

•••puls

marzec 2026 (369)

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



ISSN 1232-0161 egzemplarz bezpłatny

Silny i skuteczny samorząd | Ważny czas wyborów | Benefity izby



Ochrona prawna – Twój solidny fundament

Wykonywanie zawodu lekarza może Cię narazić na różne problemy natury prawnej. W związku z tym zapewniamy Ci ochronę ubezpieczeniową i **profesjonalne wsparcie w razie ewentualnych problemów związanych z Twoją praktyką zawodową.**

Co możesz zyskać



Porada prawna

Prawnik udzieli Ci telefonicznie lub e-mailowo porady oraz prześle wzór umowy, pisma lub aktualny tekst aktu prawnego.



Wynagrodzenie adwokata lub radcy prawnego

Zorganizujemy pomoc profesjonalnego pełnomocnika i pokryjemy koszty jego pracy.



Koszty sądowe

Pokryjemy koszty postępowania sądowego do wysokości sumy ubezpieczenia (łącznie z wynagrodzeniem prawnika).

Jak skorzystać z ubezpieczenia ochrony prawnej

- 1 W pierwszej kolejności **skontaktuj się z prawnikami współpracującymi z Okręgową Izbą Lekarską**, podając numer PWZ.
- 2 Następnie skontaktuj się z PZU, podając numer PWZ, który pozwoli nam odpowiednio pokierować Twoim zgłoszeniem na tym etapie. Przygotuj **numer PESEL** i poinformuj naszego konsultanta, że **chcesz skorzystać z ochrony prawnej dla lekarzy.**
- 3 **Nadamy Twojemu zgłoszeniu numer**, który zaczyna się od liter ZA.
- 4 **W ciągu 12 godzin roboczych** skontaktuje się z Tobą prawnik.

Jak wygląda procedura ochrony prawnej

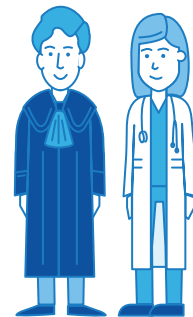
Pomoc adwokata lub radcy prawnego z sieci kancelarii współpracujących z PZU

Jeśli Twój problem prawny jest objęty zakresem naszego ubezpieczenia, możesz skorzystać z pomocy adwokata lub radcy prawnego z sieci kancelarii prawnych PZU Pomoc SA.

Wynagrodzenie profesjonalnego pełnomocnika oraz koszty sądowe pokrywamy za Ciebie **bezzgotówkowo** do wysokości 5000 zł zgodnie z limitami określonymi w umowie ubezpieczenia.

Refundacja poniesionych kosztów

Jeżeli skorzystasz z pomocy adwokata lub radcy prawnego **spoza sieci kancelarii PZU Pomoc SA i poniesiesz związane z tym koszty, możesz wystąpić do nas o ich zwrot.** Jeśli Twój problem prawny jest objęty zakresem naszego ubezpieczenia, zwrócimy Ci pieniądze zgodnie z warunkami określonymi w umowie ubezpieczenia. Pamiętaj, że jeśli **wysokość kosztów nie wynika z przepisów prawa, to musisz je uzgodnić z PZU.**



ins INS Services

PZU SA jest reprezentowany przez agenta ubezpieczeniowego INS Services. Aby zawrzeć umowę ubezpieczenia, skontaktuj się z biurem INS Services w wybrany sposób:

- ✓ dzwoniąc pod numery: 22 494 36 50, 577 930 370, 577 930 380 lub 577 930 560 (opłata zgodna z taryfą operatora),
- ✓ pisząc na adres: biuro@ins-med.pl,
- ✓ za pośrednictwem strony: ins-med.pl.

Zakładem ubezpieczeń jest PZU SA. Szczegółowe informacje o zakresie ubezpieczenia, w tym o wyłączeniach i ograniczeniach odpowiedzialności, znajdziesz w aktualnych ogólnych warunkach ubezpieczenia kosztów ochrony prawnej związanych z wykonywaniem zawodu medycznego ustalonych uchwałą nr UZ/139/2019 z dnia 29 maja 2019 r. Zarządu PZU SA ze zmianami ustalonymi uchwałą nr UZ/294/2023 z dnia 23 października 2023 r. wraz z postanowieniami dodatkowymi i odmiennymi od OWU dostępnych na stronie ins-med.pl w zakładce „Ubezpieczenia dla lekarzy”.



Spis treści

TEMAT NUMERU

4 | Na szczęście wiosna

Aleksandra Sokalska

12 | Chora młodość

Karolina Stępniewska

18 | Młodość

Jerzy Bralczyk

20 | Spotkanie pokoleń

Magdalena Flaga-Łuczkiewicz

22 | Lekarz nie powstaje w sześć lat

Rozmowa z prof. dr. hab. n. med. Mariuszem Klenckim, dyrektorem Departamentu Rozwoju Kadr Medycznych w Ministerstwie Zdrowia

MEDYCYNĄ

24 | Narodziny paradoksów

Rozmowa z lek. Krzysztofem Hermanem, wiceprezesem ORL, pracującym w Szpitalu św. Zofii

26 | Koktajl Mołotowa, czyli pacjent w krainie czarów

Paweł Walewski

SPRAWY LEKARZY DENTYSTÓW

28 | O rozwoju, barierach i szansach

Rozmowa z dr. n. med. Dariuszem Paluszkiem, wiceprezesem Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie oraz przewodniczącym Komisji ds. Lekarzy Dentystów

30 | Młodzi w akcji

Anna Prawdzik

31 | Międzynarodowy Dzień Zdrowia

Jamy Ustnej

31 | MSS x 10 – jubileuszowa edycja Mazowieckich Spotkań Stomatologicznych

ZDROWIE PUBLICZNE

32 | Co z tą psychiatrią?

Małgorzata Solecka

34 | Czy Centralna e-Rejestracja naprawdę skróci kolejki?

Artur Olesch

36 | Jakość kształcenia to bezpieczeństwo pacjenta

Małgorzata Solecka

38 | Ochrona zdrowia w Słowenii

Dominik Héjj

40 | Lekarz sygnalista (nie)mile widziany

Hanna Odziemka

PRAWO

42 | Przegląd zmian w przepisach

Filip Niemczyk

44 | Umowa o pracę – obowiązki pracownika i pracodawcy oraz zasady czasu pracy

Gabriela Pacek

IZBA BLIŻEJ LEKARZY

5 | Silny i skuteczny samorząd zabezpieczy przyszłość naszego zawodu

Artur Drobnik

6 | Tak działa Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie

Aleksandra Sokalska

11 | Ważne wsparcie OIL

Aleksandra Sokalska

46 | Błędy informacyjne dot. zasad udzielania odpoczynków po dyżurach

Monika Potocka

47 | Młodzi lekarze z Polski mają wpływ na kształcenie medyczne w Europie

Rozmowa z lek. Michałem Matuszewskim, członkiem prezydium ORL w Warszawie i oficjalnym doradcą Światowego Stowarzyszenia Lekarskiego

48 | Aktualności Komisji ds. Sportu

29. Mistrzostwa Polski Lekarzy w Narciarstwie Alpejskim, piłkarska wiosna z Ligą OIL oraz VIII edycja kursu samoobrony

49 | Wyniki konkursu „Wydarzenie Roku OIL w Warszawie”

Przedstawiamy laureatów konkursu oraz ich prace na temat wydarzeń organizowanych przez OIL

50 | Zagraliśmy z Orkiestrą! Wspólny sukces 34. Finału WOŚP

PO DYŻURZE

52 | Moje półwiecze na Bielanych cz. 1

Bibiana Mossakowska

54 | Wszystkie drogi prowadzą do Rzymu. Czy również te medyczne?

Monika Miłośz



Pobierz
PDF lub e-book!

Na szczęście wiosna



ALEKSANDRA SOKALSKA
redaktor naczelna

Polska, jak wiele europejskich krajów, starzeje się. Odwrócenie tego trendu wydaje się raczej niemożliwe, choć nie zwalnia to państwa (instytucji, systemu, a także społeczeństwa) ze starań, by narodzin było więcej, a młodzi ludzie rośli zdrowo. Czy tak się dzieje? – próbujemy ustalić w marcowym wydaniu „Pulsu”.

Zacznijmy od narodzin – bez nich wszak nie będzie młodych dorosłych. Tymczasem rządzący zaprezentowali nowy pomysł, który został wcielony w życie w tym roku – pokoje narodzin jako panaceum na zamykanie oddziałów położni-czych. Jak stwierdza mój rozmówca Krzysztof Herman, wiceprezes ORL w Warszawie, który pracuje w Szpitalu św. Zofii: (...) *brak poczucia bezpieczeństwa rodzenia wynikający z likwidacji takich oddziałów może przełożyć się na większe obawy związane z zachodzeniem w ciążę. I porodów będzie jeszcze mniej.* To już kolejny kamyczek do ogródka senioralnego społeczeństwa, niestety.

Wszak najważniejsze jest zdrowie, a ono, wydawać by się mogło, bezsprzecznie związane jest z młodością. Jak jednak przekonują lekarze różnych specjalizacji, coraz więcej młodych Polaków choruje, o czym pisze w swoim artykule redaktorka „Pulsu” Karolina Stępniewska. Eksperti zgodnie twierdzą, że choć przyczyny tego stanu rzeczy są złożone, na pewno można zaliczyć do nich ogromną zmianę stylu życia.

Osoby w średnim i starszym wieku dzieciństwo spędzały na podwórku (bo nie było komórek, komputerów, a TV nie ofero-

wała 300 programów), słodycze z braku szerokiej dostępności jadły okazjnie, a swoje problemy rozwiązywały w gronie rówieśników, ale nie poprzez wiadomości SMS czy Messengera, tylko na żywo, czyli *face to face*. Teoretycznie było im trudniej, ale paradoksalnie właśnie łatwiej. Młodzi dorośli dzieciństwo spędzali samotnie przed komputerem – czasem się ucząc, częściej grając i podjadając kawałek pizzy naprzemiennie z batonikiem. Cóż, to nie był dobry przepis na zdrowie.

Przydałaby się zatem zdrowotna edukacja. A ta, choć obecna w szkołach, nie gości w głowach dzieci, bo one wolą wrócić do domu, do komputera, niż kolejną godzinę siedzieć w ławce. Nikomu to się zdaje nie przeszkadzać, rząd wszak zrobił, co mógł, a nasze dzieci za chwilę dopadnie epidemia otyłości i depresji. Ale tym będą martwić się lekarze. Tych na szczęście kształci się coraz więcej, choć jak mówi w wywiadzie o młodym lekar-skim narybku prof. dr hab. n. med. Mariusz Klencki, dyrektor Departamentu Rozwoju Kadr Medycznych w Ministerstwie Zdrowia, największym problemem systemu są nierówności regionalne, dlatego najważniejsze jest *takie zaprojektowanie mechanizmów, by sprzyjały pozostawaniu lekarzy w mniejszych ośrodkach zamiast ich automatycznego „wysysania” przez duże miasta.*

Trudno w tej mieszaninie absurdalnych decyzji, niekonsekwentnych działań i zawiłości systemu mieć poczucie, że wiemy, dokąd zmierzamy. Na szczęście idzie wiosna i na razie musi nam to wystarczyć.

fot. Zuzanna Sokalska

Przeciążenie pracą? Wypalenie zawodowe?



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



Terminy najbliższych spotkań:

13 marca | 24 kwietnia | 15 maja | 26 czerwca
godz. 18.00–20.30



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

Szczegółowe informacje
i zapisy na stronie

Silny i skuteczny samorząd zabezpieczy przyszłość naszego zawodu



ARTUR DROBNIAK
prezes ORL w Warszawie

Zjazd sprawozdawczo-wyborczy w Okręgowej Izbie Lekarskiej w Warszawie jest szczególnym momentem w życiu samorządu lekarskiego. To czas, w którym analizujemy i podsumowujemy to, co udało się zrobić w ostatnich latach, ale także uczciwie nazywamy sprawy i problemy, które pozostają wyzwaniem. To również pora decyzji, które wyznaczą kierunek naszej wspólnej drogi na kolejne lata.

Miniona kadencja przypadła na czas trudny i politycznie skomplikowany. Wojna za wschodnią granicą, globalne konflikty, kryzysy geopolityczne między dotychczasowymi partnerami oraz rosnąca presja ograniczania wydatków publicznych. Dla środowiska lekarskiego ostatnie lata oznaczały mierzenie się z napięciami w systemie ochrony zdrowia, rosnącą biurokracją oraz niesprawiedliwą nagonką polityków na naszą pracę i wynagrodzenie za nią. Spotykamy się też z coraz częstszą agresją wobec personelu medycznego. Wszystko to sprawiło, że samorząd lekarski był wystawiony na próbę, która wymagała dużej stanowczości i wysiłku w obronie naszego zawodu i jego prestiżu, a także troski o warunki pracy i bezpieczeństwo lekarzy.

Jako samorząd zawsze staraliśmy się mieć wpływ na decyzje podejmowane na szczeblu centralnym. Ważne jest to, jak reagujemy: czy jesteśmy blisko lekarzy, czy potrafimy mówić jednym głosem, czy bronimy standardów wykonywania zawodu, godności lekarza i bezpieczeństwa naszego i pacjenta. Wiele inicjatyw tej kadencji powstało właśnie z potrzeby realnego wsparcia – prawnego, szkoleniowego, integracyjnego i komunikacyjnego.

Zjazd traktujemy jak święto demokracji samorządowej. Delegaci, wybrani przez swoje środowiska, decydują o przyszłości izby, o składzie jej władz i organów odpowiedzialności za-

wodowej oraz priorytetach działań. To ogromna odpowiedzialność, ale i przywilej. Warto pamiętać, że samorząd nie jest „instytucją obok nas, która ma działać w naszym imieniu” – samorząd to my wszyscy. Jego siła zależy od zaangażowania, zaufania i gotowości do współpracy, szczególnie jeśli różnimy się w poglądach. Bo działamy zawsze we wspólnej sprawie i interesie zawodowym, który powinien być ponad jednostkowymi korzyściami.

Przed nami kolejne lata pełne wyzwań, do których należą m.in.: zmiany pokoleniowe w zawodzie, nierówność w edukacji przed- i podyplomowej, presja systemowa (szczególnie finansowa), cyfryzacja ochrony zdrowia, bezpieczeństwo prawne i fizyczne lekarzy, relacje z pacjentami i mediami, a także konieczność dbania o jedność środowiska. To tematy, które wymagają mądrego przywództwa, dialogu i długofalowej wizji, a potem jej realizacji przez energiczną, nastawioną na rezultat i osiąganie celów codzienną pracę u podstaw.

Życzę wszystkim delegatkom i delegatom, aby nadchodzący zjazd był czasem rzeczowej rozmowy, wzajemnego szacunku i odpowiedzialnych decyzji. Najważniejsze pozostaje jedno: aby samorząd lekarski nadal był silnym, wiarygodnym i odważnym głosem lekarzy.

