnienie było zasadne. Wyobraźcie sobie wreszcie, jak na dziesiątym w tym miesiącu dyżurze po kilkunastu godzinach neurobiologia sprawia, że ważna decyzja diagnostyczna lub terapeutyczna jest spóźniona albo niekompletna. I jest błąd. Niecelowy, niechciany, ale błąd i jego skutki dla pacjenta, więc sprawa trafia do okręgowego rzecznika odpowiedzialności zawodowej.

Praca w zespole OROZ jest trudna. Dotyka się ludzkiego cierpienia, dramatów, podwójnej wiktylizacji – bo ofiarą błędu lekarskiego jest nie tylko

pacjent, ale i lekarz, który nie chciał przecież go popełnić. Najtrudniejsze są przesłuchania pokrzywdzonych, bo towarzyszą im duże emocje. Stawianie zarzutów lekarzom i kierowanie do sądu lekarskiego wniosków o ukaranie też nie jest łatwe, czasem padają przykre słowa ze strony obwinionych, choć nikt tu nie jest niczym wrogiem i na prawdę przyjemniej byłoby się spotkać na konferencji naukowej zamiast w biurze rzecznika. Miała być ustawa *no fault*, miała być prewencja penalizacji lekarzy i podwójnej wiktylizacji, miała być strategia bezpieczeństwa pacjenta zintegrowana z bezpieczeństwem lekarza, miała być dla lekarzy edukacyjna rola systemu zgłaszania zdarzeń niepożądanych i błędów medycznych. Jest niewydolny system opieki zdrowotnej, absurdalnie wydłużone kolejki do specjalistów, zadłużenie szpitali, odwoływane zabiegi, blokada podwyżek wynagrodzeń lekarzy, medialne kampanie podkopujące i tak już mocno nadwierzony etos zawodu lekarza, nie mówiąc już o politycznym pozycjonowaniu środowiska lekarskiego w roli chłopca do bicia. Z młodzieńczego entuzjazmu lekarza pozostaje zespół wypalenia, nie raz nawet zaburzenia lękowe i depresyjne. Rośnie liczba lekarzy korzystających z opieki psychiatrycznej, są nawet psychiatry, którzy leczą się u psychiatry. Jak zapewnić bezpieczeństwo pacjentowi i zminimalizować błędy, kiedy lekarz jest ściskany w imadle dysfunkcyjnej organizacji opieki zdrowotnej, z bagażem swoich biologicznych ograniczeń wytrzymałości i w nieustannym szachu swojej odpowiedzialności, w niekończącym się czuwaniu, żeby nie

wpaść w sidła biurokratyczno-systemowych pułapek, a gdzieś jeszcze musi być przestrzeń na relację z pacjentem, adekwatną diagnostykę i leczenie. Niestety, jest też przestrzeń na błędy, kiedy na chwilę zawiedzie czujność.

Ocenić błąd lekarski może tylko lekarz, bo tego nie da się zrobić bez wiedzy merytorycznej. Dlatego OROZ, choć niepopularny i raczej z pozoru niezachęcający, jest potrzebny. To trudna praca, ale zespół jest zintegrowany, działamy z dużym wzajemnym wsparciem merytorycznym i prawnym, mamy systematyczne szkolenia, także wyjazdowe. Ta praca to także uczenie się na błędach lekarskich, aby wiedzieć, jak ich unikać we własnej praktyce. Jest to też szkoła etyki lekarskiej, bo pomimo uciążliwości trzeba sprostać zadaniu odnoszenia się z należytym szacunkiem do wszystkich stron postępowania, co wymaga umiejętności zarządzania swoimi emocjami.

Potrzebujemy lekarzy do pracy w zespole OROZ. Nie możemy obiecać, że będzie łatwo, lekko i przyjemnie, choć na szkoleniach wyjazdowych bywa bardzo miło. Możemy zapewnić wsparcie, bo wszystkie trudne sprawy zastępca może omówić z rzecznikiem, z bardziej doświadczonym zastępcą albo zespołowo na comiesięcznym zebraniu hybrydowym. Potrzebujemy Ciebie, Koleżanko i Kolego, bo ta funkcja jest lekarzom potrzebna – przecież pomiędzy błędem lekarskim a winą lekarza jest spektrum, które trzeba rzetelnie zbadać i ocenić. Bo naszym kolegom lekarzom i koleżankom lekarkom należy się rzetelne postępowanie, z szacunku dla ich trudu i poświęcenia w wykonywaniu swojego zawodu dla dobra pacjentów. ●



Polubowne rozstrzyganie sporów z pacjentami



Biuro Mediatora

Spotkania stacjonarne z mediatorem odbywają się **w środy i piątki** w godzinach **10.00-16.00** – wyłącznie po wcześniejszym umówieniu telefonicznym.



Tel.: 22 542 53 29/25
Tel.: 500 127 405



E-mail: mediator@oilwaw.org.pl

Dzień, w którym świętuje się marzenie

W wyjątkowej scenerii Muzeum Narodowego w Warszawie 24 listopada 2025 r. odbyła się uroczystość wręczenia dokumentów PWZ, która dla setek młodych lekarzy i lekarzy dentystów stanowi symboliczne zwieńczenie wielu lat wymagającej nauki oraz początek samodzielnej pracy zawodowej.

DOROTA LEBIEDZIŃSKA



Ceremonia wręczenia dokumentów Prawo Wykonywania Zawodu Lekarza i Prawo Wykonywania Zawodu Lekarza Dentysty, zorganizowana przez Okręgową Izbę Lekarską w Warszawie, ponownie przybrała oficjalny, podniosły charakter, podkreślając rangę tego momentu w życiu każdego adepta medycyny.

Gospodarzem spotkania był prezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie dr n. med. Artur Drobnik, który oficjalnie otworzył uroczystość. W swoim wystąpieniu zwrócił się bezpośrednio do młodych lekarzy, podkreślając, że dzień otrzymania prawa wykonywania zawodu jest nie tylko zwieńcze-

niem studiów i stażu podyplomowego, lecz także wejściem do wspólnoty zawodowej o wyjątkowym znaczeniu społecznym. – *Zawód lekarza jest zawodem szczególnego zaufania* – przypomniał, zachęcając do pielęgnowania etyki, empatii i wrażliwości, które są fundamentem relacji z pacjentem. Wskazał również, że odpowiedzialność i rozwój zawodowy będą nieodłącznymi elementami całej przyszłej kariery zgromadzonych w muzeum młodych lekarzy i lekarzy dentystów.

Wśród gości obecni byli reprezentanci uczelni medycznych, władz samorządu lekarskiego oraz instytucji współpracujących ze środowiskiem medycznym.

Przemówienia kolejnych przedstawicieli podkreślały, jak duże znaczenie dla systemu ochrony zdrowia ma wejście do niego nowego pokolenia lekarzy – dobrze wykształconych, świadomych wyzwań współczesnej medycyny i gotowych podejmować odpowiedzialne decyzje.

Wiceprezes Okręgowej Rady Lekarskiej i przewodniczący Komisji ds. Lekarzy Dentystów dr n. med. Dariusz Paluszek, gratulując wszystkim uczestnikom, szczególne słowa skierował do lekarzy dentystów. – *Zawód, który wybraliście, jest zawodem troszeczkę innym. Jest zawodem sprywatyzowanym i wymaga naprawdę wielu umiejętności, w tym również menedżerskich.*

Gość honorowy, prezes Naczelnej Rady Lekarskiej dr n. med. Łukasz Jankowski, podkreślił wagę dalszego kształcenia i gotowości do korzystania z nowych technologii, w tym sztucznej inteligencji, która coraz śміalej wchodzi do praktyki lekarskiej. – *Nie ma krytycznego myślenia bez wiedzy* – przypomniał, zachęcając nowych lekarzy do nieustannego poszerzania kompetencji oraz kształtowania kultury organizacyjnej opartej na współpracy i empatii.

Słowa powitania do zgromadzonych skierowała także przedstawicielka Muzeum Narodowego Małgorzata Borkowska, podkreślając symboliczny wymiar miejsca, w którym odbywała się ceremonia. Zwróciła uwagę, że kontakt ze sztuką rozwija wrażliwość



fot. Marcin Foliński (3)

i uważność – cechy niezbędne w zawodzie lekarza, który łączy wiedzę z głębokim zrozumieniem drugiego człowieka.

Po części oficjalnej nastąpił najważniejszy moment uroczystości – wręczenie dokumentów Prawa Wykonywania Zawodu. Młodzi lekarze odbierali je z widocznym wzruszeniem, mając świadomość, że w tej chwili symbolicznie kończy się czas nauki, a rozpoczyna odpowiedzialna, pełnoprawna droga zawodowa.

To również moment wejścia do samorządu lekarskiego, którego jednym z kluczowych zadań jest dbanie o etos i elitarność zawodu. Jak przypomniawszy, od 1997 r. dokument PWZ posiada w Polsce ok. 166,5 tys. lekarzy, w tym 46 tys. stomatologów. Przewodniczący Komisji Młodych Lekarzy Wiktor Możarowski skierował do nowych członków izby pełne wsparcia słowa powitania oraz zachęty do aktywnego uczestnictwa w życiu samorządu i zaprezentował, na czym ono może polegać.

Artystyczną i jak zawsze wyjątkową muzyczną oprawę wydarzenia zapewnił chór Medicantus.

Uroczystość zwieńczyło zwiedzanie stałych galerii muzeum – sztuki staro-

żytnej, dawnej i XIX-wiecznej – przygotowane specjalnie dla uczestników. Była to doskonała okazja do chwili wytchnienia po pełnym emocji dniu oraz do celebracji tego niezwykłego osiągnięcia w gronie bliskich.

Dla świeżo upieczonych lekarzy ten dzień był spełnieniem marzeń, co podkreślali także prowadzący uroczystość.

Otrzymanie Prawa Wykonywania Zawodu to znacznie więcej niż administracyjny dokument – to symbol przynależności do jednej z najważniejszych profesji, a zarazem początek drogi pełnej wyzwań i ogromnej satysfakcji. Profesji, która wymaga konsekwencji, wiedzy i empatii, ale jednocześnie daje możliwość realnej zmiany świata na lepsze. ●



Opóźnienia w płatnościach za świadczenia stomatologiczne



MONIKA POTOCKA

rzecznik praw lekarza OIL w Warszawie i NIL

Jako rzecznik praw lekarza Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie wystosowałam pismo do prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w związku z napływającymi od lekarzy dentystów licznymi sygnałami w sprawie opóźnień w płatnościach za świadczenia stomatologiczne udzielane pacjentom do 18. roku życia. Zgłoszenia dotyczyły świadczeń nielimitowanych, wykonanych prawidłowo, zgodnie z umowami z NFZ, za które mimo upływu wielu miesięcy nie wypłacono należnych środków.