Bo tylko razem możemy realnie wpływać na przyszłość naszego zawodu.

Cieszę się z wysokiej frekwencji deklarowanej przez delegatki i delegatów na zbliżający się sprawozdawczo-wyborczy Okręgowy Zjazd Lekarzy Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie. Wasza gotowość do pracy jest dziś szczególnie potrzebna do budowania silnego samorządu i szacunku do naszej profesji.

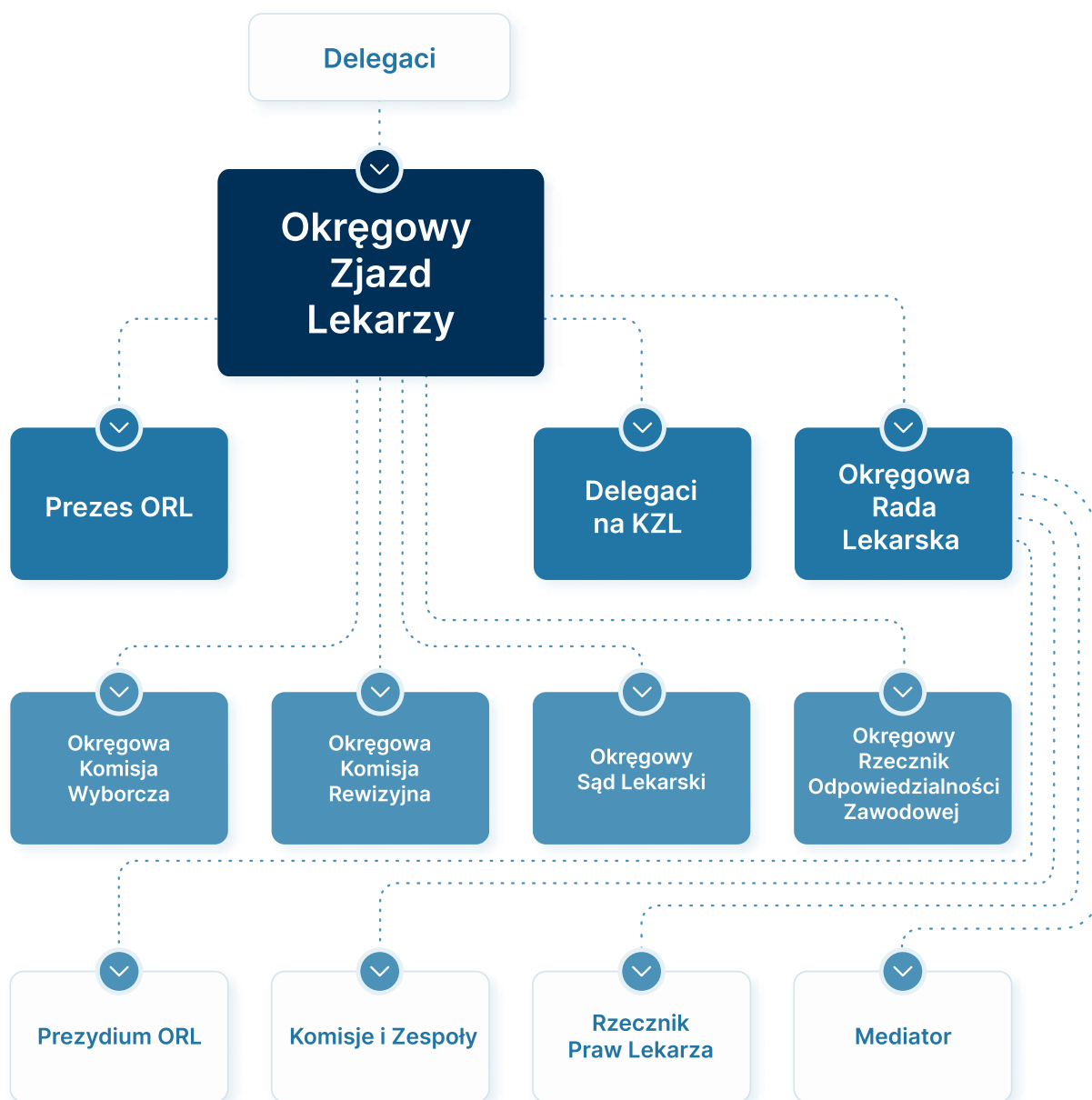
Do zobaczenia 13–15 marca 2026 r.



Tak działa Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie

Sprawozdawczo-wyborczy **Okręgowy Zjazd Lekarzy odbędzie się 13–15 marca**. To właśnie wtedy zostaną wybrane nowe władze samorządowe. Dla przypomnienia przedstawiamy ich najważniejsze zadania.

Samorząd działa na podstawie ustawy o izbach lekarskich* (Dz.U. z 2021 r., poz. 1342 z późn. zm.). Zgodnie ze wspomnianą ustawą samorząd lekarski zajmuje się opiniowaniem projektów aktów prawnych, które dotyczą polityki zdrowotnej, prowadzi sprawy w obszarze odpowiedzialności zawodowej (ma rzecznika i sąd) oraz ustala zasady etyki zawodowej. Poza tym zajmuje się doskonaleniem zawodowym i przyznaje prawo wykonywania zawodu.



OKRĘGOWY ZJAZD LEKARZY

Okręgowy Zjazd Lekarzy jest najwyższą władzą OIL. Uczestniczą w nim wybrani na czteroletnią kadencję delegaci oraz niebędący delegatami członkowie ustępujących organów OIL (jako głos doradczy).

Rodzaje zjazdów i ich forma

- **Zjazd sprawozdawczo-wyborczy** – otwierający kadencję i odbierający sprawozdanie od ustępujących władz. Podczas niego wybierane są nowe władze samorządu. Z uwagi na część wyborczą musi odbyć się **w formie stacjonarnej**.
- **Kolejne zjazdy** – mogą odbywać się w formie hybrydowej, czyli można w nich uczestniczyć stacjonarnie lub online, z wyjątkiem sytuacji, gdy trzeba dokonać wyborów uzupełniających – wówczas zjazd musi się odbyć stacjonarnie.

Wybory nowych władz

Delegaci na Okręgowy Zjazd Lekarzy podczas pierwszego zjazdu wybierają nowe władze:

- prezesa Okręgowej Rady Lekarskiej,
- Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej i jego zastępców,
- delegatów na Krajowy Zjazd Lekarzy (reprezentacja OIL w Warszawie, która będzie wybierać prezesa NRL i władze krajowe w samorządzie),
- członków Okręgowej Rady Lekarskiej,
- członków Okręgowej Komisji Wyborczej,
- członków Okręgowej Komisji Rewizyjnej,
- członków Okręgowego Sądu Lekarskiego.

PREZES OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ

Na czele Okręgowej Rady Lekarskiej stoi prezes, który jednocześnie jest przełożonym pracowników, w tym bezpośrednio dyrektora biura i głównego księgowego.

Zadania prezesa ORL

- kierowanie pracami rady i jej prezydium,
- reprezentowanie izby na zewnątrz,
- podpisywanie dokumentów oraz nadzorowanie korespondencji wychodzącej z izby,
- przewodniczenie lub wyznaczanie wiceprezesa przewodniczącego posiedzeniom rady i prezydium,
- przydzielanie członkom prezydium lub rady oraz przewodniczącym komisji problemowych spraw, które łączą się z ich kompetencjami,
- nadzorowanie bieżącej działalności izby,
- zatwierdzanie programu posiedzeń prezydium i rady,
- zawiązywanie i rozwiązywanie umów o pracę w imieniu pracodawcy,
- nadzorowanie działalności biura izby oraz jednostek organizacyjnych izby,
- nadzorowanie działalności gospodarczej izby,
- podpisywanie uchwał rady lub prezydium, którym przewodniczył,
- pełnienie funkcji administratora danych osobowych, zawartych w Okręgowym Rejestrze Lekarzy i Lekarzy Dentystów.

DELEGACI NA OKRĘGOWY ZJAZD LEKARZY

Obowiązki delegatów na OZL

- udział w Okręgowym Zejeździe Lekarzy,
- uczestnictwo w działalności Okręgowej Izby Lekarskiej,
- utrzymywanie kontaktów z lekarzami rejonu wyborczego.

Zadania delegatów na OZL

- wybór prezesa i członków Okręgowej Rady Lekarskiej, Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej, członków Okręgowej Komisji Rewizyjnej, członków Okręgowej Komisji Wyborczej oraz delegatów na Krajowy Zjazd Lekarzy,
- wybór sędziów Okręgowego Sądu Lekarskiego oraz zastępców Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej,
- inicjowanie i podejmowanie uchwał w sprawach objętych zakresem działania izby,
- ustalanie zasad gospodarki finansowej izby oraz uchwalanie jej budżetu,
- rozpatrywanie i zatwierdzanie rocznego i kadencyjnego sprawozdania Okręgowej Rady Lekarskiej, Okręgowej Komisji Rewizyjnej, Okręgowego Sądu Lekarskiego, Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej oraz sprawozdania Okręgowej Komisji Wyborczej,
- rozpatrywanie wniosku w sprawie udzielenia absolutorium Okręgowej Radzie Lekarskiej,
- uchwalanie regulaminów Okręgowej Rady Lekarskiej i Okręgowej Komisji Rewizyjnej,
- ustalanie liczby członków organów izby i Okręgowej Komisji Wyborczej.

Rola i znaczenie delegatów na OZL

- wpływ na funkcjonowanie samorządu lekarskiego,
- reprezentowanie środowiska medycznego na zewnątrz,
- współtworzenie regulacji, które poprawiają warunki pracy lekarzy,
- udział w inicjatywach, które wpływają na rozwój zawodowy całego środowiska.

OKRĘGOWA RADA LEKARSKA

Rada składa się z prezesa i członków wybieranych przez OZL na okres kadencji. Liczbę członków ustala się na okres kadencji uchwałą Sprawozdawczo-Wyborczego OZL.

Ponadto w posiedzeniach rady uczestniczą, z głosem doradczym: przewodniczący OKR, przewodniczący OSL, OROZ, przewodniczący komisji stałych, komisji stałej wieloprotokolowej i komisji protokolowych, koordynator kół samorządu lekarskiego oraz przewodniczący Rady Funduszu Samopomocy, delegaci honorowi, osoby zaproszone przez prezydium lub prezesa.

Zadania ORL

- prowadzenie bieżących spraw izby,
- wyznaczanie kierunków działalności OIL oraz gospodarowania finansami OIL,
- wykonywanie uchwał OZL,
- sporządzanie sprawozdań z wykonania budżetu,
- składanie przed OZL rocznych i kadencyjnych sprawozdań z działalności,
- wykonywanie zadań zleconych przez NRL,
- przyznawanie PWZ, jego ograniczanie i zawieszanie,
- nadzór nad prowadzeniem działalności leczniczej przez członków izby w formie praktyki lekarskiej,
- współdziałanie z Marszałkiem Województwa Mazowieckiego, Wojewodą Mazowieckim, MZ oraz podmiotami wykonującymi działalność leczniczą,
- prowadzenie ODZ,
- prowadzenie rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe lekarzy i lekarzy dentyków,
- prowadzenie działalności informacyjnej dla członków,
- prowadzenie pomocy materialnej dla lekarzy,
- wydawanie miesięcznika OIL pod nazwą „Puls”,
- powoływanie komisji stałych, komisji i zespołów protokolowych, Rady Funduszu Samopomocy,
- udzielanie lekarzom informacji dotyczących aktualnych zasad wykonywania zawodu, zasad etyki lekarskiej i przepisów dotyczących ochrony zdrowia,
- powoływanie pełnomocnika ds. zdrowia lekarzy, RPL i jego zastępców, mediatora i innych funkcji potrzebnych do wykonywania zawodu lekarza,
- tworzenie kół samorządu lekarskiego dla grup lekarzy liczących co najmniej 25 osób.

PREZYDIUM OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ

Prezydium jest wybierane przez radę. W jego skład wchodzi prezes, wiceprezesi, sekretarz, zastępca sekretarza, skarbnik, członkowie w liczbie określonej uchwałą rady.

Zadania prezydium

- działanie w imieniu rady w sprawach określonych jej uchwałą,
- odbywanie posiedzeń w miarę potrzeb, nierzadziej jednak niż jeden raz w miesiącu,
- podejmowanie decyzji w formie uchwał zwykłą większością głosów, w obecności co najmniej połowy ogólnej liczby jego członków.

OKRĘGOWY RZECZNIK ODPOWIEDZIALNOŚCI ZAWODOWEJ

OROZ to niezależny, posiadający osobowość prawną, organ OIL. Zgodnie z art. 31 pkt 1 ustawy z 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich prowadzi on postępowania wyjaśniające w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy i lekarzy dentyków za czyny sprzeczne z przepisami normującymi wykonywanie zawodu lekarza, z zasadami etyki i deontologii zawodowej. OROZ oraz jego zastępcami mogą być wyłącznie lekarze i lekarze dentyści.

Zadania OROZ

- wykonywanie czynności sprawdzających i prowadzenie postępowań wyjaśniających w sprawach odpowiedzialności zawodowej lekarzy będących członkami izby, której jest rzecznikiem, z zastrzeżeniem art. 65 ustawy z 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich,
- sprawowanie funkcji oskarżyciela przed sądami lekarskimi,
- składanie Okręgowemu Zjazdowi Lekarzy rocznych i kadencyjnych sprawozdań z działalności.

KOMISJE OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ

Komisje zostają powołane przez Okręgową Radę Lekarską dla realizacji jej zadań. ORL powołuje też w drodze uchwały przewodniczących komisji oraz ich członków. Rada określa, w drodze uchwały, zadania komisji oraz regulaminy ich pracy.

Komisje stałe

- ds. Rejestracji i Prawa Wykonywania Zawodu,
- ds. Praktyk Lekarskich,
- ds. Stażu Podyplomowego,
- ds. Konkursów na Stanowiska Kierownicze w Ochronie Zdrowia,
- ds. Lekarzy Dentyków.

Oprócz tego ORL powołuje komisje i zespoły protokolowe. W ostatniej kadencji były to:

Komisje protokolowe

- Młodych Lekarzy,
- Lekarzy Seniorów,
- ds. Kultury,
- ds. Sportu,
- ds. Współpracy z Zagranicą,
- ds. Zwolnień ze Składki,
- Rada Funduszu Samopomocy.

Zespoły

- ds. Matek Lekarek,
- ds. Monitorowania Naruszeń w Ochronie Zdrowia,
- ds. Szczepień,
- ds. LUTW „Nestor”,
- ds. Lekarskiego Budżetu Partycypacyjnego „Izba Lokalnie”,
- Zespół Klubu Lekarza Przedsiębiorcy.

OKRĘGOWY SĄD LEKARSKI

Okręgowy Sąd Lekarski jest drugim, po OROZ, elementem pionu odpowiedzialności zawodowej w OIL. To organ niezależny i niezawisły, a skład wybierany jest na czteroletnią kadencję przez Okręgowy Zjazd Lekarski. Sędzią może zostać lekarz lub lekarz dentysta posiadający co najmniej 10-letnie doświadczenie zawodowe. Nie ma wymogu posiadania specjalistycznej wiedzy w zakresie prawa.

Zadania OSL

- orzekanie w sprawach deliktów zawodowych, czyli naruszeń zasad wykonywania zawodu (etycznych i merytorycznych), naruszeń przepisów prawa regulujących wykonywanie zawodu lekarza,
- rozpatrywanie odwołań od postanowień OROZ o odmowie wszczęcia lub umorzeniu postępowania wyjaśniającego,
- rozpatrywanie protestów przeciwko ważności wyborów do organów izby lekarskiej,
- składanie Okręgowemu Zjazdowi Lekarzy rocznych i kadencyjnych sprawozdań z działalności.

Postępowanie przed OSL toczy się na podstawie ustawy o izbach lekarskich oraz Kodeksu postępowania karnego stosowanego odpowiednio w sytuacjach bezpośredniego nieuregulowanych w ustawie. Przebieg procesu jest analogiczny do procesu karnego: funkcję oskarżyciela pełni Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej lub jego zastępca, przeprowadzane jest postępowanie dowodowe, a skład sędziowski własną wiedzę medyczną wykorzystuje wyłącznie w celu oceny zgromadzonego materiału dowodowego. Katalog kar, jakie może wymierzyć OSL, jest zamknięty i są to:

- upomnienie,
- nagana,
- kara pieniężna,
- czasowy zakaz pełnienia funkcji kierowniczych w jednostkach ochrony zdrowia,
- czasowe ograniczenie czynności w wykonywaniu zawodu,
- czasowe zawieszenie prawa wykonywania zawodu,
- odebranie prawa wykonywania zawodu.

W przypadku zażaleń na decyzję OROZ orzeczenie OSL jest ostateczne, natomiast w sprawach o ukaranie stronie niezadowolonej z orzeczenia przysługuje odwołanie do Naczelnego Sądu Lekarskiego, a w dalszej kolejności prawo do kasacji przed Sądem Najwyższym.

Rozprawy przed każdym sądem lekarskim co do zasady mają charakter jawny i mogą odbywać się z udziałem publiczności, a nawet mediów. Osoby obecne na rozprawie obowiązują takie same zasady zachowania, jak w sądach powszechnych.

OKRĘGOWA KOMISJA WYBORCZA

Okręgowa Komisja Wyborcza jest komisją Okręgowego Zjazdu Lekarzy wybieraną na okręgowym sprawozdawczo-wyborczym zjeździe na okres kadencji.

Zadania OKW

- przeprowadzenie wyborów delegatów na nową kadencję (przygotowanie rejonów wyborczych, wpisanie lekarzy i lekarzy dentystów do poszczególnych rejonów, ustalenie listy kandydatów na delegatów, przeprowadzenie głosowań w rejonach wyborczych, ogłoszenie wyników wyborów delegatów),
- przeprowadzenie wyborów na stanowiska funkcyjne oraz do organów izby na sprawozdawczo-wyborczym zjeździe lekarzy (prezesa Okręgowej Rady Lekarskiej, Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej i jego zastępców, członków ORL, Okręgowej Komisji Rewizyjnej, Okręgowej Komisji Wyborczej, sędziów OSL oraz delegatów na Krajowy Zjazd Lekarzy),
- przeprowadzenie wyborów na stanowiska funkcyjne w nowo wybranych organach izby (m.in. w prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej: wiceprezesów, skarbnika, sekretarza, członków prezydium),
- przyjmowanie i opiniowanie protestów przeciwko ważności wyborów,
- stwierdzanie wygaśnięcia lub utraty mandatu delegata, członka organu bądź stanowiska funkcyjnego,
- stwierdzanie uzyskania mandatu w wyniku przeprowadzenia wyborów uzupełniających,
- przeprowadzanie procedury odwoływania ze stanowisk funkcyjnych lub członkostwa w organach.

OKRĘGOWA KOMISJA REWIZYJNA

Okręgowa Komisja Rewizyjna bada działalność finansowo-gospodarczą organów izby pod względem rzetelności, gospodarności i legalności działań. Może wydawać także opinie o zamierzeniach finansowych i gospodarczych tych organów.

Zadania OKR

- kontrola działalności finansowej i gospodarczej izby,
- przedstawianie sprawozdania z działalności kontrolnej Okręgowemu Zjazdowi Lekarzy,
- przedstawianie Okręgowemu Zjazdowi Lekarzy opinii dotyczącej sprawozdania Okręgowej Rady Lekarskiej z wykonania budżetu i na tej podstawie składanie wniosku w sprawie udzielenia absolutorium Okręgowej Radzie Lekarskiej.



* Ustawa o izbach lekarskich
(Dz.U. z 2021 r., poz. 1342 z późn. zm.)



RZECZNIK PRAW LEKARZA

Rzecznik praw lekarza zajmuje się udzielaniem pomocy lekarzom – członkom OIL w Warszawie – w sprawach związanych z wykonywaniem zawodu. Działa w interesie indywidualnym i zbiorowym lekarzy oraz lekarzy dentyków, podejmując m.in. interwencje na rzecz lekarza w przypadku naruszenia jego praw i w zakresie ochrony godności zawodu.

Zadania rzecznika praw lekarza

- działania na rzecz przestrzegania praw pracowniczych, m.in. monitorowanie umów o pracę zawieranych z lekarzami, umów zawierających klauzule niedozwolone i sprzeczne z ustawą o zawodach lekarza i lekarza dentystry oraz Kodeksem pracy,
- podejmowanie działań w celu ochrony dobrego imienia lekarzy,
- występowanie w interesie grup lekarzy, a także w sprawach indywidualnych,
- występowanie do organów właściwych w prowadzonych sprawach,
- wspieranie w zakresie ochrony przed hejtem skierowanym wobec lekarzy i lekarzy dentyków oraz ochrony danych osobowych.

MEDIATOR

Szczegółowe zasady działania mediatora określają przepisy art. 23a ustawy z 6 czerwca 1997 r. Kodeks postępowania karnego (Dz.U. z 2025 r. poz. 46 z późn. zm.) oraz rozporządzenie ministra sprawiedliwości z 7 maja 2015 r. w sprawie postępowania mediacyjnego w sprawach karnych (Dz.U. z 2015 r. poz. 716).

Zadania mediatora

- analiza informacji z akt sprawy „jedynie w zakresie niezbędnym do przeprowadzenia postępowania mediacyjnego”,
- nawiązywanie kontaktu z pokrzywdzonym i obwinionym, ustalanie terminu i miejsca spotkania z każdym z nich,
- przeprowadzanie z pokrzywdzonym i obwinionym indywidualnych spotkań informujących o istocie i zasadach postępowania mediacyjnego oraz przysługujących im uprawnieniach,
- przeprowadzanie spotkania mediacyjnego obu stron,
- pomaganie w sporządzeniu ewentualnej ugody,
- sporządzanie sprawozdania z przebiegu postępowania mediacyjnego oraz jego wyników.

KRZYSZTOF SATURNIN SCHREYER

Laudabilis

Działaczom Izb Lekarskich

W pałacu jasnej, ozdobnej sali
pod Apollinem zasiedli goście.
Przedstawiciele władz przemawiali
i *Alma mater* chór śpiewał wzniośle.

Jakaż okazja i powód jaki
to zgromadzenie utworzył liczne?
Szyk, elegancja, chociaż chodaki
noszą na co dzień i białe kitle.

Gdy w Samorządzie, jakoś nie myślą,
że będą znani i wyróżnieni.
Na zaproszenie kolegów przyszli
którzy umieli ich trud docenić,

dając medale – za taką pracę,
która daleka od normalności,
bo co zyskują, kiedy czas tracą,
wszak nie dla siebie, lecz społeczności?

Dlaczego tak ich nęcą zadania
i drogi nieraz żmudne i trudne?
Godne pochwały ich dokonania,
efekty świetne, choć czasem żłudne.

Powiedział kiedyś jeden z mównicy
i zyskał aplauz sentencją swą:
zadania widzieć jak taternicy,
forsować szczyty, bo są!

21 IX 2025



Ważne wsparcie OIL

Jednym z kluczowych zadań Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie jest wsparcie jej członków i to na wielu płaszczyznach, m.in. edukacyjnej, finansowej, prawnej. Jak działają izbowe benefity? Oddajemy głos lekarzom, którzy z nich już skorzystali.

ALEKSANDRA SOKALSKA

Pośród benefitów można znaleźć pomoc prawną Lex Doctor, doradztwo podatkowe, organizację szkoleń, konferencji i wydarzeń, a także wsparcie finansowe – nie tylko w formie becikowego czy zapomóg, ale też dofinansowania edukacji, aktywności sportowej i kulturalnej oraz budżetu partycypacyjnego „Izba Lokalnie”. – *Zależało mi na tym* – wyjaśnia prezes ORL dr n. med. Artur Drobniak – *by z benefitów i możliwości poprawy swoich warunków pracy mogli swobodnie skorzystać także lekarze spoza Warszawy,*

w mniejszych ośrodkach. Budżet partycypacyjny doskonale spełnia to zadanie. Wiceprezes ORL Jakub Zakrzewski z kolei podkreśla: – *Staramy się stale rozwijać i dopracowywać ofertę benefitów dostępnych dla naszych członków oraz informować o tym jak najszerzej, m.in. w serwisie izby, na łamach „Pulsu” czy już wkrótce na specjalnych spotkaniach online, gdzie pracownik izby doradzi odpowiedni wybór benefitu i pomoże w wypełnieniu niezbędnych dokumentów. Wszystko po to, aby skorzystanie z nich było jak najprostsze.*

PO PIERWSZE, EDUKACJA

Doktor musi się kształcić całe życie, a to kosztuje. Wiedzę o tym zwłaszcza młodzi lekarze. Lek. Dominika Tkaczyk w ramach wsparcia OIL otrzymała refundację na prenumeratę czasopisma „Pediatria po Dyplomie”. – *O benefitach dowiedziałam się z serwisu izby. I gorąco je polecam! Zresztą to już drugi benefit, z którego skorzystałam* – podkreśla.

– *O benefitach dowiedziałam się na Kick-off Meeting* – mówi lek. Julia Czerw, która otrzymała 2 tys. zł dofinansowania dostępu do platformy edukacyjnej w ramach refundacji szkoleń i materiałów edukacyjnych. Na pytanie, czy trudno było je dostać, zaprzecza i wyjaśnia: – *Wniosek był dostępny na stronie internetowej i choć miałam na początku jedną wątpliwość, szybko ją rozviałam w rozmowie telefonicznej z pracownikiem izby. Potem tylko wysłałam formularz online i czekałam ok. miesiąca na decyzję. To było naprawdę proste! Można powiedzieć, że m.in. właśnie dzięki benefitowi poprawiłam swój wynik LEK-u.*

Z benefitu skorzystała także lek. Zuzanna Banaszkiewicz, która przyznane dofinansowanie przeznaczyła na szkolenie z echokardiografii serca. – *Dzięki niemu bardzo poszerzyłam swoje kompetencje, a zdobyte umiejętności mogę teraz wykorzystywać podczas rezydentury w pracy w POZ* – wyjaśnia.

PO DRUGIE, MARZENIA

Lekarze swoje doświadczenie zawodowe chcą zdobywać także za granicą. Zwykle jest to jednak kosztowna sprawa, więc czasem pozostaje wyłącznie wielkim marzeniem. Chyba że lekarz skorzysta z programu stypendialnego OIL w Warszawie, jak to zrobił lek. Rafał Zadykowicz, specjalista ginekologii i położnictwa, który w ramach stypendium izby wyjechał do Stanów Zjednoczonych. Swój pobyt opisał w artykule na łamach „Pulsu” (nr 359/2025). Wyjaśnia w nim m.in., że wszystkie wcześniejsze stypendia odbywał



Warszawski Instytut Zdrowia Kobiet Szpitala Bielańskiego w Warszawie. Dofinansowany projekt doposażenia pokoi lekarskich i podniesienia komfortu pracy lekarzy.



Państwowy Instytut Medyczny MSWiA. Dofinansowany przez OIL projekt „Szkolenie EPALS (European Pediatric Advanced Life Support) dla lekarzy – podnoszenie kwalifikacji w zakresie zaawansowanych procedur resuscytacyjnych u dzieci”.

w europejskich klinikach, lecz nigdy programy te nie obejmowały wyjazdów za ocean. – *Z pomocą przyszedł mi dopiero program stypendialny OIL w Warszawie, który nie jest ograniczony do żadnego kontynentu* – podkreśla. Warto zaznaczyć, że staż odbył w jednym z najbardziej prestiżowych ośrodków w USA – Fetal Care Center w New-York-Presbyterian Hospital, który jest szpitalem klinicznym dla uczelni należących do tzw. Ligi Bluszczowej (Ivy League) – grupy uniwersytetów uznawanych za najlepsze na świecie. – *To był mój wymarzony ośrodek* – podkreśla. Cóż, program benefitów izby pozwala także spełniać marzenia.

PO TRZECIE, INICJATYWA

Od września 2025 r. członkowie izby w ramach uruchomionego budżetu partycypacyjnego „Izba Lokalnie” mogą ubiegać się o wsparcie finansowe projektów, których celem jest organizacja wydarzeń, podniesienie jakości wyposażenia czy prace modernizacyjne. Wnioski składane do Okręgowej Izby Lekarskiej muszą uzyskać akceptację delegatów na OZL z danego rejonu

wyborczego. Program, choć zaczął działać stosunkowo niedawno, spotkał się z ogromnym zainteresowaniem. W pierwszym naborze zrealizowano już 12 projektów na łączną kwotę ponad 204 tys. zł!