Opóźnienia, jak wynikało z informacji przekazanych do Biura Rzecznika Praw Lekarza, obejmują świadczenia realizowane na rzecz pacjentów do 18. roku życia. W związku z tym zwróciłam się do NFZ o przedstawienie danych dotyczących skali zaległości, liczby podmiotów nimi dotkniętych, średniego okresu opóźnień w realizacji płatności, a także przyczyn opóźnień oraz planowanego terminu wypłaty należnych środków. Zapytałam również, czy zaległości obejmują jedynie świadczenia stomatologiczne dla dzieci i młodzieży, czy również inne grupy świadczeń finansowanych w ramach umów z NFZ.

W odpowiedzi na moje pismo Mazowiecki Oddział Wojewódzki NFZ potwierdził, że na dzień 15 października 2025 r. niesfinansowane pozostawały świadczenia wykonane w II i III kwartale 2025 r. w 402 podmiotach leczniczych, na łączną kwotę ok. 99 mln zł. Fundusz wskazał jednocześnie, że nie posiada obecnie środków pozwalających na realizację wypłat oraz że pro-

blem nie dotyczy wyłącznie stomatologii dziecięcej, ale także innych zakresów leczenia stomatologicznego oraz pozostałych rodzajów świadczeń finansowanych ze środków publicznych. Oznacza to, że problem ma charakter systemowy, a nie jednostkowy czy lokalny.

Wobec tych informacji zwróciłam się do ministra zdrowia z wnioskiem o niezwłoczne podjęcie działań nadzorczych i naprawczych. W piśmie wskazałam, że brak finansowania świadczeń stomatologicznych dla dzieci, które z założenia powinny być realizowane w sposób ciągły i pełny, prowadzi do destabilizacji funkcjonowania praktyk lekarsko-dentystycznych i realnie zagraża dostępności leczenia najmłodszych pacjentów.

Podkreśliłam, że lekarze dentyści, wykonując świadczenia gwarantowane, ponoszą pełne koszty organizacyjne i osobowe, nie otrzymując jednocześnie wynagrodzenia za wykonaną pracę. Brak terminowych płatności prowadzi do utraty płynności finansowej, zmusza część gabinetów do ograniczania przyjęć, a w skrajnych przypadkach

grozi zaprzestaniem udzielania świadczeń. Taka sytuacja narusza zasadę zaufania lekarzy do państwa i stabilności publicznego systemu ochrony zdrowia.

Równolegle wystąpiłam do rzecznika praw pacjenta, wskazując, że brak finansowania stomatologii dziecięcej stanowi poważne naruszenie zbiorowych praw pacjentów. Ograniczenie dostępności świadczeń prowadzi do pogłębienia nierówności w dostępie do opieki zdrowotnej, przzerwania ciągłości leczenia, pogorszenia stanu zdrowia dzieci oraz zwiększenia ryzyka konieczności bardziej inwazyjnych procedur w przyszłości.

W swoich wystąpieniach zwróciłam uwagę, że obecna sytuacja godzi również w konstytucyjne prawo dzieci do szczególnej ochrony zdrowia oraz w prawo obywateli do równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Brak realnego finansowania świadczeń oznacza w praktyce pozbawienie najmłodszych pacjentów możliwości korzystania z należytej im opieki zdrowotnej. Stabilne, przewidywalne finansowanie świadczeń jest warunkiem koniecznym do zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentów oraz możliwości rzetelnego wykonywania zawodu przez lekarzy dentystów.

Sprawa pozostaje przedmiotem moich dalszych działań. Jako rzecznik praw lekarza będę monitorować jej przebieg i podejmować kolejne interwencje do momentu uregulowania zaległości i przywrócenia prawidłowego funkcjonowania systemu finansowania świadczeń stomatologicznych dla dzieci i młodzieży. ●

Kontakt i godziny pracy
rzecznika praw lekarza:





Lekarski Uniwersytet Trzeciego Wieku „Nestor”



3.02.2026 r. zapraszamy na ostatni wykład I semestru: **„Zabezpieczenie społeczne w Polsce”**
– dr Piotr Winciunas

Tematy wykładów w II semestrze IV roku akademickiego (2025/2026)

- 10.03.2026 r.** „**Starość też po mnie odziedziczysz**” – mgr Małgorzata Kalicińska
- 24.03.2026 r.** „**Jak poprawić i wydłużyć życie po zawale serca? Ruch, leki i dieta – program kompleksowej opieki po zawale serca**” – dr hab. n. med. Olga Dzikowska-Diduch
- 14.04.2026 r.** „**Bądź przyjacielem samego siebie**” – mgr Jadwiga Jakubiak
- 28.04.2026 r.** „**O dobrej komunikacji międzyludzkiej w praktyce**” – dr Piotr Zakrzewski
- 5.05.2026 r.** „**Ruch jako terapia: rehabilitacja, której nie uczyli nas na studiach. Od mięśni do mózgu – nowe podejścia**” – dr n. med. Barbara Dobies-Krześniak
- 26.05.2026 r.** „**Leczenie protetyczne w obrębie jamy ustnej u seniorów**” – dr hab. n. med. Janusz Kleinrok
- 9.06.2026 r.** „**Józef Piłsudski**” – dr Michał Rybak
- 7.07.2026 r.** „**Blaski i cienie współczesnej genetyki**” – prof. dr hab. Waldemar Marczewski

Wstęp wolny. Wykłady rozpoczynają się o godz. 11.00. Liczba miejsc ograniczona. Udział w zajęciach LUTW „Nestor” tylko dla osób zarejestrowanych. W razie pytań prosimy o kontakt z izbą pod numerem tel. 22 542 83 33. Zapraszamy nowych członków!



Od 5 marca w każdy czwartek o godz. 11.00 zapraszamy uczestników LUTW „Nestor” na zajęcia gimnastyczne
„ZDROWY KRĘGOSŁUP METODĄ FMS”
do Centrum Sportowo-Rehabilitacyjnego WUM przy ul. Księcia Trojdena 2c (sala 2.79 na I piętrze).

Konieczne jest obuwie na zmianę, warto też zabrać strój sportowy,
wodę i ręcznik do położenia na matę.

Lekarskie Mikołajki 2025

– dwa dni magicznej rodzinnej zabawy

Tegoroczne Lekarskie Mikołajki, tradycyjnie organizowane w grudniu przez Okręgową Izbę Lekarską w Warszawie, ponownie zamieniły Majaland w miejsce pełne świątecznego ciepła, radości i rodzinnej integracji. 6 i 7 grudnia, w godz. 10–18, park wypełnił się lekarzami, lekarzami dentykami oraz ich rodzinami, wspólnie celebrującymi ten wyjątkowy przedświąteczny czas.

RODZINNY WEEKEND PEŁEN ATRAKCJI

Uczestnicy mogli korzystać ze wszystkich wewnętrznych atrakcji Majalandu, co oznaczało intensywną, całonocną zabawę niezależnie od wieku. Niezmiennie dużą popularnością cieszyły się Łódzie Wikingów, Rollercoaster Wikingów, Super Ślizg, Karuzela Dinozaurów, Las Zabaw, Kulki, Plac Zabaw Mai, Łódzeczki i Samochodziki. Najmłodsi z entuzjazmem próbowali swoich sił w Szkole Latania, a nieco starsi testowali odwagę na Wielkim Drakkarze oraz przy Totemie Wikingów.

Tak szeroki wybór atrakcji sprawił, że przez oba dni Majaland tętnił energią i śmiechem, a rodziny mogły wspólnie odkrywać kolejne zakątki parku, od tych spokojniejszych po te dostarczające zastrzyku adrenaliny.

STREFA OIL. KREATYWNE WYZWANIA

Jak co roku ogromnym zainteresowaniem cieszyła się specjalnie przygotowana Strefa OIL, w której na odwiedzających czekały: pokaz magiczny, fotobudka z zimowymi gadżetami, zabawy z animatorami, strefa metamorfozy, przestrzeń dla najmłodszych uczestników, warsztaty zdobienia pierniczek, malowania toreb, wypłatania i zdobienia wieńców zimowych, wykonywania kartek świątecznych i inne.

To właśnie tu powstawały pachnące piernikowe arcydzieła, barwne torby, kolorowe świece, zimowe dekoracje i najpiękniejsze własnoręcznie robione świąteczne ozdoby, które najmłodsi z dumą zabrali do domów.

SPOTKANIE Z MIKOŁAJEM – NAJWAŻNIEJSZY PUNKT PROGRAMU

Nie mogło zabraknąć głównego bohatera grudniowych spotkań. Święty Mikołaj odwiedzał strefę OIL przez dwa dni, z uśmiechem witając najmłodszych i wręczając im mikołajkowe upominki. Kolejki do



Mikołaja ustawiały się od samego rana, a dziecięcy zachwyt nad wizytą gościa z Północy tradycyjnie udzielał się również dorosłym.

WSPÓLNE ŚWIĘTOWANIE W ATMOSFERZE RADOŚCI

Lekarskie Mikołajki 2025 były po raz kolejny okazją do tego, by na moment zatrzymać się i spędzić czas z najbliższymi w świątecznej atmosferze. Bogaty program, starannie przygotowane aktywności i otwartość uczestników sprawiły, że tegoroczne wydarzenie pozostawiło wiele pięknych wspomnień.

Kiedy w niedzielę o godz. 18 Majaland powoli cichł po dwóch dniach zabawy, jedno było pewne: to były niezapomniane mikołajki – pełne uśmiechu, twórczej energii i rodzinnych wzruszeń.

Do zobaczenia za rok na kolejnej, jeszcze bardziej magicznej edycji Lekarskich Mikołajek!

Partnerzy wydarzenia



PROFESSIONAL
— ORAL HEALTH —



BMW
ZK Motors



fot. Mariusz Busiek (2)

Geriatrya 2050 – kto nas będzie leczył na starość?

fot. M. Kućka



rosnącą długość życia. – *Pacjent geriatryczny stanie się wkrótce pacjentem powszechnym* – podkreślił, wskazując na konieczność systemowego przygotowania ochrony zdrowia na nadchodzące zmiany.

Podczas spotkania przypomniano, że populacja 60+ będzie stanowić już wkrótce ok. 40 proc. społeczeństwa, a liczba osób po 80. roku życia

się podwoi. Tymczasem w Polsce pracuje zaledwie ok. 560 geriatrów, co oznacza 0,6 specjalisty na 10 tys. seniorów. Według ekspertów potrzeby są co najmniej czterokrotnie większe.

Podczas pierwszego panelu, prowadzonego przez lek. Wiktora Możarowskiego, przewodniczącego Komisji Młodych Lekarzy ORL w Warszawie, zastanawiano się, jak zachęcić młodych lekarzy do wyboru geriatryi. Wprowadzająca prezentacja Artura Białoszewskiego, dyrektora Ośrodka Strategii i Analiz OIL w Warszawie, podkreślała,

że starzenie się populacji już dziś obciąża internę, SOR i opiekę długoterminową. Paneliści – prof. Dorota Kozieł, Robert Kupis, Aleksandra Pechcińska i Daria Brzezińska – zwracali uwagę na potrzebę wzmocnienia mentoringu, poprawy warunków pracy oraz włączenia geriatryi do edukacji przeddyplomowej.

Drugi panel dotyczył roli nowych technologii w opiece nad seniorami. Eksperti – prof. Brygida Kwiatkowska, lekarze: Agnieszka Skoczylas, Adam Górecki-Gomoła, Zuzanna Banaszkiewicz, oraz Igor Farafonow, specjalista od nowych technologii – podkreślali potencjał telemedycyny, monitoringu zdrowotnego i analiz AI, zaznaczając jednocześnie, że ich skuteczne wdrożenie wymaga zmian organizacyjnych i edukacyjnych.

Briefing zakończył się wspólnym wnioskiem: geriatrya to dynamicznie rozwijająca się dziedzina przyszłości, a inwestycje w opiekę senioralną są inwestycją w zdrowe starzenie się całego społeczeństwa. ●

WOkręgowej Izbie Lekarskiej w Warszawie 9 grudnia 2025 r. odbył się briefing prasowy poświęcony jednemu z najważniejszych wyzwań współczesnej medycyny – gwałtownemu starzeniu się społeczeństwa i przyszłości opieki senioralnej. W spotkaniu uczestniczyli eksperci, młodzi lekarze oraz przedstawiciele środowiska medycznego.

Prezes ORL w Warszawie, dr n. med. Artur Drobniak, otwierając konferencję, zwrócił uwagę na dane demograficzne: spadającą liczbę urodzeń oraz

#WspólneŚwięta w szpitalach

Wramach kampanii społecznej #WspólneŚwięta przedstawiciele Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie jak co roku odwiedzili warszawskie szpitale, aby przekazać świąteczne upominki i porozmawiać z pacjentami senioralnymi.

Kampania #WspólneŚwięta została zainicjowana przez OIL w 2018 r. Jej pierwotnym celem było zwrócenie uwagi na szczególną samotność osób starszych, które okres świąteczny spędzają w szpitalach. Z czasem działania izby zostały rozszerzone o głębiej rozumianą edukację społeczną i uwrażliwianie na potrzeby seniorów. W 2025 r. OIL w Warszawie zorganizowała także trzy debaty senioralne, poświęcone wyzwaniom systemowej opieki nad osobami starszymi.

W przeddzień świąt, 15–17 grudnia, przedstawiciele izby, członkowie Komisji Młodych Lekarzy oraz wolontariusze IFMSA odwiedzili pacjentów senioralnych w Państwowym Instytucie Medycznym MSWiA, Uniwersyteckim Centrum Klinicznym WUM oraz Szpitalu Wolskim. Łącznie rozdano blisko 220 świątecznych paczek.

Podczas wizyty w PIM MSWiA akcję podsumował lek. Michał Matuszewski, zwracając uwagę na niedobór miejsc w opiece długoterminowej i konieczność prowadzenia dalszej debaty publicznej w tym zakresie. W UCK WUM wiceprezes ORL dr n. med. Dariusz Paluszek podkreślał, że nawet krótka rozmowa i drobny gest mogą przywrócić



fot. J. Jurkiewicz

seniorom poczucie godności i bycia ważnym. Z kolei w Szpitalu Wolskim lek. Agnieszka Skoczylas, pełnomocnik OIL ds. opieki senioralnej i geriatryi, przypomniała, że życzliwość i uważność są nieodłącznymi elementami leczenia osób starszych – nie tylko w czasie świąt.

Akcja #WspólneŚwięta po raz kolejny pokazała, że małe gesty mogą mieć dla pacjentów ogromne znaczenie. ●

Gala Twórczości Lekarskiej „Cztery Pory Roku”

fot. Mirosław Żydecki (2)



dr Bogdan Stelmach, wprowadzając uczestników w atmosferę tematu wieczoru „Cztery Pory Roku”. Spotkanie uświetniła prezentacja poezji inspirowanej wszystkimi porami roku, której towarzyszył występ chóru Medicantus i orkiestry lekarskiej pod dyrekcją Beaty Herman. Część wystawiennicza objęła prezentację dzieł malarskich, o której opowiadała lek. Krystyna Dowgier-Malinowska, zaś dorobek lekarskich fotografów przedstawił lek. Dariusz Osiak. Swoimi pasjami i twórczymi inspiracjami podzielili się także inni lekarze artyści. Gala po raz kolejny udowodniła, jak wiele talentów i wrażliwości drzemie w członkach naszej izby. Gratulujemy artystom odwagi, pasji i chęci dzielenia się swoją twórczością. ●



W niezwykłej przestrzeni Muzeum Gazowni Warszawskiej 4 grudnia 2025 r. odbyło się święto artystycznych pasji lekarzy, czyli Gala Twórczości Lekarskiej „Cztery Pory Roku”. To coroczne spotkanie, podczas którego środowisko lekarskie ma okazję zaprezentować swoje niezwykle artystyczne oblicze – malarskie, muzyczne, literackie i fotograficzne.

Uroczystość otworzyła dr Bożena Hoffman-Golańska, przewodnicząca Komisji ds. Kultury ORL, której towarzyszył prof. Bohdan Wasilewski. Występy artystów zapowiadał

Finisaż V Konkursu Fotograficznego OIL w Warszawie

fot. Dariusz Osiak



Dom Kultury Centrum Łowicka 30 listopada 2025 r. gościł finisaż V Konkursu Fotograficznego Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie, połączony z uroczystym wręczeniem nagród oraz poplenerową wystawą „Radom, jakiego jeszcze nie znacie”. Wydarzenie zgromadziło licznych gości, lekarzy, ich rodziny i przyjaciół – wszystkich, którzy chcieli podziwiać artystyczne talenty środowiska medycznego.

Laureaci tegorocznej edycji otrzymali pamiątkowe dyplomy i nagrody, a wyróżnione fotografie zostały wydrukowane i zaprezentowane na wystawie. W imieniu Okręgowej Izby Lekarskiej medale zwycięzcom wręczyli wiceprezisi ORL w Warszawie Krzysztof Herman oraz Karol Stępniewski. Obecna była też przewodnicząca Komisji ds. Kultury Bożena Hoffman-Golańska, która podkreśliła, jak ważne jest wspieranie twórczej aktywności lekarzy i lekarzy dentyków. Gratulujemy wszystkim nagrodzonym i dziękujemy za kolejny rok pełen fotograficznej pasji. Do zobaczenia na następnej edycji! ●

Muzealia GBL i Galeria ART MEDICIS w OIL

Uroczyste otwarcie stałej wystawy muzealiów ze zbiorów Działu Starej Książki Medycznej Głównej Biblioteki Lekarskiej im. Stanisława Konopki oraz Galerii ART MEDICIS odbyło się 17 grudnia 2025 r. w siedzibie Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie.

Nowa przestrzeń wystawiennicza powstała w ramach współpracy OIL z GBL i ma na celu przybliżenie bogatego dziedzictwa historii medycyny. Na ekspozycji prezentowane są zabytkowe narzędzia medyczne, archiwalia, starodruki oraz dawne publikacje dokumentujące rozwój myśli lekarskiej i działalność wybitnych medyków.

Podczas wydarzenia zainaugurowano również działalność Galerii ART MEDICIS, w której prezentowane są obrazy i fotografie autorstwa lekarzy i lekarzy dentyków – członków OIL w Warszawie. Galeria stanowi efekt wieloletnich działań Komisji ds. Kultury ORL i ma być miejscem regularnych, czasowych ekspozycji twórczości środowiska lekarskiego.

– *Otwieramy oficjalnie pewien zakątek kultury i historii w naszej izbie. Dzięki uprzejmości Głównej Biblioteki Lekarskiej mamy udostępnione gabloty z eksponatami medycznymi,*



fot. M. Kucka

mi, które będziemy cyklicznie wymieniać. Mamy również piękną wystawę fotografii i obrazów lekarzy z naszej izby, członków Komisji ds. Kultury – mówił prezes ORL w Warszawie dr n. med. Artur Drobniak.

Odwiedzający mogą także skorzystać z bezpłatnego dostępu do baz danych Głównej Biblioteki Lekarskiej za pośrednictwem stanowiska komputerowego w Biurze Obsługi Lekarza. Obie wystawy są dostępne dla zwiedzających w godzinach pracy BOL w siedzibie OIL przy ul. Puławskiej 18 w Warszawie. ●

SPORTOWE NIEDZIELE

Komisja ds. Sportu ORL w Warszawie zaprasza członków naszej izby do udziału w „Sportowych Niedzielach”.

Najbliższe zajęcia:

1, 8, 22 lutego 2026 r.

1, 8, 15, 22, 29 marca 2026 r.

Spotkania odbywają się w godzinach 15.00–17.00 w Studium Wychowania Fizycznego WAT na dużej hali przy ul. Kartezjusza 1.

Rejestracja i więcej informacji: 22 54 28 333; d.jarosz@oilwaw.org.pl.



fot. licencja OIL w Warszawie

Konkurs na maskotkę OIL rozstrzygnięty!

Z radością informujemy o rozstrzygnięciu konkursu na projekt maskotki Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie. Otrzymaliśmy ponad 100 wspaniałych prac – kolorowych, pomysłowych, kipiących dziecięcą wyobraźnią i pozytywną energią.

Przypominamy, że zwycięski projekt posłuży jako wzór do stworzenia oficjalnej maskotki OIL w Warszawie, która stanie się sympatycznym towarzyszem lekarskich wydarzeń i działań skierowanych do najmłodszych. Jak tylko maskotka powstanie, zaprezentujemy ją na

łamach „Pulsu” oraz w serwisie internetowym naszej izby.