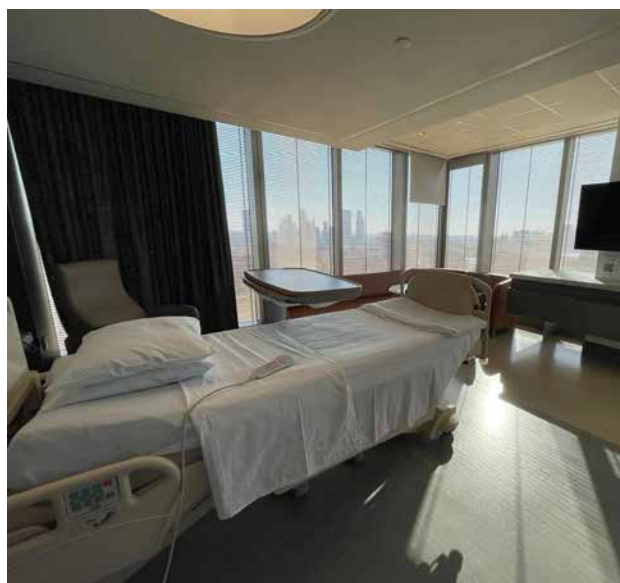
W jego ramach m.in. zakupiono dla lekarzy z Samodzielnego Publicznego Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej w Zwoleniu ergonomiczne fotele biurowe oraz sprzęt komputerowy. Lek. Krzysztof Jarosz z SPZZOZ tłumaczy: – *Ergonomiczne fotele to inwestycja w zdrowie i komfort pracy lekarzy. Z kolei*

laptop ułatwi prowadzenie dokumentacji medycznej podczas wizyt domowych, w tym wystawianie recept, skierowań i zleceń na badania. Lek. Teresa Jarosz dodaje: – *Dzięki budżetowi partycypacyjnemu został też kupiony tablet, który daje możliwość pracy zdalnej zwłaszcza w warunkach szpitala, wystawiania zleceń podczas wizyty lekarskiej.*

Innym beneficjentem budżetu został Narodowy Instytut Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji w Warszawie. Autor projektu dofinansowanego w ramach benefitu lek. Marcin Tomaszewski, specjalista ortopedii i traumatologii narządu ruchu w Klinice Reumoortopedii NIGRiR, wyjaśnia, że o budżecie partycypacyjnym lekarze dowiedzieli się z serwisu

OIL, a do złożenia wniosku zachęcała ich też dyrekcja. Dzięki dofinansowaniu projektu kupiono 15 ergonomicznych foteli, które służą lekarzom w gabinetach. Oprócz tego zakupiono także laptop ułatwiający odprawy, projektor, który jest wykorzystywany podczas odpraw, przygotowania do zabiegów operacyjnych, a także kontroli po zabiegach, oraz monitor radiologiczny służący do szczegółowego oglądania zdjęć. – *Jesteśmy zachwyceni szybkością tego projektu* – mówi lek. Marcin Tomaszewski. I wyjaśnia: – *Procedura uzyskania dofinansowania była klarowna, dobrze poprowadzona, a od zgłoszenia minęły zaledwie dwa miesiące i już mamy cały sprzęt u siebie. Dobrze, że OIL oferuje takie wsparcie. Bez budżetu partycypacyjnego na tego typu zakupy zapewne musielibyśmy jeszcze poczekać, bo przecież szpital ma zdecydowanie pilniejsze potrzeby. Dlatego jak najbardziej polecam wszystkim szpitalom i przychodniom taką formę współpracy z izbą.*

Przykładów korzystania z różnych benefitów OIL w Warszawie jest tak wiele, że oczywiście nie sposób wszystkich opisać. Więcej publikujemy w mediach społecznościowych izby. Dzięki temu lekarze i lekarze dentyści mogą je poznać, i kto wie, może znaleźć wśród nich taki, który wesprze ich rozwój, komfort, a może nawet ułatwi spełnienie zawodowych marzeń. ●



Staż w Fetal Care Center w New-York-Presbyterian Hospital w Stanach Zjednoczonych w ramach stypendium OIL.



Lekarski Uniwersytet Trzeciego Wieku „Nestor”



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 poniedziałek i 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.

Chora młodość



KAROLINA STĘPIEWSKA

Z perspektywy przeżytych lat łatwo ulec złudzeniu, że młodzi ludzie nie muszą martwić się o zdrowie, a poważne choroby w młodości to rzadkie przypadki wyjątkowego życiowego pecha. I choć lekarze wiedzą, że to nieprawda, sami czasem wpadają w pułapkę takiego myślenia. Moi rozmówcy przekonują, że skutki tej iluzji mogą być groźne.

Historie o ciężko chorych 20- czy 30-latkach pojawiają się na tyle sporadycznie, że łatwo uznać je za anegdotyczne wyjątki. Nieco częściej – choć nadal stosunkowo rzadko – słyszy się o chorobach lub śmierci czterdziestokilkulatków. Jeśli umierają, to zwykle na raka, rzadziej z powodu chorób serca, najczęściej jednak giną w wypadkach. Reakcje otoczenia są zawsze podobne: *Tak wcześnie, jaka szkoda, szok.*

ILUZJA MŁODOŚCI

Tymczasem *szok* przestał być adekwatnym określeniem choroby młodego człowieka. Dziś na niektóre schorzenia zapada się częściej i wcześniej niż kie-

dyś, a przekonanie, że młodzi nie chorują, okazuje się jedynie myśleniem życzeniowym. Łatwo przyzwyczaić się do uproszczeń.

Owszem, młodzi pacjenci nie łykają jeszcze masowo leków na nadciśnienie, nie zbijają powszechnie cholesterolu statynami i nie są to doświadczenia wspólne całym pokoleniom zetek i milenialsów. Faktem jest jednak, że problemów zdrowotnych w tych grupach wiekowych przybywa, a pacjent przed czterdziestką w gabinecie endokrynologa czy androloga nie jest już rzadkością. U onkologa, niestety, również.

Otyłość, zaburzenia hormonalne, choroby metaboliczne, nowotwory ją-

der i piersi, rak jelita grubego, depresja – tak choruje dzisiaj młodość.

ZA MŁODZI NA RAKA?

Onkolodzy widzą wyraźnie, że młodych pacjentów przybywa: – *Jeszcze kilkanaście lat temu mówiliśmy o ok. 500 zachorowaniach na raka piersi u kobiet przed 40. rokiem życia. Dziś jest ich ponad 1000. Częściowo może to wynikać z lepszej diagnostyki, ale podwojenie liczby rozpoznań nie jest przypadkowe. To sygnał, którego nie wolno ignorować* – podkreśla dr n. med. Katarzyna Pogoda, onkolog kliniczny z Kliniki Nowotworów Piersi i Chirurgii Rekonstrukcyjnej w Narodowym Instytucie Onkologii





fot. licencja OIL w Warszawie

im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowym Instytucie Badawczym.

Im bliżej czterdziestki, tym liczba zachorowań większa. Wzrost widać jednak w każdej grupie wiekowej między 18. a 40. rokiem życia. – *Nie wolno zakładać, że młody wiek chroni przed nowotworem* – przekonuje dr Pogoda. – *Czasem słyszę od moich pacjentek, że ginekolog powiedział im, że są za młode, by mieć raka piersi. W takich sytuacjach diagnostyka bywa opóźniona. Tymczasem przy każdej niejednoznacznej zmianie podstawą powinno być wykluczenie choroby nowotworowej – dopiero wtedy można powiedzieć pacjentce, że jest zdrowa.*

U młodych mężczyzn coraz częściej diagnozuje się natomiast raka jądra. Lek. Paweł Jędrzejczyk, urolog i androlog, mówi: – *Ok. 80 proc. zachorowań dotyczy pacjentów przed 40. rokiem życia. To jeden z nielicznych nowotworów, których częstość występowania w krajach rozwiniętych rośnie. W Polsce rocznie diagnozuje się ok. 1000–1200 nowych przypadków, głównie w grupie wiekowej 18–44 lat.*

Systematycznie zwiększa się także liczba młodych pacjentów dr hab. n. med. Nastazji Dagny Pilonis, profesor CMKP, gastroenterolog z Kliniki Gastroenterologii Onkologicznej w Narodowym Instytucie Onkolo-

gii – Państwowym Instytucie Badawczym. Mowa tu o dorosłych nawet ok. 30. roku życia: – *Jeszcze kilka lat temu takie zachorowania były rzadkie, pojawiały się sporadycznie, natomiast dziś regularnie spotykamy coraz młodszych pacjentów z nowotworami przewodu pokarmowego, którzy trafiają do nas na pogłębioną diagnostykę i leczenie* – zauważa dr Pilonis.

Te obserwacje znajdują potwierdzenie w statystykach. – *Ostatnio jednym z najbardziej szokujących epidemiologicznych doniesień był artykuł w prestiżowym czasopiśmie „JAMA”, który wykazał, że u osób poniżej 50. roku życia rak jelita grubego jest obecnie główną*

przyczyną zgonów z powodu nowotworów – mówi gastroenterolog. – *To coś zupełnie nowego i alarmującego, a jednocześnie potwierdzenie naszych subiektywnych obserwacji, że nowotwory przewodu pokarmowego u młodych dorosłych stają się poważnym problemem epidemiologicznym.*

Niestety, podobnie jak w przypadku pacjentek dr Pogody, i tutaj symptomy młodych ludzi bywają bagatelizowane: – *Często początkowe objawy raka jelita grubego, takie jak krwawienie, są lekceważone lub tłumaczone jako hemoroidy, a młodych dorosłych diagnozuje się zbyt późno. Warto więc obniżyć próg do pogłębionej diagnostyki, aby szybciej wychwycić chorobę* – przekonuje dr Nastazja Pilonis.

Czas postawienia diagnozy ma kluczowe znaczenie dla powodzenia leczenia onkologicznego. Dane pokazują jednak, że młodzi pacjenci często czekają na rozpoznanie dłużej niż osoby starsze. U tych ostatnich uważność onkologiczna jest większa. W młodszych grupach nie ma badań przesiewowych, co paradoksalnie usypia czujność zarówno pacjenta, jak i systemu. Skoro nie ma np. mammografii, pojawia się myśl: *jestem za młoda, by zachorować.*

WIERZCHOŁEK GÓRY LODOWEJ

Młodzi ludzie zmagają się też z powszechniejszym niż kiedyś problemem nadmiernej masy ciała. – *Coraz częściej rozpoczynamy u nich leczenie farmakologiczne nadwagi i otyłości. Fakt, że niektóre leki są zarejestrowane już od 12., a nawet od 6. roku życia, najlepiej pokazuje skalę problemu* – mówi dr hab. n. med. Alina Kuryłowicz, profesor CMKP, endokrynolog, diabetolog i specjalista chorób wewnętrznych.

Zanim całą winę zrzucimy na nieodpowiednią dietę – co oczywiście jest nie bez znaczenia – przyjrzyjmy się młodemu pokoleniu uważnie.

Dzieciństwo i okres dojrzewania dziejszych młodych dorosłych przypadły na eksperymentalne czasy, jeśli weźmiemy pod uwagę świat cyfrowy oraz doświadczenie pandemii – wraz z wywołaną przez nią izolacją i brakiem kontaktów społecznych. Wszystko to przekłada się na dobrostan młodych ludzi, ich zdrowie psychiczne i fizyczne.

Dostrzega to dr Kuryłowicz, która podkreśla, że bardzo często ma do czynienia z problemami „naczyń połączonych”: – *Czasem są to młodzi ludzie, którzy od kilku lat leczą się psychiatrycznie, innym razem depresja pojawia się w konsekwencji wielokrotnych, nieskutecznych prób redukcji masy ciała. Zdarza się, że już podczas pierwszej wizyty rozpoznają wczesne objawy depresyjne i wspólnie z pacjentem podejmujemy decyzję o konieczności konsultacji psychiatrycznej.*

Do gabinetu endokrynologa trafiają też młode kobiety z zaburzeniami miesiączkowania, objawami hiperandrogenizacji: – *Jest to silnie ze sobą powiązane, często wynika z zaburzeń hormonalnych spowodowanych nieprawidłową masą ciała i nieprawidłowym funkcjonowaniem tkanki tłuszczowej* – wyjaśnia dr Alina Kuryłowicz.

Jednak otyłość to zaledwie wierzchołek góry lodowej. Coraz częściej młodzi pacjenci zgłaszają się do lekarzy z problemami, które jeszcze niedawno kojarzyliśmy z osobami po czterdziestce. Ogromną rolę odgrywa tu styl życia: zdecydowanie mniejsza aktywność fizyczna, długie godziny spędzane w pozycji siedzącej, nieregularne odżywianie i duże spożycie żywności wysokoprzetworzonej. Efektem są zaburzenia metaboliczne, które dziś obserwujemy już u nastolatków i 20-latków.

– *Mówimy o nieprawidłowych poziomach glukozy, a czasem nawet jawnej cukrzycy; o zaburzeniach lipidowych i nadciśnieniu tętniczym* – wylicza dr Kuryłowicz.

– *Wielu młodych pacjentów zgłasza się z przewlekłym zmęczeniem, problemami z koncentracją i podejrzeniem choroby tarczycy* – dodaje. – *Nierzadko wyniki badań hormonalnych okazują się prawidłowe, co staje się punktem wyjścia do rozmowy o stylu życia. W dodatkowych badaniach widzimy często nieprawidłowy lipidogram – podwyższone triglicerydy, niski poziom HDL – co sugeruje dietę bogatą w cukry proste i małą aktywność fizyczną. Coraz częściej u bardzo młodych osób obserwujemy także podwyższoną aktywność enzymów wątrobowych, zwłaszcza ALT, co może świadczyć o stłuszczeniu wątroby.*

Pokrywa się to z codzienną praktyką lek. Pawła Jędrzejczyka: – *Każdy urolog, a tym bardziej androlog, spotyka w swoim gabinecie młodych mężczyzn z wieloma problemami: od onkologicznych, takich jak guz jądra, po zaburzenia hormonalne, w tym poziomu testosteronu, problemy z płodnością, zaburzenia erekcji, a także kwestie metaboliczne i psychosomatyczne. Wszystko to pojawia się coraz częściej.*

Z ostrożnym optymizmem o zdrowiu młodych pacjentów wypowiada się natomiast dr n. med. Michał Machowski, specjalista kardiologii i chorób wewnętrznych z oddziału intensywnej opieki kardiologicznej w Szpitalu Dzieciątka Jezus w Warszawie. Ostrożnym, bo od czasu pandemii obserwuje on więcej przypadków zapaleń osierdzia i mięśnia sercowego. – *Częściowo wynika to z faktu, że mamy dziś nieporównywalnie lepszy dostęp do diagnostyki, przede wszystkim do rezonansu magnetycznego* – wyjaśnia. Dodaje, że coraz więcej pacjentów ok. 30. roku życia zgłasza się do niego z nadciśnieniem tętniczym. Wśród młodszych dominują zaburzenia rytmu serca, zwykle łagodne.

CO ZA TYM STOI?

Moi rozmówcy są zgodni: za wzrost zachorowań młodych dorosłych w dużej mierze odpowiada współczesny styl życia. Lek. Paweł Jędrzejczyk, omawiając przyczyny raka jąder, wymienia czynniki takie jak: zanieczyszczenie żywności, chemiczne konserwanty, promieniowanie elektromagnetyczne, praca siedząca, przegrzewanie jąder, niska aktywność fizyczna czy niezdrowa dieta. – *To wszystko może także wpływać na pogarszającą się męską płodność* – zauważa. – *Zaburzenia płodności i rak jądra w pewnym stopniu się pokrywają.*

W podobnym tonie wypowiada się dr Katarzyna Pogoda: – *Zmieniło się podejście do prokreacji: kobiety rodzą rzadziej albo później, a brak ciąży wiąże się z nieco wyższym ryzykiem zachorowania. Do tego dochodzi otyłość, a to też ma swoje konsekwencje onkologiczne.*

Z kolei dr Nastazja Pilonis podkreśla, że przyczyn zwiększonej liczby zachorowań na nowotwory przewodu pokarmowego u ludzi poniżej 50. roku życia nie można prosto wytłumaczyć:

– To problem wieloczynnikowy. Badacze wskazują przede wszystkim na zmiany trybu życia, jakich doświadczają współczesne pokolenia. W porównaniu z poprzednimi generacjami osoby te są znacznie bardziej narażone na styl życia i różne czynniki środowiskowe, które wcześniej występowały w mniejszym stopniu. Chodzi m.in. o częstsze stosowanie antybiotyków i związane z tym zaburzenia mikroflory jelitowej, przetworzoną żywność oraz dodatki i konserwanty w produktach spożywczych. Istotne są również nowe źródła promieniowania, a także częstsze podróże lotnicze. Wszystkie te czynniki składają się na ekspozycję, której wcześniejsze pokolenia nie doświadczały w takim stopniu.