Wyboru laureatów dokonano podczas posiedzenia Okręgowej Rady Lekarskiej. Okazało się to prawdziwym wyzwaniem, ponieważ wszystkie prace zachwyciły kreatywnością i sercem włożonym w ich wykonanie.

POZNAJCIE ZWYCIĘZCÓW:

I miejsce: **Hanna Łopuszańska**

II miejsce: **Gabriela Żukowska**

III miejsce: **Maria Ziemnicka**

Wyróżnienia:

Natalia Sawicka

(kategoria wiekowa: 4-6 lat)

Marcelina Ludwików

(kategoria wiekowa: 7-10 lat)

Piotr Markiewicz

(kategoria wiekowa: 11-14 lat)

Serdecznie dziękujemy wszystkim dzieciom za udział w konkursie, a także rodzicom za wsparcie oraz zaangażowanie. Gratulujemy laureatom i autorom wyróżnionych prac – jesteście pod ogromnym wrażeniem Waszego talentu! ●



I miejsce: **Hanna Łopuszańska**



II miejsce: **Gabriela Żukowska**



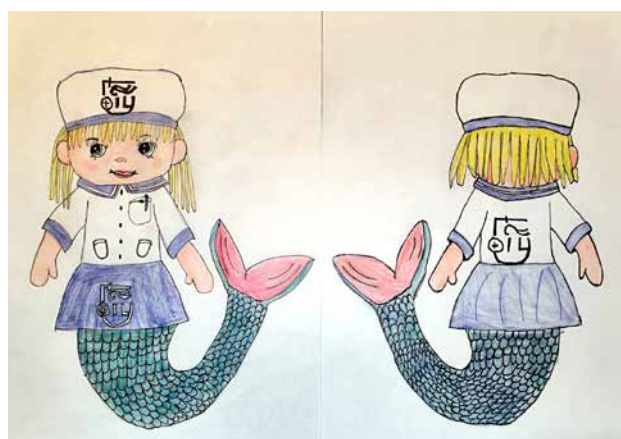
III miejsce: **Maria Ziemnicka**



Natalia Sawicka



Marcelina Ludwików



Piotr Markiewicz



foto: M. Kucka

IV Ogólnopolski Kongres Matek Lekarek: dialog, solidarność i kobieca siła

Czwarta edycja Ogólnopolskiego Kongresu Matek Lekarek, pod hasłem przewodnim „Budujemy więzi”, odbyła się w dniach 29–30 listopada w Otwocku. Wydarzenie już na stałe wpisało się w kalendarz środowiska medycznego jako miejsce wymiany doświadczeń, wzajemnego wsparcia i budowania kompetencji zawodowych kobiet łączących wymagającą ścieżkę lekarską z macierzyństwem.

Kongres otworzyła pomysłodawczyni społeczności Matek Lekarek Maria Kłosińska, przypominając, jak z kameralnej grupy wsparcia narodził się ogólnopolski ruch kobiet w medycynie. – *Każda z nas niesie własną wyjątkową historię łączenia odpowiedzialności zawodowej z macierzyństwem* – powiedziała.

Prezes ORL w Warszawie, dr n. med. Artur Drobniak podkreślił, że wspieranie matek lekarek jest naturalną częścią działań izby. – *Patrząc na większość*

cech matki – bezgraniczną miłość, odpowiedzialność i gotowość do prowadzenia drugiego człowieka – widzimy, jak bardzo przecinają się one z misją zawodu lekarza – mówił. Nieobecny z powodów rodzinnych prezes NRL dr n. med. Łukasz Jankowski skierował do uczestniczek list z wyrazami uznania dla inicjatywy: *Z ogromną radością przyjmuję fakt, że kontynuujecie organizację Kongresów Matek Lekarek i że wasze środowisko tak aktywnie uczestniczy w życiu całej lekarskiej społeczności.*

PIĘĆ PERSPEKTYW ZAWODOWYCH

Program kongresu podzielono na pięć stref tematycznych, odpowiadających różnorodności doświadczeń kobiet w medycynie:

- „ML przekwalifikowanej” – o odwadze zmiany zawodowej, redefiniowaniu tożsamości i poszukiwaniu równowagi między pasją a obowiązkiem.
- „ML w podróż” – o medycynie poza standardowym gabinetem: zagrożeniach gór wysokich, szczepieniach podróżnych i pracy w warunkach humanitarnych.
- „ML heroski” – najbardziej poruszająca część kongresu, poświęcona rodzicielstwu w szczególnych okoliczno-

ściach: neuroróżnorodności, niepełnosprawności intelektualnej dzieci czy doświadczeniu bycia neuroatypową mamą.

- „ML stylu życia” – o diecie w ciąży, żywieniu niemowląt, najnowszych trendach dietetycznych i zdrowiu kobiet w okresie menopauzy.

- „ML biznes” – o przedsiębiorczości lekarek, prowadzeniu przez nie praktyki, a także etycznym zarządzaniu i kierowaniu zespołem.

Oprócz części wykładowej uczestniczki mogły wziąć udział w praktycznych warsztatach poświęconych m.in. tworzeniu narzędzi AI w gabinecie lekarskim czy budowaniu odporności psychicznej. Wieczorna integracja przy kreglach była okazją do mniej formalnych rozmów i zacieśniania relacji.

„BUDUJEMY WIĘZI” – NIE TYLKO W HAŚLE

Dwudniowy kongres zakończyło posiedzenie Rady Programowej Fundacji Matki Lekarki, podczas którego omówiono kierunki dalszych działań. Spotkanie potwierdziło, że kongres pełni funkcję nie tylko edukacyjną, ale przede wszystkim społeczną. Wspólne rozmowy, wymiana doświadczeń i wzajemne wzmacnianie kobiecego głosu w zawodzie stały się sednem tegorocznej edycji.

IV Ogólnopolski Kongres Matek Lekarek po raz kolejny udowodnił, że kobiety w medycynie potrzebują i chcą przestrzeni, w której mogą mówić o wyzwaniach, dzielić się sukcesami i wspólnie tworzyć bardziej empatyczny system ochrony zdrowia. ●

Patroni medialni

Partnerzy

••puls



RynekZdrowia.pl

CMKP | Szkoła Zdrowia Publicznego



Andrzej Władysław Podgórzak (1952-2025)

WITOLD OKNIŃSKI

A ndrzej Władysław Podgórzak urodził się 21 lipca 1952 r. w Łosicach w rodzinie nauczycielskiej Tadeusza i Zofii z Klauzińskich. W 1969 r. ukończył Liceum Ogólnokształcące im. B. Prusa w Siedlcach i rozpoczął studia medyczne na Akademii Medycznej w Białymstoku. Dyplom lekarza otrzymał w lipcu 1975 r., 20 września rozpoczął staż w Szpitalu Miejskim w Siedlcach, w którym — po jego zakończeniu — kontynuował pracę na oddziale wewnętrznym, początkowo jako młodszy asystent, od 1979 r. jako asystent, a od 1984 r. jako starszy asystent. Równocześnie pełnił dyżury na oddziale i w Dziale Pomocy Doradźnej. Okresowo pracował w higienie szkolnej i w poradni przyzakładowej Polmo w Siedlcach.

W kwietniu 1979 r. uzyskał pierwszy stopień specjalizacji w zakresie chorób wewnętrznych, a stopień drugi tej specjalizacji otrzymał w marcu 1984 r. Od 1 lutego 1983 r. pełnił obowiązki kierownika stacji dializy pozaustrojowej, którą zorganizowano w siedleckim szpitalu w 1973 r. jako pierwszą w powiatowym mieście i 17. w kraju. W następnym roku został kierownikiem tej stacji, a od 1 listopada 1989 r. był zastępcą ordynatora oddziału wewnętrznego koordynującym pracę stacji dializ.

Specjalizację w zakresie nefrologii rozpoczął latem 1986 r. W tym czasie pełnił dyżury w karetce „R” oraz odczytywał i opisywał elektrokardiogramy w Przychodni Rejonowej nr 2. Od maja 1990 r. był zastępcą ordynatora oddziału wewnętrznego i kierownikiem

stacji dializ. W czerwcu 1994 r. rozpoczął pracę w Szpitalu Wojewódzkim w Siedlcach jako ordynator oddziału nefrologii i dializoterapii. Oddział ten organizował od podstaw — tworzył zespół lekarski i pielęgniarzki oraz zabiegał o nowoczesne wyposażenie. Oddział miał 13 stanowisk dializacyjnych i 12 łóżek nefrologicznych. Doktor zorganizował też poradnię nefrologiczną. Obowiązki ordynatora tego oddziału łączył okresowo z funkcją ordynatora oddziału wewnętrznego w Mazowieckim Szpitalu Wojewódzkim.

W 2000 r. uzyskał specjalizację z nefrologii z wynikiem bardzo dobrym, pod kierunkiem prof. dr hab. Zofii Wańkowicz.

Kierowany przez dr. Podgórzaka oddział stał się wiodącym na terenie Mazowsza pozaklinicznym ośrodkiem o profilu nefrologiczno-dializacyjnym. Dzięki staraniom doktora w 2003 r. oddział otrzymał większe pomieszczenia. W latach 2005–2009 czworo lekarzy uzyskało także specjalizację z nefrologii.

Gdy Mazowiecki Szpital Wojewódzki w Siedlcach w 2013 r. zrezygnował z prowadzenia oddziału nefrologii i dializoterapii, dr Podgórzak kontynuował dotychczasową praktykę u nowego pracodawcy.

Był bardzo aktywny naukowo, początkowo współorganizował, a następnie samodzielnie organizował roczną konferencję „Siedlecki Dzień Nefrologiczny”.



fot. archiwum prywatne

Współpracował również z Instytutem Transplantologii i Oddziałem Warszawsko-Łódzkim PTN. W 2024 r. Polskie Towarzystwo Nefrologiczne, doceniając wieloletni wkład dr. Podgórzaka w rozwój polskiej nefrologii, wyróżniło go tytułem Zasłużony dla Polskiej Nefrologii.

Kłopoty ze zdrowiem wyłączyły go w połowie 2023 r. z pracy w szpitalu. Nie było mu dane zorganizować uroczystości 50-lecia działalności stacji/oddziału dializ w Siedlcach. Pozostała mu prywatna praktyka lekarska oraz funkcja konsultanta w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych w zakresie chorób wewnętrznych i nefrologii.

W czerwcu 2025 r. w 50. rocznicę ukończenia studiów medycznych uczestniczył w jubileuszowym zjeździe koleżeńskim w Białymstoku, podczas którego odbyło się uroczyste odnowienie dyplomów. Obowiązki lekarza łączył z pracą społeczną, był radnym rady miasta w Siedlcach, aktywnym członkiem Polskiego Towarzystwa Lekarskiego i Polskiego Towarzystwa Nefrologicznego, a po odrodzeniu samorządu lekarskiego – aktywnym członkiem Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie. Uczestniczył we wszystkich zjazdach swego roku i współorganizował kilka zjazdów absolwentów liceum, które ukończył. Był odznaczony Brązowym Krzyżem Zasługi.

Dr Podgórzak zawarł związek małżeński z Krystyną Sęktas – absolwentką stomatologii AM w Białymstoku. Małżonkowie mieli dwóch synów, Bartosza – absolwenta WAT – i Macieja – aktora Teatru Muzycznego w Gdyni.

Dr Andrzej Podgórzak zmarł 30 października 2025 r. w Siedlcach. Został pochowany na cmentarzu przy ul. Janowskiej.



Doktorowi
Grzegorzowi Dmitrukowi
wyrazy współczucia z powodu śmierci

żony Oli

składa

Adam Wojciech Koprowski,
zastępca dyrektora ds. leczenia
wraz z zespołem medycznym
SZPZLO Warszawa Praga-Północ



14 grudnia 2025 r. w wieku 80 lat
opuściła nas na zawsze
nasza ukochana Mama i Babcia

ŚP
Krystyna Polańska

lekarz internista i medycyny pracy

Pogrzeb odbył się na Cmentarzu Bródnowskim,
o czym zawiadamiają pogrążeni w głębokim smutku
mąż i córka z rodziną

Koleżance

dr Małgorzacie Butkiewicz
wyrazy szczerego współczucia z powodu śmierci

Taty

składają

koleżanki i koledzy z Wydziału Orzecznictwa Lekarskiego
II O/ZUS w Warszawie



*Bogatym nie jest ten,
kto posiada,
lecz ten, kto daje.*

1,5%

Przekaż 1,5% swojego podatku
na szczytny cel



KRS 0000250527

Nr konta
34 2030 0045 1170 0000 0330 4290



DOFINANSOWANIE WYROBÓW MEDYCZNYCH

Zachęcamy seniorów, którzy nie otrzymali
dofinansowania zakupu wyrobów
medycznych z NFZ ani z PFRON,
do ubiegania się o **dofinansowanie
oferowane przez naszą izbę.**

(Szczegóły i regulamin na stronie Fundacji Pro Seniore)

**Termin składania wniosków mija
31 marca 2026 r.**



REHABILITACJA

Koleżanki i Koledzy,

uprzejmie informujemy o możliwości ubiegania
się przez lekarzy i lekarzy dentystów, którzy
przynależą do OIL w Warszawie, ukończyli
60. rok życia i znajdują się w trudnej sytuacji
materialnej, o **dofinansowanie turnusów
rehabilitacyjnych i rehabilitacji w warunkach
ambulatoryjnych.**

(Szczegóły na stronie Fundacji Pro Seniore)

**Termin składania wniosków upływa
31 marca 2026 r.**



OBIADY W KLUBIE LEKARZA

Komisja ds. Lekarzy Seniorów zaprasza
seniorów lekarzy/lekarzy dentystów
**w poniedziałki i czwartki
w godz. 13.00-15.00
do Klubu Lekarza
przy ul. Raszyńskiej 54 w Warszawie**
na dofinansowane przez OIL w Warszawie
obiady.

Więcej informacji: zok@oilwaw.org.pl
tel. (22) 542 83 33

OBWIESZCZENIE NR 9/OKW-IX/25
OKRĘGOWEJ KOMISJI WYBORCZEJ OKRĘGOWEJ IZBY
LEKARSKIEJ W WARSZAWIE
Z 6 LISTOPADA 2025 R.
o uzyskaniu mandatów delegata na Okręgowy Zjazd
Lekarzy Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie
X kadencji 2026–2030

Na podstawie § 42 ust. 1 regulaminu wyborów do organów i w organach izb lekarskich oraz trybu odwołania członków tych organów, będącego załącznikiem do uchwały nr 2 XVI Nadzwyczajnego Krajowego Zjazdu Lekarzy z 17 maja 2024 r. w sprawie przyjęcia regulaminu wyborów oraz uchwały nr 26/OKW-IX/25 Okręgowej Komisji Wyborczej Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie z 29 października 2025 r. w sprawie ogłoszenia wyników wyborów delegatów na Okręgowy Zjazd Lekarzy Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie X kadencji 2026–2030, obwieszcza się, co następuje:

§ 1

Mandat delegata na Okręgowy Zjazd Lekarzy Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie X kadencji 2026–2030 uzyskali:

1. Patryk Kiljan K10/001 Szpital Czerniakowski
2. Maciej Majdowski K10/001 Szpital Czerniakowski
3. Kamil Wrzosek K10/001 Szpital Czerniakowski
4. Magdalena Rajpert K10/002 Szpital ginekologiczny św. Rodziny
5. Michał Stępka K10/005 Szpital Barska
6. Krzysztof Herman K10/006 Szpitale położnicze Inflancka + Żelazna
7. Łukasz Lewczuk K10/006 Szpitale położnicze Inflancka + Żelazna
8. Kamil Mierzejewski K10/006 Szpitale położnicze Inflancka + Żelazna
9. Joanna Grabska K10/008 Szpital Grochowski
10. Zofia Skłucka K10/008 Szpital Grochowski
11. Jan Kowalczyk K10/009 Szpital Niekańska + RCKiK Saska
12. Michał Pogorzelski K10/009 Szpital Niekańska + RCKiK Saska
13. Szymon Bębenek K10/012 Szpital Bródnowski (A)
14. Natalia Żyśk K10/012 Szpital Bródnowski (A)
15. Robert Jopowicz K10/013 Szpital Bródnowski (B)
16. Beata Miłowska-Pego K10/013 Szpital Bródnowski (B)
17. Jagna Odolska K10/014 Szpital Bródnowski (C)
18. Agnieszka Serwan-Halabuz K10/014 Szpital Bródnowski (C)
19. Justyna Smaga K10/014 Szpital Bródnowski (C)
20. Marek Braszko K10/016 Szpital Praski
21. Monika Drobnik K10/016 Szpital Praski
22. Artur Stefanowicz K10/016 Szpital Praski
23. Dawid Kacprzyk K10/017 Szpital Południowy
24. Agata Kusz-Rynkun K10/017 Szpital Południowy
25. Damian Warzecha K10/017 Szpital Południowy
26. Wiktor Możarowski K10/018 Lekarze stażyści (E)
27. Zofia Śliwa K10/018 Lekarze stażyści (E)
28. Carlo Bienkowski K10/019 Wojewódzki Szpital Zakaźny
29. Maria Dobrowolska K10/019 Wojewódzki Szpital Zakaźny
30. Arkadiusz Ciupak K10/020 Szpital Wolski
31. Andrzej Płoński K10/020 Szpital Wolski
32. Agnieszka Skoczylas K10/020 Szpital Wolski
33. Grażyna Makowska K10/023 Szpital Bielański (A)
34. Piotr Matyja K10/023 Szpital Bielański (A)
35. Robert Jędra K10/024 Szpital Bielański (B)
36. Marta Sobczyńska K10/024 Szpital Bielański (B)
37. Aleksandra Saletra-Bielińska K10/025 Szpital Bielański (C)
38. Urszula Zaniewska-Chłopik K10/025 Szpital Bielański (C)
39. Anita Gębska-Kuczerowska K10/027 Attis
40. Magdalena Flaga-Luczkiewicz K10/029 Szpital Nowowiejski + przychodnie psychiatryczne
41. Aleksandra Krasowska K10/029 Szpital Nowowiejski + przychodnie psychiatryczne
42. Marcin Piotrowski K10/029 Szpital Nowowiejski + przychodnie psychiatryczne
43. Dariusz Lachman K10/030 ZUS + Min. Zdrowia + NFZ + Min. Sprawiedliwości
44. Piotr Wincinuas K10/030 ZUS + Min. Zdrowia + NFZ + Min. Sprawiedliwości
45. Jarosław Biliński K10/031 CSK Banacha (A)
46. Rafał Machowicz K10/031 CSK Banacha (A)
47. Kaja Pulik K10/031 CSK Banacha (A)
48. Renata Kielmas K10/033 CSK Banacha (C)
49. Jakub Rokicki K10/033 CSK Banacha (C)
50. Paulina Kołodziejczyk K10/034 CSK Banacha (D)
51. Longin Niemezyk K10/034 CSK Banacha (D)
52. Łukasz Jankowski K10/035 Szpital Dzieciątka Jezus (A)
53. Natalia Mikołajczyk-Korniak K10/035 Szpital Dzieciątka Jezus (A)
54. Olga Tronina K10/035 Szpital Dzieciątka Jezus (A)
55. Kinga Czarnecka K10/036 Szpital Dzieciątka Jezus (B)
56. Krzysztof Jankowski K10/036 Szpital Dzieciątka Jezus (B)
57. Dorota Miszewska-Szyszkowska K10/036 Szpital Dzieciątka Jezus (B)
58. Zuzanna Rymarczyk K10/037 Szpital Dzieciątka Jezus (C) + UCZKiN
59. Judyta Samul-Jastrzębska K10/037 Szpital Dzieciątka Jezus (C) + UCZKiN
60. Artur Drobnik K10/038 Szpital im. Anny Mazowieckiej na Karowej
61. Karolina Gutkowska K10/038 Szpital im. Anny Mazowieckiej na Karowej
62. Piotr Świderczak K10/038 Szpital im. Anny Mazowieckiej na Karowej
63. Natalia Bilińska K10/039 Dziecięcy Szpital Kliniczny WUM (A)
64. Ewa Pustelnik K10/039 Dziecięcy Szpital Kliniczny WUM (A)
65. Robert Franczyk K10/040 Dziecięcy Szpital Kliniczny WUM (B)
66. Marcin Sanocki K10/040 Dziecięcy Szpital Kliniczny WUM (B)
67. Agnieszka Dobrzyńska-Mastalerz K10/041 Centrum Opieki Medycznej Kopernik
68. Grzegorz Gut K10/041 Centrum Opieki Medycznej Kopernik
69. Olga Samolińska K10/041 Centrum Opieki Medycznej Kopernik
70. Anna Ambroziak K10/042 Szpital okulistyczny WUM i inne szpitale okulistyczne w Warszawie
71. Marcin Andrzejczak K10/042 Szpital okulistyczny WUM i inne szpitale okulistyczne w Warszawie
72. Jarosław Góra K10/043 Grupa LuxMed
73. Patryk Lipiński K10/043 Grupa LuxMed
74. Konrad Patena K10/043 Grupa LuxMed
75. Damian Kuleta K10/044 Szpital im. Orłowskiego (A)
76. Maciej Oszczudłowski K10/044 Szpital im. Orłowskiego (A)
77. Marek Gołębiwski K10/045 Szpital im. Orłowskiego (B)
78. Magdalena Kowalska K10/045 Szpital im. Orłowskiego (B)
79. Irmina Morawska K10/048 Centrum Onkologii Ursynów (A)
80. Oleg Nowak K10/048 Centrum Onkologii Ursynów (A)
81. Julita Latka-Grot K10/050 Centrum Zdrowia Dziecka (A)
82. Damian Patecki K10/050 Centrum Zdrowia Dziecka (A)
83. Anna Szarla K10/050 Centrum Zdrowia Dziecka (A)
84. Irena Jankowska K10/051 Centrum Zdrowia Dziecka (B)
85. Małgorzata Podymniak-Grzeszykowska K10/051 Centrum Zdrowia Dziecka (B)
86. Marzena Jurczak-Czaplicka K10/052 Instytut Matki i Dziecka
87. Alicja Karney K10/052 Instytut Matki i Dziecka
88. Tomasz Maciejewski K10/052 Instytut Matki i Dziecka
89. Wojciech Grabczan K10/053 Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc
90. Marzena Mierzejewska K10/053 Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc
91. Lucja Gadomska vel Betka K10/054 Instytut Kardiologii + lekarze Anina (A)
92. Tomasz Zieliński K10/054 Instytut Kardiologii + lekarze Anina (A)
93. Małgorzata Łodyga K10/055 Instytut Kardiologii + lekarze Anina (B)
94. Zuzanna Wojdyńska K10/055 Instytut Kardiologii + lekarze Anina (B)
95. Rafał Wolny K10/055 Instytut Kardiologii + lekarze Anina (B)
96. Maria Jankowska K10/056 Instytut Psychiatrii i Neurologii (A)
97. Agnieszka Kraśniej-Dębkowska K10/056 Instytut Psychiatrii i Neurologii (A)
98. Patrycja Pajor K10/057 Instytut Psychiatrii i Neurologii (B)
99. Justyna Sędek K10/057 Instytut Psychiatrii i Neurologii (B)
100. Barbara Dobies-Krześniak K10/058 Narodowy Instytut Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji
101. Kalina Wiśniewska-Kiljan K10/058 Narodowy Instytut Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji
102. Jakub Wroński K10/058 Narodowy Instytut Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji
103. Elżbieta Feliciańczyk K10/059 Międzyzleski Szpital Specjalistyczny (A)
104. Jędrzej Skorupka K10/059 Międzyzleski Szpital Specjalistyczny (A)
105. Arkadiusz Bogucki K10/060 Międzyzleski Szpital Specjalistyczny (B)
106. Maja Herman K10/060 Międzyzleski Szpital Specjalistyczny (B)
107. Mateusz Gutowski K10/061 Szpital Szaserów (A)
108. Stanisław Niemczyk K10/061 Szpital Szaserów (A)
109. Piotr Kowalewski K10/062 Szpital Szaserów (B)
110. Karol Pniewski K10/062 Szpital Szaserów (B)
111. Paweł Doczekalski K10/063 CePeLek + przychodnie WAT + MON + WIML