Nie wszyscy młodzi pacjenci – mimo dużego zainteresowania treściami okołodrowotnymi w mediach społecznościowych – są świadomi tego, że modyfikacja stylu życia może poprawić ich zdrowie. Lek. Paweł Jędrzejczyk zauważa, że młodzi mężczyźni często utożsamiają zmęczenie, przewlekły stres czy złe nawyki żywieniowe z niedoborem testosteronu i zgłaszają się do niego z obawą o zaburzenia hormonalne.

– Część z nich rzeczywiście wymaga diagnostyki i leczenia, ale większość problemów da się rozwiązać poprzez zmianę stylu życia: więcej ruchu,

odpowiednią dietę, regenerację oraz ograniczenie stresu.

POTRZEBA ZMIAN

Nie tylko styl życia młodych dorosłych wymaga modyfikacji. System ochrony zdrowia wciąż działa tak, jakby młodość była tarczą ochronną, a wiek zwalniał z czujności, skracał kolejki do diagnostyki i unieważniał objawy. To nie choroby są dziś największym zaskoczeniem, lecz to, jak często młodzi pacjenci trafiają do specjalisty za późno – bo wcześniej ktoś uznał, że w tym wieku to niemożliwe.

– Największym problemem w mojej ocenie pozostaje zaniedbanie profilaktyki. Słabo kontrolujemy podstawowe czynniki ryzyka – zarówno nadciśnienie, jak i hipercholesterolemię. Lipidogram powinien być koniecznie wykonany w 40. roku życia, a pierwszy – oraz lipoproteina (a) – najlepiej wcześniej. Większa dbałość o szczegóły mogłaby przynieść realną zmianę – przekonuje dr Michał Machowski.

Lekarze, zarówno rodzinni, jak i specjaliści, mogą wspierać młodych pacjentów, jednak – jak zauważa lek. Paweł Jędrzejczyk – nie zawsze jest to oczywiste: – W warunkach, w których wizyta trwa kilka minut, niemożliwe jest prowadzenie pełnej rozmowy edukacyjnej.

Dlatego działania systemowe, edukacja i profilaktyka mają kluczowe znaczenie.

– Ogromne nadzieje wiązaliśmy z edukacją zdrowotną w szkołach. Niestety, temat ten jest realizowany w ograniczonym zakresie, a przecież edukacja dzieci to inwestycja w zdrowie przyszłych dorosłych – podkreśla dr Alina Kuryłowicz.

Dr Nastazja Pilonis jest zdania, że trzeba działać w zakresie profilaktyki pierwotnej, ale stawiać też na naukę: – W populacji należy systemowo, już w przedszkolach, promować zdrowy tryb życia, a w opiece zdrowotnej – wykazywać większą czujność wobec młodych pacjentów i prowadzić badania, które pozwolą lepiej poznać przyczyny wzrostu zachorowań i umożliwią skuteczne interwencje.

Młodzi ludzie chorują coraz częściej i coraz ciężiej. Problemy z płodnością, zaburzenia hormonalne, otyłość, choroby metaboliczne, nowotwory, przewlekły stres są coraz powszechniejsze. Wszystko to ma konsekwencje nie tylko dla zdrowia jednostek, ale i dla całego społeczeństwa. Dlatego następnym razem, gdy młody człowiek będzie się skarżył na zdrowie, potraktujmy jego objawy z należytą czujnością. Nikt nie jest za młody na trafną – i postawioną na czas – diagnozę. ●

Kupujemy placówki POZ

Jesteśmy rodzinną firmą z polskim kapitałem, od 25 lat działającą w branży medycznej i farmaceutycznej. Rozwijamy sieć placówek opartych na wartościach medycyny rodzinnej.

- Przejmujemy ciężar zarządzania i formalności, aby lekarze mogli skupić się na leczeniu pacjentów.
- Kupujemy przychodnie POZ z poszanowaniem ich dorobku, reputacji oraz relacji budowanych z pacjentami przez lata.

Zapraszamy do rozmowy o sprzedaży placówki POZ.

Kontakt:



tel. 729-052-184



e-mail: piotr.burdach@s-lab.pl

S-LAB



Oferujemy:

- ➔ zakup placówek POZ,
- ➔ bezpieczną i uporządkowaną sukcesję,
- ➔ pełne wsparcie administracyjne i operacyjne,
- ➔ zachowanie ciągłości funkcjonowania przychodni,
- ➔ stabilność zatrudnienia zespołu medycznego.

MŁODOŚĆ



JERZY BRALCZYK
językoznawca

O ile pochodzenie słowa *stary* wiąże się z pojęciami stałości, stabilności, a dalej mocy, krzepy – o tyle słowo *młodość* ma za przodków rdzenie łączące się z pojęciami miękkości, labilności, giętkości, a dalej słabości. Pra-indoeuropejski *meld-* oznaczało ‘miękki’, ‘delikatny’, a także ‘giąć’, w grece *malthakos* to ‘miękki’, nawet w angielskim *mild* to ‘łagodny’. Takie, giętkie, miękkie, słabe, są młode rośliny i ich młode pędy, a w języku człowiek i roślina mają wiele wspólnego. Tacy też, słabi, delikatni, jesteśmy w bardzo wczesnej młodości, czyli jako małe dzieci.

Dzisiaj oczywiście z młodością nie kojarzymy już słabości. To, przeciwnie niż wskazuje etymologia, starość jest słaba, a młodość silna. *Młodości, orla twych lotów potęga, jako piorun twoje ramię!* – wołał Mickiewicz, kiedy był młody (w wieku dojrzałym wspominał swoją młodość jako *chmurną i durną*).

Teraz zresztą wczesnego dzieciństwa z młodością nie łączymy. *Dzieciństwo* to co innego niż *młody wiek*, dziecko jest *małe*, *młodzi* jesteśmy potem. I *młodość* to ten młody wiek, i nasz stan, kiedy jesteśmy młodzi. Jak pisał biskup Krasiński w swoim dziewiętnastowiecznym „Słowniku synonimów”, słowo *młodość* bierze się też w znaczeniu tego, co jest właściwe młodemu wiekowi, na przykład jego żywość, niedoświadczenie, słowem naturę młodego wieku, jego zalety i wady.

Czego więcej? W literaturze znajdziemy chyba więcej pochwał i tęsknot, te pierwsze biorą się, jak się zdaje, z tych druhich. O młodości poeci pisali niezwykle często, cytaty pamiętamy. Ciekawe, że wiele z nich to apele do młodości, tak jakby była jakimś bytem odrębnym od nas – i jest, kiedy ją tracimy czy straciliśmy.

Nasz ambiwalentny stosunek do młodości wyraża się m.in. mnogością słów pochodnych. Jeśli weźmiemy pod uwagę tylko słowa oznaczające ludzi młodych, a pochodzące od przymiotnika *młody*, zadziwia ich wielość, przy czym nieste-

ty odnotowujemy tu wyraźną przewagę określeń młodych mężczyzn – wiele nazw młodych kobiet pojawiało się tylko efemerycznie, słowniki je odnotowały, ale dzisiaj wydają nam się co najmniej dziwaczne. Poniżej te określenia (z gwiazdkami słowa, co z użycia wyszły). Młode panie i panienki to alfabetycznie: **młodolatka*, **młoducha*, **młoduchna*, **młoduszka*, *młodzianka*, **młodzica*, **młodzieńca*, *młódka*. A młodzi panowie to: **młodniś*, **młodolat*, **młodysz*, *młodziak*, *młodzian*, *młodzianek*, **młodzianin*, **młodziec*, *młodzieniec*, **młodzieniaczek*, *młodzieniaszek*, *młodzik*, **młodzionek*, *młokos*. Widać, jak szukano określeń, zwłaszcza dla *młodzieńców* i *młokosów*.

A razem, *młodzi* i *młode*, to *młodzież*. Wyraz w liczbie pojedynczej, oznaczający mnogość. O zbiorze dzieci jeszcze możemy powiedzieć *dziatwa*, ale ludzie dojrzały i starcy takich nazw zbiorowych (zwanych *collectiva*) już nie mają. Słowo *młodzież* bywało zresztą (a bodaj czy nie jest do dzisiaj) wykorzystywane propagandowo, było obecne w różnych nazwach i hasłach. I mieliśmy jeszcze piękne, choć nieco patetycznie napuszone słowo *młódź*.

Przysłów o młodości i o młodych ludziach mieliśmy bardzo wiele, choć przypominamy sobie głównie to, w którym wyrozumiale podkreśla się, że „młodość musi się wyszumieć”. Inne, również te mniej młodości życzliwe, rzadziej są przywoływane. A i we frazeologii widać tę wyrozumiałość. O *błędach młodości* mówimy na ogół tolerancyjnie, wręcz pięknie rysują się *szaleństwa młodości*, o *burzliwej młodości* myślimy raczej przychylnie, skłonni jesteśmy też mówić o jakichś rzekomych *przywilejach młodości*. Krótko mówiąc, *młodość ma swoje prawa*.

Szkoda, że mija. Ale pamiętajmy, że oprócz prawdziwej młodości mamy, kiedyś już *nie pierwszej młodości*, w zapasie *drugą młodość*, a niektórzy nawet podobno *trzecią*. ●



Ubezpieczenie od powikłań w życiu zawodowym



OCHRONA PRAWNA

Ryzyko zawodowe? Mamy na to receptę. Zawód lekarza jest zawodem podwyższonego ryzyka. W wielu sytuacjach **lekarze mogą potrzebować porady lub interwencji prawnika**. Pacjenci coraz skuteczniej walczą o odszkodowania od lekarzy. **Liczba spraw zgłaszanych do prokuratury wciąż rośnie**. Dlatego warto, aby każdy lekarz zapewnił sobie odpowiednią ochronę. W ramach ubezpieczenia kosztów ochrony prawnej oferujemy **profesjonalną poradę prawną**.

Dlaczego warto mieć ubezpieczenie kosztów ochrony prawnej?



PRZYKŁAD 1

Za **nieprawidłowo przeprowadzony zabieg usunięcia zęba** przyznano zadośćuczynienie w wysokości **8000 zł**. W trakcie zabiegu doszło do złamania szczęki pacjentki, co spowodowało znaczny dyskomfort i konieczność leczenia. Ustalając wysokość świadczenia, uwzględniono dolegliwości oraz skutki zdarzenia.



PRZYKŁAD 2

Za **błąd medyczny**, który doprowadził do urodzenia dziecka w stanie zamartwicy, skutkującego trwałym kalectwem, przyznano rodzinie dziecka zadośćuczynienie w wysokości **1,7 mln zł, a wraz z odsetkami – ponad 3 mln zł**.

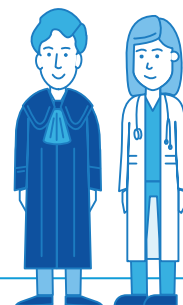
Co zyskasz

Możemy pokryć lub zwrócić koszty ochrony prawnej, jeśli lekarz zostanie oskarżony m.in. o:

- **niewłaściwą diagnozę** schorzenia,
- **nierzetelne informowanie** pacjenta o stanie zdrowia,
- **nieudzielenie pomocy**,
- **spowodowanie śmierci**,
- **ujawnienie danych osobowych** pacjenta.

W ramach ubezpieczenia możemy pokryć koszty m.in.:

- porady prawnej,
- wynagrodzenia adwokata lub radcy prawnego,
- sądowe.



Najważniejsze informacje



Aby skorzystać z ubezpieczenia lub zgłosić problem prawny, ubezpieczony powinien zadzwonić pod **specjalny numer infolinii: +48 22 505 16 04**.

ins INS Services

PZU SA jest reprezentowany przez agenta ubezpieczeniowego INS Services. Aby zawrzeć umowę ubezpieczenia, skontaktuj się z biurem INS Services w wybrany sposób:

- ✓ dzwoniąc pod numery: 22 494 36 50, 577 930 370, 577 930 380 lub 577 930 560 (opłata zgodna z taryfą operatora),
- ✓ pisząc na adres: biuro@ins-med.pl,
- ✓ za pośrednictwem strony: ins-med.pl.

Zakładem ubezpieczeń jest PZU SA. Szczegółowe informacje o zakresie ubezpieczenia, w tym o wyłączeniach i ograniczeniach odpowiedzialności, znajdziesz w ogólnych warunkach ubezpieczenia (OWU) kosztów ochrony prawnej związanych z wykonywaniem zawodu medycznego, ustalonych uchwałą nr UZ/139/2019 z dnia 29 maja 2019 r. Zarządu PZU SA ze zmianami ustalonymi uchwałą nr UZ/294/2023 z dnia 23 października 2023 r., wraz z postanowieniami dodatkowymi i odmiennymi od OWU – dostępnych na stronie ins-med.pl w zakładce „Ubezpieczenia dla lekarzy”.

Spotkanie pokoleń



MAGDALENA FLAGA-ŁUCZKIEWICZ
pełnomocniczka ds. zdrowia lekarzy

Pamiętam dziwne uczucie, gdy wśród moich pacjentów (a przyjmuję tylko osoby dorosłe) zaczęły pojawiać się osoby z numerem PESEL zaczynającym się od dwóch zer.

Niepostrzeżenie stałam się postacią z innej epoki, choć wciąż nie czuję się przecież staro. A osoby urodzone w roku 2000 właśnie kończą studia medyczne i lada chwila zaczną nas leczyć!

Natrafiłam ostatnio przypadkiem na zestawienia zdjęć ludzi w tym samym wieku, dzisiejszych i tych sprzed kilkudziesięciu lat. Zadziwiająca różnica! A pamiętacie filmowego Czterdziestolatka? Był panem w średnim wieku, z poważnym wąsem, ubierającym się i zachowującym, jak na statecznego człowieka przystało. Obecni czterdziestolatki wydają się młodsi zarówno duchem, jak i wyglądem. Kiedyś kobieta rodząca pierwsze dziecko po trzydziestce była późną mamą, dziś nikogo to nie dziwi, a zdarzają się i pierworódki po czterdziestce. Rodzi się – *nomen omen* – pytanie, kiedy człowiek XXI wieku przestaje być młody?