112. Paweł Jędrzejczyk K10/063 CePeLek + przychodnie WAT + MON + WIML
113. Katarzyna Zakrzewska K10/063 CePeLek + przychodnie WAT + MON + WIML
114. Michał Matuszewski K10/064 Szpital MSWiA (A)
115. Antoni Okniński K10/064 Szpital MSWiA (A)
116. Łukasz Szpinda K10/064 Szpital MSWiA (A)
117. Michał Hampel K10/065 Szpital MSWiA (B)
118. Rafał Sawicki K10/065 Szpital MSWiA (B)
119. Dawid Siemieniuk K10/065 Szpital MSWiA (B)
120. Mariusz Borkowski K10/066 Szpital MSWiA (C)
121. Michał Farkowski K10/066 Szpital MSWiA (C)
122. Piotr Korczyński K10/066 Szpital MSWiA (C)
123. Mateusz Kaczmarczyk K10/068 Lekarze Warszawa-Bemowo + Włochy
124. Krzysztof Makuch K10/068 Lekarze Warszawa-Bemowo + Włochy
125. Michał Targowski K10/068 Lekarze Warszawa-Bemowo + Włochy
126. Wanda Gajzlerska-Majewska K10/069 Lekarze OIL w Warszawie (A)
127. Magdalena Iżycka K10/069 Lekarze OIL w Warszawie (A)
128. Joanna Knap-Stępień K10/069 Lekarze OIL w Warszawie (A)
129. Magdalena Krajewska K10/070 Lekarze OIL w Warszawie (B)
130. Małgorzata Warszawska-Socha K10/070 Lekarze OIL w Warszawie (B)
131. Hanna Odziemski K10/071 Lekarze OIL w Warszawie (C)
132. Zuzanna Gaca K10/072 Lekarze OIL w Warszawie (D)
133. Dorota Bębenek K10/080 Lekarze OIL w Warszawie (L)
134. Anna Kalina-Dworecka K10/080 Lekarze OIL w Warszawie (L)
135. Anna Trojnar K10/080 Lekarze OIL w Warszawie (L)
136. Katarzyna Czaplicka K10/081 Lekarze OIL w Warszawie (M)
137. Maria Kłosińska K10/081 Lekarze OIL w Warszawie (M)
138. Marta Moczydłowska K10/081 Lekarze OIL w Warszawie (M)
139. Olga Kluka K10/083 Lekarze OIL w Warszawie (O)
140. Paulina Prus-Szyja K10/083 Lekarze OIL w Warszawie (O)
141. Inga Włodarczyk-Pruszyńska K10/083 Lekarze OIL w Warszawie (O)
142. Łukasz Kłodziński K10/087 Lekarze Warszawa-Wawer + Wesola
143. Ewa Szymczyk K10/087 Lekarze Warszawa-Wawer + Wesola
144. Małgorzata Terlecka-Maciejewska K10/087 Lekarze Warszawa-Wawer + Wesola
145. Krystyna Aniol-Strzyżewska K10/089 CM Carolina + lekarze med. sportowej
146. Hubert Krysztofiak K10/089 CM Carolina + lekarze med. sportowej
147. Aleksandra Krygowska K10/091 Lekarze stażyści (A)
148. Marcin Matuszewski K10/091 Lekarze stażyści (A)
149. Anna Krawczyk K10/092 Lekarze stażyści (B)
150. Anna Wojtkiewicz K10/092 Lekarze stażyści (B)
151. Agnieszka Grobelczyk K10/093 Lekarze stażyści (C)
152. Bartosz Omasta K10/094 Lekarze stażyści (D)
153. Klara Czubak-Adamus K10/100 Lekarze Konstancina-Jeziorny (STOCER, CKR, Uzdrowisko, gmina Konstancin)
154. Jacek Sowiński K10/100 Lekarze Konstancina-Jeziorny (STOCER, CKR, Uzdrowisko, gmina Konstancin)
155. Adam Bojakowski K10/101 Lekarze powiatu płońskiego
156. Michał Gontkiewicz K10/101 Lekarze powiatu płońskiego
157. Katarzyna Białecka K10/102 Lekarze Otwocka (A)
158. Jan Szneider K10/102 Lekarze Otwocka (A)
159. Łukasz Paluch K10/104 Lekarze Otwocka (C)
160. Jakub Zakrzewski K10/104 Lekarze Otwocka (C)
161. Radosław Grochowski K10/106 Lekarze Wołomina (A)
162. Ryszard Stańczak K10/106 Lekarze Wołomina (A)
163. Piotr Jankowski K10/108 Lekarze Nowego Dworu Mazowieckiego
164. Aleksandra Jarecka-Dobroń K10/108 Lekarze Nowego Dworu Mazowieckiego
165. Michał Kozaczuk K10/109 Lekarze powiatu piaseczyńskiego (A)
166. Szymon Piątek K10/109 Lekarze powiatu piaseczyńskiego (A)
167. Jan Lewandowski K10/110 Lekarze powiatu piaseczyńskiego (B)
168. Ewa Zbucka K10/110 Lekarze powiatu piaseczyńskiego (B)
169. Magdalena Dutsch-Wicherek K10/111 Lekarze powiatu pruszkowskiego (A)
170. Robert Madejek K10/111 Lekarze powiatu pruszkowskiego (A)
171. Mikołaj Mikulski K10/112 Lekarze powiatu pruszkowskiego (B)
172. Kajetan Winiecki K10/112 Lekarze powiatu pruszkowskiego (B)
173. Piotr Skarżyński K10/113 Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu
174. Henryk Skarżyński K10/113 Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu
175. Michał Deja K10/114 Szpital Zachodni + lekarze powiatu grodzkiego (A)
176. Małgorzata Osiańczak K10/114 Szpital Zachodni + lekarze powiatu grodzkiego (A)
177. Rafał Paluch K10/115 Szpital Zachodni + lekarze powiatu grodzkiego (B)
178. Marek Stopiński K10/115 Szpital Zachodni + lek. powiatu grodzkiego (B)
179. Norbert Górski K10/120 Lekarze powiatu pułtuskiego
180. Łukasz Michalczyk K10/120 Lekarze powiatu pułtuskiego
181. Adam Świercz K10/121 Lekarze Ostrołęki i powiatu ostrołęckiego (A)
182. Monika Twardziak-Romanowska K10/121 Lekarze Ostrołęki i powiatu ostrołęckiego (A)
183. Ewa Gałęcka K10/123 Lekarze powiatów przasnyskiego i makowskiego
184. Patryk Groszyk K10/124 Lekarze powiatu wyszkowskiego
185. Ewa Romanowicz K10/124 Lekarze powiatu wyszkowskiego
186. Andrzej Pyc K10/130 Lekarze powiatu garwolińskiego
187. Michał Rudziński K10/130 Lekarze powiatu garwolińskiego
188. Kamil Mytkowski K10/131 Lekarze powiatów węgrowskiego i sokołowskiego
189. Viktoria Sulima-Murawska K10/131 Lekarze powiatów węgrowskiego i sokołowskiego
190. Piotr Kluska K10/132 Lekarze Radomia (A)
191. Kacper Stolarek K10/132 Lekarze Radomia (A)
192. Krzysztof Batycki K10/133 Lekarze Radomia (B)
193. Paulina Ulatowska K10/133 Lekarze Radomia (B)
194. Dariusz Buczyński K10/134 Lekarze Radomia (C)
195. Paweł Wdówik K10/134 Lekarze Radomia (C)
196. Paweł Cholewiński K10/135 Lekarze Radomia (D)
197. Katarzyna Wyluda K10/135 Lekarze Radomia (D)
198. Krzysztof Kanecki K10/136 Lekarze Radomia (E)
199. Karol Stępniewski K10/136 Lekarze Radomia (E)
200. Andrzej Niemirski K10/137 Lekarze powiatów grójckiego i białobrzeskiego
201. Adrian Lech K10/138 Lekarze RCO, Szp. Psychiatrycznego w Radomiu i powiatów przysuskiego i szydłowieckiego
202. Robert Wiraszka K10/138 Lekarze RCO, Szp. Psychiatrycznego w Radomiu i powiatów przysuskiego i szydłowieckiego
203. Hubert Dorosz K10/139 Lekarze powiatów radomskiego i kozienickiego
204. Zygmunt Nita K10/139 Lekarze powiatów radomskiego i kozienickiego
205. Aleksander Pieczyński K10/140 Lekarze powiatów radomskiego, zwolenińskiego i lipskiego
206. Paweł Radwański K10/140 Lekarze powiatów radomskiego, zwolenińskiego i lipskiego
207. Marcin Aluchna K10/141 Lekarze dentyści WUM oraz Warszawy (A)
208. Alicja Aluchna K10/141 Lekarze dentyści WUM oraz Warszawy (A)
209. Wojciech Popowski K10/142 Lekarze dentyści WUM oraz Warszawy (B)
210. Piotr Sobiech K10/142 Lekarze dentyści WUM oraz Warszawy (B)
211. Justyna Kwitkiewicz K10/143 Lekarze dentyści MCS oraz Warszawy
212. Danuta Lesak K10/143 Lekarze dentyści MCS oraz Warszawy
213. Monika Bednarek K10/145 Lekarze dentyści LuxMed, EnelMed i Warszawy
214. Marcin Śmiechowicz K10/145 Lekarze dentyści LuxMed, EnelMed i Warszawy
215. Zuzanna Paks K10/146 Lekarze dentyści Medcover, Corten Medic, Denta Care i Warszawy
216. Monika Szerszeń K10/146 Lekarze dentyści Medcover, Corten Medic, Denta Care i Warszawy
217. Laura Byczkowska K10/147 Lekarze dentyści dzielnic Warszawy: Bemowo, Ursus i Włochy
218. Marcin Gawęda K10/147 Lekarze dentyści dzielnic Warszawy: Bemowo, Ursus i Włochy
219. Monika Babko K10/149 Lekarze dentyści dzielnic Warszawy: Praga-Północ, Targówek i Białoleka
220. Wiktoria Bolc K10/151 Lekarze dentyści dzielnicy Warszawa-Mokotów
221. Anna Godzieba K10/152 Lekarze dentyści dzielnicy Warszawa-Śródmieście (A)
222. Zygmunt Kołodziejczyk K10/152 Lekarze dentyści dzielnicy Warszawa-Śródmieście (A)
223. Monika Potocka K10/152 Lekarze dentyści dzielnicy Warszawa-Śródmieście (A)
224. Maciej Michalak K10/153 Lekarze dentyści dzielnicy Warszawa-Śródmieście (B)
225. Dariusz Paluszek K10/153 Lekarze dentyści dzielnicy Warszawa-Śródmieście (B)
226. Elżbieta Malkiewicz K10/154 Lekarze dentyści dzielnicy Warszawa-Ochota
227. Konrad Malkiewicz K10/154 Lekarze dentyści dzielnicy Warszawa-Ochota
228. Edyta Adamczyk-Kutera K10/156 Lekarze dentyści dzielnic Warszawy: Wawer, Wesola i Rembertów
229. Anna Wieczorek K10/156 Lekarze dentyści dzielnic Warszawy: Wawer, Wesola i Rembertów
230. Katarzyna Kranz K10/158 Lekarze dentyści dzielnic Warszawy: Ursynów i Wilanów (B)
231. Bożena Sulma-Urban K10/158 Lekarze dentyści dzielnic Warszawy: Ursynów i Wilanów (B)

232. Magdalena Kacprzycka K10/159 Lekarze dentyści Warszawy (A)
 233. Ewa Szczur-Saal K10/159 Lekarze dentyści Warszawy (A)
 234. Karen Głogowska K10/160 Lekarze dentyści Warszawy (B)
 235. Anna Wilk K10/160 Lekarze dentyści Warszawy (B)
 236. Aleksandra Bryja-Nowosad K10/161 Lekarze dentyści Warszawy (C)
 237. Patrycja Domasiewicz K10/161 Lekarze dentyści Warszawy (C)
 238. Justyna Grudziąż-Sękowska K10/161 Lekarze dentyści Warszawy (C)
 239. Maksymilian Joks K10/165 Lekarze dentyści Warszawy (G)
 240. Andrzej Rancewicz K10/165 Lekarze dentyści Warszawy (G)
 241. Katarzyna Krzeszowiak K10/166 Lekarze dentyści Warszawy (H)
 242. Monika Zawadzka-Skrzek K10/166 Lekarze dentyści Warszawy (H)
 243. Elżbieta Latoszek-Banasia K10/169 Lekarze dentyści powiatu otwockiego
 244. Andrzej Siarkiewicz K10/169 Lekarze dentyści powiatu otwockiego
 245. Emilia Miron K10/170 Lekarze dentyści powiatu piaseczyńskiego (A)
 246. Paweł Miron K10/170 Lekarze dentyści powiatu piaseczyńskiego (A)
 247. Weronika Główna K10/171 Lekarze dentyści powiatu piaseczyńskiego (B)
 248. Anna Prawdzik K10/171 Lekarze dentyści powiatu piaseczyńskiego (B)
 249. Bartłomiej Matuszak K10/172 Lekarze dentyści powiatu pruszkowskiego (A)
 250. Mery Topolska-Kotulecka K10/172 Lekarze dentyści powiatu pruszkowskiego (A)
 251. Damian Koseski K10/173 Lekarze dentyści powiatu pruszkowskiego (B)
 252. Artur Ostrysz K10/173 Lekarze dentyści powiatu pruszkowskiego (B)
 253. Grzegorz Kwitkiewicz K10/175 Lekarze dentyści powiatów: warszawskiego zachodniego i sochaczewskiego
 254. Michał Oszwałdowski K10/175 Lekarze dentyści powiatów: warszawskiego zachodniego i sochaczewskiego
 255. Małgorzata Drupiewska K10/176 Lekarze dentyści powiatów: ciechanowskiego, mławskiego, płońskiego, pułtuskiego i żuromińskiego
 256. Marta Klimkowska-Misiak K10/176 Lekarze dentyści powiatów: ciechanowskiego, mławskiego, płońskiego, pułtuskiego i żuromińskiego
 257. Jarosław Łojek K10/177 Lekarze dentyści Ostrołęki i powiatów: ostrołęckiego, przasnyskiego, ostrowskiego, makowskiego, wyszkowskiego
 258. Zuzanna Merkiewicz K10/177 Lekarze dentyści Ostrołęki i powiatów: ostrołęckiego, przasnyskiego, ostrowskiego, makowskiego, wyszkowskiego
 259. Piotr Kuchta K10/178 Lekarze dentyści powiatów: mińskiego i garwolińskiego
 260. Liliana Piwowarczyk K10/178 Lekarze dentyści powiatów: mińskiego i garwolińskiego
 261. Rafał Flakowski K10/179 Lekarze dentyści Siedlec i powiatów: siedleckiego, sokołowskiego i węgrowskiego
 262. Aleksandra Orłowska K10/180 Lekarze dentyści stażyści OIL w Warszawie
 263. Oskar Buczyński K10/181 Lekarze dentyści delegatury radomskiej (A)
 264. Agnieszka Leśniak-Trześniewska K10/181 Lekarze dentyści delegatury radomskiej (A)
 265. Maciej Podsiadło K10/182 Lekarze dentyści delegatury radomskiej (B)
 266. Jerzy Reymond K10/182 Lekarze dentyści delegatury radomskiej (B)
 267. Maksymilian Szczepk K10/183 Lekarze dentyści delegatury radomskiej (C)
 268. Michał Tarchała K10/183 Lekarze dentyści delegatury radomskiej (C)
 269. Monika Garecka-Głowacka K10/184 Lekarze dentyści delegatury radomskiej (D)
 270. Jadwiga Kazana K10/184 Lekarze dentyści delegatury radomskiej (D)

§ 2

W związku ze złożeniem protestu wyborczego w rejonie K10/032 CSK Banacha (B) obwieszczenie w przedmiocie uzyskania mandatów delegata na Okręgowy Zjazd Lekarzy Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie X kadencji 2026–2030 z wyżej wymienionego rejonu wyborczego nastąpi po rozpatrzeniu protestu przez właściwy sąd lekarski oraz po przeprowadzeniu procedury określonej w regulaminie wyborów.

§ 3

Obwieszczenie podlega publikacji w Biuletynie Informacji Publicznej Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie oraz w biuletynie Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie „Miesięcznik Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie Puls”.

Przewodnicząca
Okręgowej Komisji Wyborczej
Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie

lek. dent. Mery Topolska-Kotulecka

OBWIESZCZENIE NR 10/OKW-IX/25 OKRĘGOWEJ KOMISJI WYBORCZEJ OKRĘGOWEJ IZBY LEKARSKIEJ W WARSZAWIE Z 21 LISTOPADA 2025 R. o uzyskaniu mandatów delegata na Okręgowy Zjazd Lekarzy Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie X kadencji 2026–2030 w rejonie wyborczym K10/032 CSK Banacha (B)

Na podstawie § 42 ust. 1 regulaminu wyborów do organów i w organach izb lekarskich oraz trybu odwołania członków tych organów, będącego załącznikiem do uchwały nr 2 XVI Nadzwyczajnego Krajowego Zjazdu Lekarzy z 17 maja 2024 r. w sprawie przyjęcia regulaminu wyborów oraz uchwały nr 26/OKW-IX/25 Okręgowej Komisji Wyborczej Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie z 29 października 2025 r. w sprawie ogłoszenia wyników wyborów delegatów na Okręgowy Zjazd Lekarzy Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie X kadencji 2026–2030, a także na podstawie postanowienia z 13 listopada 2025 r. Okręgowego Sądu Lekarskiego Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie (sygn. akt OSL.Pw.1/25) obwieszcza się, co następuje:

§ 1

Mandat delegata na Okręgowy Zjazd Lekarzy Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie X kadencji 2026–2030 w rejonie wyborczym K10/032 CSK Banacha (B) uzyskali:

- 1) Krzysztof Ozierański,
- 2) Janusz Pachucki,
- 3) Agata Tyminińska.