Dużo mówi się o kryzysie kondycji psychicznej młodych – o młodzieży,

której pandemia odebrała szkolne relacje, o nieobecnych rodzicach i wszechobecnym wirtualnym świecie, o bezstresowym wychowaniu, helikopterowym rodzicielstwie, małej odporności psychicznej młodych ludzi, o świecie, w którym poczucie bezpieczeństwa burzą kryzysy geopolityczne, gospodarcze i klimatyczne. Albo że być może prawdziwe jest powiedzenie, że ciężkie czasy kształtują silnych ludzi, którzy kreują dobre czasy, w których z kolei wyrastają słabi ludzie. Młodzi dorośli między 18. a 25. rokiem życia mierzą się z tzw. kryzysem ćwierćwiecza (ang. *quarter life crisis*), lękiem o przyszłość zawodową i prywatną, poczuciem osamotnienia i wypalenia, presją. Pojawiają się używki, uzależnienia behawioralne,

ryzykowne zachowania. Bogata z pozoru sieć kontaktów niekoniecznie jest źródłem realnego wsparcia i poczucia przynależności, relacje rodzinne bywają rozluźnione i trudne, a przyszłość dzisiejszego świata niepewna. Ponieważ nie czuję się wystarczająco kompetentna w zakresie socjologii, polityki, ekonomii czy ekologii, nie podejmę się głębszej analizy zjawisk wchodzących w zakres tych dziedzin. (Na marginesie: gdy czytam czasem wywody różnej maści ekspertów niemających nic wspólnego z naukami medycznymi, którzy wypowiadają się na temat zdrowia i metod leczenia, to zaczynam się zastanawiać, czy wprowadzony niedawno w Chinach zakaz wypowiadania się publicznie na tematy, w których nie ma się potwierdzonych kompetencji, nie jest w gruncie rzeczy sensowny).

Mogę za to opowiedzieć o tym, co widzę i słyszę w gabinecie, gdy trafiają do mnie uczniowie klas maturalnych i studenci. Czy jest ich wielu? Mam wrażenie, że coraz więcej, jednak nie wynika to chyba tylko ze wzrostu częstości zaburzeń psychicznych wśród młodych. Młodsze pokolenie zadziwia swoją świadomością i otwartością na tematy zdrowia psychicznego. Ze złamaną nogą zgłoszą się do ortopedy, z kołataniem serca do kardiologa, z trądzikiem do dermatologa, a z objawami lękowymi do psychiatry. Korzystanie z pomocy psychiatry czy psychologa nie jest stygmatyzowane w takim stopniu jak kiedyś ani traktowane jak coś niezwykłego. *Źle się czuję psychicznie, więc idę do specjalisty*. Nastolatkom zdarza się wprost komunikować rodzicom, że chcą się zapisać do lekarza.

Ciekawym zjawiskiem ostatnich lat są wizyty, na które zgłaszają się pacjenci nie w wyraźnym kryzysie zdrowia psychicznego, ale po to, by porozmawiać o zastraszających ich cechach osobowości,



fot. licencja OIL w Warszawie

zachowania czy reagowania na bodźce, zweryfikować swoje hipotezy odnośnie do potencjalnych rozpoznai (np. spektrum autyzmu), poradzić się co do najlepszego wyboru nurtu i formy psychoterapii. Młodzi ludzie nie pamiętają czasów bez internetu, często świetnie znają angielski, mają sporą wiedzę na temat zaburzeń psychicznych, ich objawów i leczenia (co prawda nie zawsze ze zweryfikowanych naukowo źródeł) i bywają bardzo dociekliwi. W świecie, w którym do każdej osoby, także autorytetu czy idola, można po prostu napisać na komunikatorze i nawiązać konwersację, panuje demokratyczna równość, a lekarz nie jest onipotentną figurą skąpaną w blasku niedostępnej maluczkim wiedzy, tylko partnerem, z którym przedyskutowuje się kwestie swojego zdrowia, korzystając z jego eksperckiej opinii bynajmniej nie bezkrytycznie. Czy my, dinozaury z ubiegłego wieku, jesteśmy gotowi na takie relacje z pacjentami?

Psycholodzy społeczni i eksperci zarządzania opisują charakterystyczne dla

kolejnych pokoleń cechy, zachowania, spojrzenie na świat, sposób wchodzenia w relacje. Pojawiają się instrukcje, jak boomersi, pokolenie X, milenialsi, igrzyski, płatki śniegu itd. mogą się zrozumieć i współpracować ze sobą, bo bywa to wyzwaniem. Jesteśmy świadkami i uczestnikami ścierania się pokoleń na co dzień w dyżurkach i gabinetach, gdy wzajemne oczekiwania i style komunikacji się zderzają. *Kiedyś to były czasy!* spotyka się z dyskretnym wywracaniem oczami, pracoholizm z obsesyjnym dbaniem o *work-life balance*, bezpośrednio, skracać dystans podejście do innych z feudalnymi tradycjami, lęk przed krytyką z bezpardonowym dawaniem informacji zwrotnych, beztroska z nadodpowiedzialnością. Różnorodność pokoleniowa może być źródłem trudności i konfliktów w zespole, jeśli jego członkowie traktują ją jak przeszkodę na drodze do idealizowanej homogeniczności grupy. Pielęgnowanie żalu, złości, urazy i pretensji rodzi podziały, w atmosferze wrogości trudno o dialog. Tymczasem

od dawna wiadomo, że jednorodne grupy tkwią w stagnacji i hamują rozwój, a różnorodność jest kluczowa, by zespół mógł rozkwitać. Gdy udaje się stworzyć atmosferę otwartości, szacunku i życzliwości, członkowie zespołu zaczynają się uzupełniać, uczą się od siebie nawzajem, bo nagle okazuje się, że każdy ma coś cennego do zaoferowania. Dobre funkcjonowanie grupy sprzyja rozwojowi jednostek. Wszyscy wygrywają! Pozostaje tylko wdrożyć tę strategię we wszystkich miejscach pracy i nasz świat będzie wspanialszy. Zaraz, zaraz... tylko jak tego dokonać?

Co jest dla mnie wyzwaniem w relacjach z osobami stojącymi u progu dorosłości? Czy udaje mi się ich naprawdę wysłuchać i zrozumieć, zobaczyć świat i samą siebie ich oczami? Czy nie przybieram postawy „starego zgreda”, który wie lepiej? Co mogę im zaoferować i czego się od nich nauczyć? Czy spotkamy się gdzieś pośrodku tej magicznej przestrzeni między nami, zwanej relacją? I jak to spotkanie może nas zmienić? ●

Lekarz nie powstaje w sześć lat

Ilu lekarzy naprawdę potrzebuje Polska?

Jeszcze dekadę temu Polska była symbolem niedoboru lekarzy. Dziś kształcimy ich na potęgę, rocznie na kierunek lekarski trafia ok. 9 tys. studentów. Czy to już nadmiar, czy wciąż konieczność? O długofalowych skutkach tej decyzji, przyszłości stażu podyplomowego i jakości szkolenia specjalizacyjnego rozmawiamy z **prof. dr. hab. n. med.**

Mariuszem Klenckim, dyrektorem Departamentu Rozwoju Kadr Medycznych w Ministerstwie Zdrowia.

rozmawiała **DOROTA LEBIEDZIŃSKA**

fot. archiwum prywatne



ropejskiej. Właśnie dlatego od kilkunastu lat systematycznie zwiększono limity przyjęć na kierunki lekarskie. Dziś mamy ok. 9 tys. miejsc rocznie dla studentów studiujących po polsku. To rzeczywiście bardzo dużo, zwłaszcza jeśli przypomnimy sobie czasy, gdy limity oscylowały wokół 3 tys. Trzeba jednak pamiętać, że efektów tego wzrostu przeciętny pacjent jeszcze nie odczuwa, bo lekarz „nie powstaje” w sześć lat. Cykl kształcenia lekarza jest długi – od rozpoczęcia studiów do uzyskania tytułu specjalisty mija 12–13 lat.

Czyli na skrócenie kolejek jeszcze poczekamy?

Tak, zwłaszcza jeśli mówimy o kolejkach do ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Natomiast w statystykach już widzimy efekty. W 2024 r. zbliżyliśmy się do poziomu czterech lekarzy na tysiąc mieszkańców, czyli niemal do śred-

niej unijnej. To wyraźny postęp, choć nadal nie jesteśmy w sytuacji, w której moglibyśmy „odjechać” reszcie Europy.

Dlatego postulaty, by już teraz radykalnie ograniczać limity przyjęć, uważam za przedwczesne. Jednocześnie trzeba jasno powiedzieć, że nie ma już miejsca na dalsze tak dynamiczne zwiększanie liczby studentów.

Staż podyplomowy – likwidować czy reformować? OIL zdecydowanie mówi „nie” jego likwidacji, a ministerstwo?

Zdania są podzielone – także w samym środowisku lekarskim. Warto pamiętać, że w większości krajów europejskich stażu podyplomowego w klasycznej formie nie ma. Funkcjonuje on m.in. w krajach skandynawskich, Rumunii, Bułgarii, Portugalii czy na Malcie – i oczywiście w Polsce.

To, czy staż jest potrzebny, zależy od całego modelu kształcenia. A ten w Polsce w ostatnich latach znacząco się zmienił, zwłaszcza na szóstym roku studiów lekarskich. Wprowadzono intensywne, praktyczne nauczanie kliniczne – to była mała rewolucja. Część funkcji, które 20 lat temu pełnił staż podyplomowy, została *de facto* przeniesiona na studia.

Dlatego dzisiaj nie proponujemy likwidacji stażu, ale jego skrócenie do sześciu miesięcy. To rozwiązanie pośrednie, ponieważ nadal mamy elementy, których nie da się w pełni zrealizować na studiach.

Jakie zatem elementy stażu powinny zostać?

Szczególnie istotna jest jego część personalizowana. Staż to moment, w którym młody lekarz może jeszcze przed wyborem specjalizacji sprawdzić, czy dana ścieżka rzeczywiście mu odpowiada. To bardzo ważne doświadczenie i chcemy je zachować.

Na jednej z konferencji padły dane dotyczące umiejętności absolwentów – młodzi lekarze nie radzą sobie z podstawowymi procedurami. Czy nie grozi nam obniżenie jakości kształcenia?

Nie znam szczegółów tych danych, ale żeby rzetelnie ocenić sytuację, należałoby porównać umiejętności absolwen-

o co nam aż tylu studentów medycyny?

Odpowiadając na to pytanie, trzeba spojrzeć na system ochrony zdrowia w dłuższej perspektywie. Przez co najmniej kilkanaście lat mieliśmy ewidentny niedobór lekarzy, co było widoczne zwłaszcza na tle innych krajów Unii Eu-

tów studiów z kompetencjami lekarzy po zakończeniu stażu podyplomowego. Często idealizujemy staż, opierając się na wyobrażeniach, a nie na realiach.

Poza tym musimy jasno powiedzieć jedno: ani lekarz kończący studia, ani lekarz po stażu nie są w pełni doświadczonymi specjalistami. To dopiero początek drogi zawodowej. W każdym systemie ochrony zdrowia kluczową rolę odgrywają pierwsze lata szkolenia specjalizacyjnego. Musimy też odejść od przekonania, że jesteśmy w stanie kształcić lekarzy „od wszystkiego”. Medycyna stała się zbyt złożona.

Zatrzymajmy się więc na szkoleniu specjalizacyjnym. Dlaczego w niektórych dziedzinach – jak interna – jest wiele wolnych miejsc, a w innych, np. anestezjologii, sytuacja wygląda odwrotnie?

To nie jest kwestia braku miejsc szkoleniowych, tylko atrakcyjności danej specjalizacji. Choroby wewnętrzne są dziś dla młodych lekarzy mało atrakcyjne, stąd wiele wolnych miejsc. Tymczasem liczba anestezjologów w Polsce systematycznie rośnie, choć potrzeby rosną jeszcze szybciej, wraz z liczbą procedur wykonywanych w znieczuleniu.

Jednocześnie obserwujemy zjawisko nadmiernie wąskiej specjalizacji. Dawniej naturalną ścieżką była interna, a dopiero potem specjalizacja szczegółowa. Dziś ten etap bywa pomijany, co ma negatywne konsekwencje dla całościowego podejścia do pacjenta z wielochorobowością.

Dlatego chcemy wprowadzić rozwiązania umożliwiające odbycie drugiej specjalizacji w ramach rezydentury, po takich dziedzinach podstawowych jak interna, pediatria czy chirurgia. To ma zachęcić do powrotu do bardziej racjonalnego modelu kształcenia.

Jak ministerstwo chce poprawić jakość szkolenia specjalizacyjnego?

Bez weryfikacji wiedzy nie ma dobrej edukacji. Dziś moduł podstawowy w wie-

lu specjalizacjach jest w praktyce nieweryfikowany. Dlatego planujemy wprowadzenie Państwowych Egzaminów Kompetencyjnych (PEK), przeprowadzanych około trzeciego roku szkolenia.

Egzamin ten będzie potwierdzał opisanie podstawowego zakresu kompetencji w danej specjalności i dawał lekarzowi formalny certyfikat ich nabycia. Będzie to korzystne zarówno dla jakości kształcenia, jak i dla samych lekarzy – także w kontekście ich funkcjonowania w systemie świadczeń finansowanych ze środków publicznych.

A co z nierównościami regionalnymi?

To jeden z największych problemów systemu. Dotychczasowe narzędzia – w tym lista specjalizacji priorytetowych – są mało skuteczne. Dlatego chcemy wzmocnić rolę wojewodów w przypisywaniu rezydentur do konkretnych podmiotów, tak aby lekarze częściej szkolili się tam, gdzie są najbardziej potrzebni.

Nie chodzi o przymus, ale o takie zaprojektowanie mechanizmów, by sprzyjały pozostawianiu lekarzy w mniejszych ośrodkach zamiast ich automatycznego „wysysania” przez duże miasta.

Jak ministerstwo chce wspierać dalszy rozwój lekarzy specjalistów?

Lifelong learning to dziś konieczność. Chcemy rozwijać system umiejętności lekarskich – jako węższych, certyfikowanych kompetencji, które uzupełniają specjalizację. Nie wszystko wymaga tworzenia nowej dziedziny specjalizacji.

Jednocześnie planujemy wzmocnić system kształcenia ustawicznego, w tym kursy aktualizujące wiedzę dla specjalistów, przygotowywane we współpracy z konsultantami krajowymi. Musimy też wreszcie poważnie potraktować obowiązek zdobywania punktów edukacyjnych – z realnymi zachętami, ale i konsekwencjami.

Na koniec – lekarze wykształceni poza Polską. Czy procedury będą dalej upraszczane?