§ 2

Obwieszczenie podlega publikacji w Biuletynie Informacji Publicznej Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie oraz w biuletynie Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie „Miesięcznik Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie Puls”.

Przewodnicząca
Okręgowej Komisji Wyborczej
Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie

lek. dent. Mery Topolska-Kotulecka

UCHWAŁA NR 143/R-IX/25 OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W WARSZAWIE Z 19 LISTOPADA 2025 R. w sprawie przyjęcia terminów posiedzeń Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie w 2026 r. – do końca IX kadencji

Na podstawie art. 25 pkt 10 ustawy z 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (t.j. Dz.U. z 2021 r., poz. 1342 ze zm.) – uchwala się, co następuje:

§ 1

Przyjmuje się następujące terminy posiedzeń Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie w 2026 r. – do końca IX kadencji:

- 14 stycznia,
- 18 lutego,
- 11 marca.

§ 2

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

**OBWIESZCZENIE NR 1/OKW-IX/26
OKRĘGOWEJ KOMISJI WYBORCZEJ OKRĘGOWEJ
IZBY LEKARSKIEJ W WARSZAWIE
Z 8 STYCZNIA 2026 R.
w sprawie wygaśnięcia stanowiska funkcyjnego
przewodniczącej Okręgowej Komisji Rewizyjnej
Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie IX kadencji
2022–2026**

Na podstawie § 42 ust. 1 regulaminu wyborów do organów i w organach izb lekarskich oraz trybu odwołania członków tych organów, będącego załącznikiem do uchwały nr 2 XVI Nadzwyczajnego Krajowego Zjazdu Lekarzy z 17 maja 2024 r. w sprawie przyjęcia regulaminu wyborów oraz uchwały nr 1/OKW-IX/26 Okręgowej Komisji Wyborczej Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie z 8 stycznia 2026 r. w sprawie wygaśnięcia stanowiska funkcyjnego przewodniczącej Okręgowej Komisji Rewizyjnej Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie IX kadencji 2022–2026, obwieszcza się, co następuje:

§ 1

Obwieszcza się wygaśnięcie 31 grudnia 2025 r. stanowiska funkcyjnego przewodniczącej Okręgowej Komisji Rewizyjnej Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie IX kadencji 2022–2026 – lek. dent. Elżbiety Latoszek-Banasiak.

§ 2

Obwieszczenie podlega publikacji w biuletynie Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie „Miesięcznik Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie Puls” oraz na stronie internetowej Biuletynu Informacji Publicznej Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie.

Przewodnicząca
Okręgowej Komisji Wyborczej
Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie

lek. dent. Mery Topolska-Kotulecka



e-Izba dla lekarzy
i lekarzy dentystów

Nowoczesny dostęp do danych



prosta aktualizacja
wygoda, bezpieczeństwo



zaloguj się
i sprawdź



Okręgowa
Izba Lekarska
w Warszawie

WYDAWCA MIESIĘCZNIKA OIL W WARSZAWIE „PULS”

02-512 Warszawa, ul. Puławska 18, tel. 697 005 797, puls@oilwaw.org.pl

REDAKTOR NACZELNA: Aleksandra Sokalska **ZASTĘPCA REDAKTOR NACZELNEJ:** Dorota Lebiezińska
SEKRETARZ REDAKCJI: Karolina Stępniewska – k.stępniewska@oilwaw.org.pl

WSPÓŁPRACUJĄ: Jerzy Bralczyk, Anetta Chęcińska, Magdalena Flaga-Łuczkiwicz, Dominik Héjj,
Maria Libura, Agata Ludwikowska, Filip Niemczyk, Hanna Odziemka, Artur Olesch, Małgorzata Solecka,
Paweł Walewski, Małgorzata Wódz

ZGŁOSZENIA ZMIAN ADRESÓW: tel. 22 542 83 14, rejestr@oilwaw.org.pl

REKLAMA: Łukasz Motyka-Radłowski, tel. 693 781 116, l.motyka-radlowski@oilwaw.org.pl

KONCEPCJA GRAFICZNA I SKŁAD: Marta Konarzewska

KOREKTA: Grażyna Nawrocka, Magdalena Jabłonska

DRUK: Eurodruk-Poznań Sp. z o.o.

Redakcja zastrzega sobie prawo do adiustacji artykułów i listów, dokonywania skrótów
oraz zmian tytułów.

Materiałów niezamówionych nie zwracamy. Redakcja nie odpowiada za treść reklam i ogłoszeń.

Zawarte w artykułach i felietonach opinie nie są stanowiskiem redakcji.

©Copyright by OIL w Warszawie im. prof. Jana Nielubowicza. Wszelkie prawa do przedruku
są zastrzeżone.



Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie

Artur Drobniak PREZES ORL
Krzysztof Herman WICEPREZES ORL
Olga Rostkowska WICEPREZES ORL
Jakub Zakrzewski WICEPREZES ORL
Dariusz Paluszek WICEPREZES ORL DS. LEKARZY DENTYSTÓW
Karol Stępniewski WICEPREZES ORL, PRZEWODNICZĄCY DELEGATURY RADOMSKIEJ
Magdalena Flaga-Łuczkiwicz PEŁNOMOCNIK OIL DS. ZDROWIA LEKARZY I LEKARZY DENTYSTÓW
Piotr Wincianas PEŁNOMOCNIK PREZESA ORL DS. OPERACYJNYCH
Agnieszka Skoczylas PEŁNOMOCNIK OIL DS. OPIEKI SENIORALNEJ I GERIATRII
Robert Madejek PEŁNOMOCNIK OIL DS. PRZECIWDZIAŁANIA DYSKRYMINACJI
Michał Gontkiewicz SKARBNIK
Jacek Sowiński SEKRETARZ ORL
Zuzanna Wojdyńska ZASTĘPCA SEKRETARZA ORL
Krzysztof Jankowski OKRĘGOWY RZECZNIK ODPOWIEDZIALNOŚCI ZAWODOWEJ
Arkadiusz Bogucki PRZEWODNICZĄCY OKRĘGOWEGO SĄDU LEKARSKIEGO

KONTAKT

RECEPCJA tel. 22 542 83 48
SEKRETARIAT tel. 22 542 83 40 | 22 542 83 42 | 22 542 83 82
BIURO SEKRETARZA ORL tel. 22 542 83 31
BIURO OROZ tel. 22 542 83 22 | 22 542 83 23 | 22 542 83 24 | 22 542 83 27
KASA czynna: środa w godz. 9.00–15.00 (przerwa od godz. 12.00 do 12.30)
SKŁADKI tel. 22 542 83 38 | 22 542 83 39 | 22 542 83 78
OKRĘGOWY SĄD LEKARSKI tel. 22 542 83 20 | 22 542 83 21
OKRĘGOWA KOMISJA REWIZYJNA tel. 22 542 83 25

KOMISJE STAŁE

REJESTRACJI I PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU tel. 22 542 83 16
PRAKTYK LEKARSKICH tel. 22 542 83 84 | 22 542 83 19
LEKARZY DENTYSTÓW tel. 22 542 83 55
OKRĘGOWA KOMISJA WYBORCZA tel. 22 542 83 74
KONKURSÓW NA STANOWISKA KIEROWNICZE W OCHRONIE ZDROWIA tel. 22 542 83 33
BIOETYCZNA PRZY OIL W WARSZAWIE tel. 22 542 83 12
DS. STAŻU PODYPLOMOWEGO tel. 22 542 83 32 | staz@oilwaw.org.pl

KOMISJE I ZESPOŁY PROBLEMOWE

**MŁODYCH LEKARZY, KULTURY, SPORTU, SZCZEPIEŃ,
MATEK LEKAREK, WSPÓŁPRACY Z ZAGRANICĄ
SPRAWY LEKARZY SENIORÓW**
Kontakt przez zespół obsługi komisji tel. 22 542 83 33 | zok@oilwaw.org.pl
DS. ZWOLNIEŃ LEKARZY Z OBOWIĄZKU OPŁACANIA SKŁADKI CZŁONKOWSKIEJ | skladki@oilwaw.org.pl
MONITOROWANIA NARUSZEŃ W OCHRONIE ZDROWIA | naruszenia@oilwaw.org.pl

POZOSTAŁE

OŚRODEK DOSKONALENIA ZAWODOWEGO LEKARZY I LEKARZY DENTYSTÓW tel. 22 542 83 76
| odz@oilwaw.org.pl
RADA FUNDUSZU SAMOPOMOCY tel. 22 542 83 33
DZIAŁ KOMUNIKACJI tel. 22 542 83 83 | media@oilwaw.org.pl
DZIAŁ MARKETINGU I WYDARZEŃ tel. 668 397 993 | marketing@oilwaw.org.pl
DELEGATURA RADOMSKA (26–600 Radom, ul. Rwańska 16) tel. 48 331 36 62
poniedziałek, wtorek i piątek w godz. 8.00–16.00 | środa i czwartek w godz. 9.00–17.00



02-512 Warszawa | ul. Puławska 18 | tel. 22 542 83 48
biuro@oilwaw.org.pl
NIP 522-00-02-357

izba-lekarska.pl



Okręgowa
Izba Lekarska
w Warszawie

Klub Lekarza Przedsiębiorcy

Dla lekarzy i lekarzy dentystów
prowadzących własną działalność



Szkolenia menadżerskie,
prawne i księgowe



Preferencyjne usługi
księgowe, podatkowe,
ubezpieczeniowe i bankowe



Dostęp do wiedzy na temat
zakładania i prowadzenia
własnej praktyki – od JDG
po większe firmy



Networking podczas spotkań
lekarzy przedsiębiorców
służący wymianie doświadczeń
i budowaniu kontaktów

Dołącz już dzisiaj!

Zeskanuj kod QR i wyślij swoje zgłoszenie