Nie. Jesteśmy raczej na etapie ich porządkowania. W październiku 2024 r. zamknęliśmy specjalny, uproszczony tryb dla lekarzy z Ukrainy, który był uzasadniony w 2022 r., ale przestał być potrzebny. Standardowa ścieżka – nostryfikacja dyplomu, Lekarski Egzamin Końcowy, staż – pozostaje otwarta.

W miarę jak rośnie liczba polskich absolwentów, zapotrzebowanie na lekarzy spoza UE będzie naturalnie maleć. Decyzje co do dalszego funkcjonowania poszczególnych rozwiązań będą jeszcze przedmiotem rozmów z samorządem lekarskim.



fot. licencja OIL w Warszawie

Narodziny paradoksów

Zgodnie z danymi NFZ tylko w pierwszych tygodniach tego roku zamknięto aż 18 oddziałów położniczych.

O wyzwaniach i paradoksach współczesnego położnictwa rozmawiam z wiceprezesem OIL w Warszawie **Krzysztofem Hermanem** pracującym w Szpitalu św. Zofii, w którym w zeszłym roku odbyło się najwięcej porodów w kraju.

rozmawiała **ALEKSANDRA SOKALSKA**

Konsekwencją mniejszej liczby narodzin jest likwidacja porodówek. W zamian mają powstawać pokoje narodzin. To dobre rozwiązanie?

Dla pacjentek złe. Dla systemu zapewne jedyne, jakie rządzący w tym momencie widzą. Musimy pamiętać, że obecna infrastruktura położnicza jest zaprojektowana na 300–400 tys. porodów rocznie.

A ile jest obecnie?

Statystyk za zeszły rok jeszcze nie ma, ale w 2024 r. było ok. 250 tys. narodzin. A będzie jeszcze mniej. Co oznacza, że potrzebne są zmiany. Oczywiście najlepiej byłoby zwiększyć liczbę narodzin do poziomu sprzed lat, ale to niestety mało realne. Trzeba zatem podjąć inne działania, czyli albo zamykać oddziały, albo zwiększyć wycenę porodów i opieki położniczej do takiej kwoty, by utrzymanie oddziałów położniczych nie wiązało się z przeciążeniem finansowym.

Dobrze wiemy, że procedury mają bardzo różne wyceny. Zarządzający szpitalem starają się więc albo wręcz muszą prowadzić szpital tak, by wykonywać jak najwięcej tych najwyższych wycenianych. Jako położnik byłbym bar-

dzo zadowolony, rodzące zapewne też, gdyby położnictwo trafiło na tę samą półkę, na której są najlepiej wyceniane procedury, jak na przykład neurochirurgia, kardiologia inwazyjna, urologia czy ortopedia. Może to byłby dobry pomysł, by oddział porodowy był wizytówką każdego szpitala.

Póki co jednak nie jest. Pozostaje więc go zamknąć, bo tak taniej?

Dokładnie tak. Aby oddział położniczy był finansowo zbilansowany, musi przyjmować ok. 400 porodów rocznie. Kiedyś mówiło się nawet o 600 porodach – ta liczba dawała ponadto gwarancję doświadczonego i merytorycznego personelu. Tymczasem coraz więcej oddziałów położniczych nie osiąga nawet tych 400 porodów, więc się je zamyka.

Obrońcy rozporządzenia twierdzą, że wprowadzenie pokoiw narodzin de facto zwiększy dostępność do świadczeń.

Czy takie jest też pana zdanie?

Absolutnie nie. Oczywiście jeżeli gdzieś nie ma w ogóle porodówki, a powstanie pokój narodzin, można mówić o zwiększeniu dostępności. Jeżeli jednak w tym miejscu jeszcze rok temu był oddział

położniczy z salą porodową, jest wręcz odwrotnie – to po prostu ograniczenie dostępu do świadczeń.

Można też przypuszczać, że kobiety nie będą chciały rodzić w pokojach narodzin i będą wołały przejechać ponad 25 km, byle tylko rodzić bezpiecznie.

Porusza pani bardzo ważną kwestię. Porody zwykle nie wyglądają tak jak na filmach: odchodzą wody i parę scen później matka jest już z dzieckiem. Z reguły u kobiety, która rodzi po raz pierwszy, poród trwa nawet kilkanaście godzin. Gdy się zaczyna w domu od czynności skurczowej czy od odejścia wód, jest czas, żeby wsiąść do samochodu i przejechać nawet te 25 km.

Nie możemy jednak zapominać o sytuacjach, które wymagają natychmiastowej interwencji lekarskiej, jak np. przedwczesne oddzielanie łożyska.

I co wtedy? Czy w pokojach narodzin będzie personel do tego przygotowany?

Punktem wyjścia jest fakt, że położnictwo jest nieodłącznie związane z ginekologią. Nie ma oddzielnych specjalizacji, tylko jedna: z położnictwa i ginekologii. Właśnie takie położniczo-ginekologiczne oddziały funkcjonują w większości miejsc. I tu dotykamy najważniejszej kwestii: czy szpital decyduje się tylko zamknąć część położniczą, czyli rezygnuje z bloku porodowego, patologii ciąży, ale ma nadal oddział ginekologiczny, gdzie diagnozuje się i leczy schorzenia *stricte* ginekologiczne, niezwiązane z ciążą (np. nowotwory, zaburzenia uroginekologiczne itp.), czy też zamyka obie części: położniczą i ginekologiczną.

W pierwszym przypadku nawet po zamknięciu części położniczej zwykle nadal w szpitalu pracuje ginekolog-położnik, który w nagłym wypadku zajmie się rodzącą i np. wykona cięcie cesarskie. Więc tam poziom bezpieczeństwa bardzo się nie zmienia. Problem pojawia się jednak, gdy zostają zamknięte obie części oddziału. Bo wówczas w szpitalu nie będzie ginekologa w ogóle.

Dlaczego szpital może postanowić zamknąć obie części: nie tylko położniczą, ale też ginekologiczną?



fot. archiwum prywatne

Może tak się stać z przyczyn kadrowych, jeśli część lekarzy pracujących na oddziale chce rozwijać się w położnictwie. I znam takie przypadki, gdzie z powodu zamknięcia części położniczej lekarze zaczęli szukać innego miejsca zatrudnienia, gdzie mogą kompleksowo tę specjalizację realizować.

Może zatem pokoje narodzin sprawią, że zwiększy się rola położnej?

Pod warunkiem że znajdą się położne chętne do pracy w takim miejscu. Bo położnictwo jest specjalizacją obarczoną ogromną odpowiedzialnością. To jest jeden z nielicznych przypadków, w których medyk bierze odpowiedzialność za dwa życia: matki i dziecka. Doskonale pokazuje to analiza poziomu roszczeń sądowych pacjentów, których odsetek w położnictwie jest znacznie większy niż w wielu innych specjalizacjach. Pojawia się więc pytanie, czy szpitale znajdujące położne chcące pracować w pokojach narodzin.

Oczywiście jeżeli poród jest fizjologiczny, położna może go prowadzić sama. Tylko że z definicji pokoje narodzin mają służyć w przypadkach na-

głych, których przebiegu często nie da się przewidzieć, więc trzeba w nich zakładać także komplikacje.

A one zdarzają się często?

Musimy pamiętać, że podniósł się wiek kobiety rodzącej po raz pierwszy, a to oznacza, że częściej występują powikłania ciąży związane z chorobami cywilizacyjnymi, przede wszystkim z cukrzycą i nadciśnieniem. Pojawia się też większe ryzyko wad genetycznych dziecka.

Poza tym wzrósł odsetek cięć cesarskich. Siłą rzeczy mamy więcej pacjentek w ciąży już po przebytym cięciu. Co prawda sam fakt, że kobieta jest po jednym cięciu cesarskim, nie powoduje od razu konieczności kolejnego cięcia, ale oznacza, że jest to poród większego ryzyka i jako taki nie powinien być prowadzony w pokoju narodzin.

Oczywiście do tych miejsc będą też zapewne trafiać pacjentki, które rodzą po raz kolejny, a takie porody mogą przebiegać szybciej. I jeżeli to będzie właśnie taki szybki nieobciążony poród wieloródki, położna jak najbardziej będzie w stanie go przyjąć. Natomiast jeżeli przyjedzie pacjentka obciążona jakimiś chorobami, z porodem przedwczesnym, ze wskazaniem do cięcia cesarskiego czy z krwawieniem, będzie potrzebny doświadczony położnik.

Czyli wracamy do tezy, że cięzarne zawczasu mogą poszukiwać nawet oddalonych od miejsca zamieszkania porodówek, byle nie trafić przypadkiem do pokoju narodzin.

Dzieje się tak już teraz. Znam pacjentki, które kilka tygodni przed porodem wynajmują mieszkanie bliżej szpitala z oddziałem położniczym albo przeprowadzają się do rodziny, która mieszka w tym rejonie. Powiem więcej, brak poczucia bezpieczeństwa rodzenia wynikający z likwidacji takich oddziałów może przełożyć się na większe obawy związane z zachodzeniem w ciążę. I porodów będzie jeszcze mniej. Poza tym, jeżeli w jakiejś miejscowości dzisiaj zamykamy oddział położniczy, to istnieje ryzyko, że za dwa lata zamknijemy w niej żłobek, za cztery – przedszkole, a za siedem – podstawówkę.

To prawdziwy paradoks, bo przecież teoretycznie robimy wszystko, by zachęcić Polki do rodzenia. Choćby w październiku został ogłoszony nowy standard opieki okołoporodowej, który wejdzie w życie w maju.

Co zakłada?

To dość obszerny dokument. W dużym skrócie zakłada ograniczenie medyzacji porodu, rozwój edukacji przedporodowej, monitorowanie satysfakcji pacjentek oraz poprawę dostępu do znieczulenia. Każdy szpital będzie musiał zapewnić dostęp do przynajmniej jednej farmakologicznej metody łagodzenia bólu.

Pacjentka w pokoju narodzin także będzie miała dostęp do takiego znieczulenia?

Właśnie nie. To kolejny paradoks: z jednej strony mają powstawać pokoje porodowe, by zabezpieczyć dostęp do miejsc rodzenia, a z drugiej wprowadza się standard okołoporodowy, który poprawia opiekę nad rodzącą, ale już tylko na oddziale położniczym. W pokoju porodowym nie ma szans na znieczulenie, bo do niego potrzebny jest już nie tylko lekarz ginekolog, ale, w przypadku najskuteczniejszego i najbardziej pożądanego przez rodzącą znieczulenia przewodowego, także anestezjolog.

Wynika z tego, że pacjentka musi być na bardzo zaawansowanym etapie porodu, by chciała w ogóle w tym pokoju urodzić?

Wszyscy mają nadzieję, że to będą porody incydentalne i będzie ich najwyżej kilkanaście w skali roku w całym kraju. W zamyśle autorów zmian pokoje narodzin to także miejsca, w których będzie dokonywana pierwsza ocena, swego rodzaju triaż. Czyli ciężarna przyjedzie, zostanie zbadana przez położną i jeżeli ta uzna, że poród jeszcze potrwa, pacjentka będzie mogła zostać przekazana na transportem medycznym do ośrodka z oddziałem położniczym.

Czyli i tak zostanie zaangażowana karetka?

Tak, cóż, to jeszcze jeden paradoks pokoju narodzin. ●

KOKTAJL MOŁOTOWA, czyli PACJENT W KRAINIE CZARÓW



PAWEŁ WALEWSKI
autor jest publicystą „Polityki”

Nowoczesna medycyna ludowa: jedna choroba, pięć tabletek i święty spokój. W końcu, skoro reklama obiecuje zdrowie w 15 minut, to po co lekarz, rozsądek i czytanie ulotek?

Ach, ta nasza narodowa pasja do pigulek! W kraju, gdzie suplementy diety kuszą z półek stacji benzynowych, dorobiliśmy się nowej narodowej dyscypliny sportowej: wielolekowości, zwanej w medycznym żargonie polipragmazją. Brzmi to niemal jak nazwa egzotycznego tańca, ale w rzeczywistości jest to taniec na krawędzi niewydolności nerek i wątroby. Albo eufemizm dla farmaceutycznego chaosu.

Co trzeci Polak połyka średnio pięć tabletek dziennie, a w grupie seniorów liczby te rosną do absurdalnych poziomów. Jako lekarze codziennie mierzy się z pacjentami, którzy do gabinetu wchodzi nie tyle z historią swojej cho-

roby, ile z całym inwentarzem chemicznym. Problem w tym, że o ile wy wystawicie receptę na nadciśnienie, o tyle pacjent w drodze do domu widzi billboard reklamujący *cudowny magnez na drganie powieki* i odwiedza aptekę oferującą super-hiper-ibuprofen na ból wszystkiego. Na ile mu to pomaga, a ilu milionom szkodzi? W tym przypadku „więcej” zdecydowanie nie oznacza „lepiej”.

Warto zadać pytanie, dlaczego mechanizm ten jest tak skuteczny. Branża farmaceutyczna opanowała do perfekcji techniki budowania u pacjenta poczucia natychmiastowej sprawczości. Reklamy nie obiecują żmudnej rehabi-

litacji ani zmiany nawyków żywieniowych – obiecują rozwiązanie w 15 minut. Tworzy to iluzję, że zdrowie jest towarem, który można nabyć na własność, niezależnie od zaleceń specjalisty. Pacjent staje się konsumentem medycyny, który uważa, że im droższy i bardziej kolorowy zestaw leków skomponuje, tym większą barierę ochronną zbuduje wokół swojego organizmu. To tragiczne nieporozumienie, bo farmakologia to nie sałatka jarzynowa, gdzie po dodaniu kilkunastu składników można liczyć na bogatszy smak. Tutaj każdy kolejny składnik to bilet w jedną stronę do krainy nieprzewidywalnych interakcji.

Najgroźniejszym efektem ubocznym tego zjawiska jest tzw. kaskada lekowa – sytuacja, w której objaw niepożądany jednego leku jest interpretowany przez lekarza (lub samego pacjenta) jako nowa choroba. W efekcie przepisuje się na nią kolejny preparat, który generuje kolejne skutki uboczne. Przykładowo: jakiś lek powoduje obrzęki, więc pacjent dostaje lek moczopędny. Ten z kolei wypłukuje potas, co prowadzi do skurczów mięśni i kołatania serca. Zamiast odstawić przyczynę, pacjent dokupuje potas i magnez, a na kołatania otrzymuje kolejną receptę. W ten sposób w ciągu zaledwie kilku miesięcy prosty schemat terapeutyczny zamienia się w farmakologiczną pułapkę, z której organizm nie potrafi się już samodzielnie wydostać.

Bo polipragmazja to nie tylko liczba tabletek, ale interakcje między nimi – te niewidoczne pułapki, które mogą zamienić terapię w truciznę. Weźmy przykład z życia (może być znów z potasem): pacjent łyka leki, które zatrzymują go w organizmie. A potem, pod wpływem reklamy, dokupuje jakiś suplement, w którym zawarty jest i potas, i magnez, i jeszcze wapń. Bo przecież zdrowo jest suplementować – myśli. Reklamy milczą o ryzyku, a komu by się chciało czytać ulotki (drobnym drukiem)? Miliony Polaków leczą się więc na schorzenia przewlekłe, a do tego doznaczają witaminy i minerały, nawet nie informując o tym lekarzy.

Ryzyko rośnie geometrycznie: przy dwóch lekach szansa na interakcję to 13 proc., przy trzech – 34 proc., a przy pięciu – aż 88 proc. To jak gra w ro-

syjską ruletkę z pełnym magazynkiem. System pozostaje dziurawy jak sito – wprowadzenie elektronicznych recept wcale nie dało farmaceutom automatycznego wglądu w pełną historię zakupów. Bez zgody na dostęp do Internetowego Konta Pacjenta aptekarze widzą tylko to, co pacjent ma w danej chwili w ręku. Nie znają jego historii choroby ani nie śledzą go w wędrówce od specjalisty do specjalisty. Zresztą sami są często zadowoleni, jak klient wychodzi z siatką pełną potencjalnych bomb zegarowych.

Dlaczego Polacy tak chętnie dokarmiają się chemią? Podziwiamy wytwórców leków i suplementów diety, że odrobili lekcję z psychologii lepiej niż niejeden student medycyny. Trudne, łamiące język nazwy związków chemicznych zastąpiono chwytliwymi skrótami. Griplex brzmi jak szybkie rozwiązanie, Stoperan jak znakomita bariera. Problem pogłębia rozproszenie opieki specjalistycznej. W systemie, w którym kardiolog nie widzi zaleceń od urologa, a dermatolog nie wie o lekach przepisanych przez psychiatrę, pacjent staje się jedynym łącznikiem informacji. Niestety, jest to łącznik skrajnie niewiarygodny, bo często uznaje niektóre preparaty za nieistotne lub wstydy się przyznać do stosowania medycyny alternatywnej. Lekarze z kolei, pod presją czasu, rzadko przeprowadzają pełną inwentaryzację domowej apteczki. Często w gabinetach panuje specyficzna zmowa milczenia. Kowalski nie przyzna się, że leczy się u trzech różnych specjalistów, a każdy z nich – kardiolog, okulista, dermatolog – przepisuje leki ze swojej działki, nie zawsze wiedząc o poczynaniach kolegów po fachu. Prawo pozwala każdemu lekarzowi zapisać wszystko, ale brak przepływu informacji czyni z tej swobody narzędzie ryzyka. Tu nie chodzi o odstawianie leków zleconych przez specjalistów, ale o to, by samowolnie niczego do tego zestawu nie dorzucać.

Zjawisko to jest dodatkowo napędzane przez dostęp-

ność leków poza aptekami. Paracetamol ukryty pod pięcioma różnymi nazwami handlowymi można kupić na pocztę, w kiosku czy na stacji benzynowej. Tam nikt nie doradzi, by nie łączyć leku na przeziębienie z lekiem na ból głowy, jeśli oba zawierają tę samą substancję czynną. Marketingowa zasłona dymna pozwala zapomnieć, że pod kolorowym opakowaniem i fantazyjną nazwą kryje się identyczna, czasem niebezpieczna w nadmiarze, substancja. Cóż jednak z tego, że pojawiają się bezpieczniki – w najróżniejszych kodeksach dobrych praktyk reklamowych – mające teoretycznie chronić odbiorców przed naiwną wiarą w moc suplementów diety? Każdy, kto szuka dla siebie cudownej pigułki na wszystkie udręki życia, bez trudu odnajdzie ją w internetowej sieci i sprowadzi z najodleglejszego zakątka świata. Tak jak ochrona nieletnich przed zgubnym wpływem alkoholu, papierosów czy pornografii i ta może mieć tylko ograniczony zasięg.

Reglamentacja marketingu farmaceutycznego raczej nie sprawi, że problem nadmiernego spożywania leków uda się załagodzić. Oczywiście nieokielznane zapędy branży do wynajdowania nowych chorób i wyrabianie wśród rzeszy odbiorców ufności, że można się karmić chemią w nieograniczonych

ilościach, należy za wszelką cenę pokrzepiać. Tylko czy ważniejsza od restrykcyjnych regulacji prawnych nie jest edukacja i kształtowanie świadomości? Większość ludzi zatroskanych o stan swojego zdrowia lub niepokojonych z naturalnymi ograniczeniami nakładanymi choćby przez wiek lub inne niesprawności woli dziś zalecać problemy, wierząc w moc pigułek, zamiast dotrzeć do ich źródeł.

Potrzebna jest więc praca u podstaw – ciągłe uświadamianie, że moda na obfite dokarmianie się farmaceutykami nie ma nic wspólnego ze zdrowiem. Polipragmazja to choroba systemu i braku świadomości. W świecie, gdzie ulga jest „kupiona w aptece”, naszym zadaniem nadal będzie przypominanie, że zdrowia nie przybywa wraz z liczbą połkniętych pigułek. A czasem najlepszym rozwiązaniem, jak często postępują geriatrzy, jest skreślenie trzech innych, zupełnie niepotrzebnych pozycji z domowej listy pacjenta. Chyba warto stać się czujnym detektywem – i dopytywać o to, co pacjent kupuje w osiedlowym sklepie spożywczym oraz jakie zioła zaparza wieczorem. Bo choć czas w gabinecie goni, a ludzie bywają niezszczerzy, to właśnie tych kilka dodatkowych pytań może zapobiec farmakologicznej katastrofie. ●



fot. licencja OIL w Warszawie

O rozwoju, barierach i szansach



W obliczu rosnących wymagań systemowych i technologicznych lekarze dentyści muszą nieustannie doskonalić swoje umiejętności oraz korzystać ze wsparcia samorządu lekarskiego. O tym, jak pogodzić innowacje w gabinecie stomatologicznym z realiami rynku i ograniczeniami systemu ochrony zdrowia, opowiada **dr n. med. Dariusz Paluszek** – wiceprezes ORL w Warszawie oraz przewodniczący Komisji ds. Lekarzy Dentystów.

rozmawiała
DOROTA LEBIEDZIŃSKA

fot. Jacek Kamiński

Jak ocenia pan aktualny stan polskiej stomatologii?

Stomatologia w Polsce znajduje się obecnie w fazie bardzo dynamicznych przemian. Z jednej strony obserwujemy wyraźny wzrost świadomości pacjentów, którzy oczekują nie tylko

skutecznego leczenia, ale również wysokiej estetyki, komfortu oraz przewidywalnych efektów. Z drugiej strony rozwój nowoczesnych technologii wprowadza istotne zmiany w codziennej praktyce klinicznej lekarza dentystry.

W endodoncji standardem stają się zaawansowane mikroskopy zabiegowe, nowoczesne narzędzia do dezynfekcji systemu kanałowego i cyfrowe systemy obrazowania, które znacząco zwiększają skuteczność leczenia. W protetyce coraz powszechniej wykorzystywane są skanery wewnątrzustne, a w planowaniu kompleksowego leczenia coraz częściej sięga się po łuki twarzowe, cyfrową analizę zwarcia i wizualizację uśmiechu pacjenta.

Choć estetyka jest w dużej mierze subiektywna, dysponujemy narzędziami, które pozwalają ją analizować w sposób obiektywny i mierzalny. Komputerowe wizualizacje umożliwiają pacjentowi zapoznanie się z efektami leczenia, a lekarzowi – precyzyjne jego planowanie.

Czy oznacza to, że od lekarzy wymaga się dziś znacznie większej wiedzy i kompetencji?

Zdecydowanie tak. Nowoczesne procedury stomatologiczne stają się coraz bardziej złożone i wymagają od lekarzy systematycznego podnoszenia kwalifikacji. Jesteśmy zmuszeni do ciągłego doskonalenia umiejętności – taki jest kierunek rozwoju medycyny, w tym stomatologii. Lekarz dentysta musi dziś nie tylko znać teorię, ale również biegło posługiwać się nowoczesnymi narzędziami i technologiami. Sama wiedza książkowa nie wystarcza, konieczne jest praktyczne opanowanie procedur

i urządzeń. Jeśli chcemy leczyć pacjentów na najwyższym poziomie, nie możemy ograniczać się do wiedzy zdobytej na studiach czy kilka lat temu.

Dostęp do wysokiej jakości wiedzy i szkoleń bywa bardzo kosztowny. Dlatego OIL w Warszawie wspierała, wspiera i będzie wspierać lekarzy dentystry w zdobywaniu niezbędnych kompetencji. Naszym celem jest zapewnienie dostępu do aktualnej wiedzy naukowej, opartej na badaniach i zasadach *evidence-based medicine*.

Jakie konkretne działania podejmuje izba, aby wspierać rozwój lekarzy dentystry?

Przede wszystkim oferujemy szeroką gamę kursów, warsztatów oraz szkoleń praktycznych, które umożliwiają lekarzom zapoznanie się z nowoczesnymi technologiami i procedurami oraz ich realne przećwiczenie. Szczególną rolę odgrywają Mazowieckie Spotkania Stomatologiczne, które organizujemy już po raz dziesiąty i które na stałe wpisały się w kalendarz wydarzeń edukacyjnych dla lekarzy dentystry.

Warto również wspomnieć o długofalowym porozumieniu OIL w Warszawie z WUM. Współorganizujemy wiele ważnych wydarzeń, takich jak Międzynarodowa Konferencja Naukowo-Szkoleniowa Stomatologii Dziecięcej, Konferencja Zachód-Wschód, Światowe Dni Zdrowia Jamy Ustnej czy Wieczory Implantologiczne. Są to realne możliwości rozwoju dla naszych lekarzy. Staramy się nie tylko dzielić wiedzą, ale również zapewniać – w większości przypadków – możliwość zdobycia punktów edukacyjnych.

Niezależnie od tego, czy lekarz pracuje w ramach NFZ, czy prowadzi praktykę prywatną, powinien mieć równy dostęp do rozwoju naukowego i zawodowego. Delegaci na Okręgowy Zjazd Lekarzy X kadencji deklarują silne zaangażowanie w organizowanie i rozwijanie takich działań edukacyjnych.

Jak w tym kontekście wygląda dostępność nowoczesnych procedur w gabinetach publicznych i prywatnych?

Niestety, obserwujemy znaczący rozdźwięk pomiędzy zakresem i jakością świadczeń oferowanych w gabinetach komercyjnych a tych finansowanych przez NFZ. Wiele nowoczesnych technologii i procedur nie mieści się w limitach funduszu.

Dodatkowo restrykcyjne wymogi dotyczące infrastruktury gabinetów i obciążenia narzucone przez NFZ generują wysokie koszty prowadzenia placówki. W efekcie dla wielu lekarzy prowadzenie gabinetu w ramach NFZ staje

się ekonomicznie nieopłacalne. Konsekwencją jest ograniczony dostęp pacjentów, szczególnie w mniejszych miejscowościach, do innowacyjnego leczenia stomatologicznego.

Jakie są perspektywy dla stomatologii w obliczu dalszego rozwoju technologii i wymogów systemowych?

Polska stomatologia stoi dziś przed trudnym, ale bardzo istotnym zadaniem pogodzenia nowoczesnych technologii z wymogami systemowymi. Rynek i oczekiwania pacjentów wymuszają wprowadzanie innowacji – cyfrowych narzędzi diagnostycznych, zaawansowanych systemów protetycznych czy implantoprotetyki – podczas gdy system finansowania często narzuca ograniczenia, które nie przystają do współczesnych standardów leczenia.

Lekarze dentyści muszą z jednej strony dbać o najwyższą jakość i bezpieczeństwo leczenia, z drugiej – sprostać realiom finansowym i organizacyjnym.

To duże wyzwanie, ale jednocześnie ogromna szansa. Jeśli będziemy konsekwentnie wspierać lekarzy w edukacji i rozwoju, możemy jeszcze bardziej podnieść poziom stomatologii w Polsce i zapewnić pacjentom dostęp do nowoczesnych, bezpiecznych i funkcjonalnych procedur.

Jakie najważniejsze rekomendacje skierowałby pan do lekarzy stomatologów na najbliższe lata?

Warto inwestować w rozwój zawodowy i specjalizację. Korzystajmy z nowoczesnych narzędzi cyfrowych i diagnostycznych. Zachęcam do udziału w kursach, warsztatach i konferencjach organizowanych przez izbę, ponieważ to realna szansa na podnoszenie kompetencji.

Pamiętajmy też, że stomatologia przyszłości to nie tylko technologia, ale także odpowiedzialne zarządzanie gabinetem, etyka zawodowa oraz wsłuchiwanie się w potrzeby pacjentów. Połączenie tych elementów będzie decydować o jakości leczenia w nadchodzących latach. ●



TWOJE BMW OD ZK MOTORS NA WYCIĄGNIĘCIE RĘKI.

OFERTA SPECJALNA DLA LEKARZY
I CZŁONKÓW KLUBU LEKARZA PRZEDSIĘBIORCY.



Zeskanuj kod QR
i poznaj szczegóły
współpracy.



Partner wydarzeń:
Gala Komisji Sportu | Kongres Matek Lekarek | Lekarskie Mikołajki

Młodzi w akcji



ANNA PRAWDZIK

Zespół Młodych Lekarzy Dentystów
Komisji ds. Lekarzy Dentystów

Izba lekarska jest przestrzenią jednoczącą lekarzy nie tylko jako wspólny głos czy struktura zrzeszająca przedstawicieli zawodu, ale także jako społeczność. To aktywny organ, który zależy od zaangażowania ludzi. Młodzi lekarze, dostrzegający swoje miejsce zarówno w działalności izby, jak i w samym środowisku zawodowym, są tego najlepszym dowodem.

Minione wybory samorządowe, podczas których osiągnięto rekordową frekwencję, wskazały, jak wielu lekarzy widzi istotność współdecydowania i współtworzenia izby. Pokazały także dużą aktywność młodych lekarzy i lekarzy dentystów, którzy chcą angażować się w jej działania. Reprezentacja lekarzy na różnych etapach ścieżki zawodowej pozwala lepiej uwzględnić zróżnicowane perspektywy i doświadczenia. Tym samym trafniej odpowiada na potrzeby całego środowiska.

Wkraczanie w zawód wiąże się z wieloma możliwymi ścieżkami rozwoju oraz indywidualnym definiowaniem sukcesu. Izby lekarskie są stałym punktem odniesienia, łączącym wszystkich lekarzy w Polsce – nie tylko jako instytucje ich reprezentujące czy organy nadzorujące prawidłowe wykonywanie zawodu, lecz także jako przestrzeń jednoczącą środowisko zawodowe. We współpracy z samorządem młodzi lekarze mogą budować własną tożsamość zawodową i poczucie przynależności do społeczności.

Kwestie dotyczące lekarzy na początku kariery zawodowej to m.in. staż po-

dyplomowy, specjalizacja czy uzyskanie PWZ. Izba lekarska pomaga przejść każdy z tych etapów, oferując wsparcie organizacyjne i merytoryczne. Zajmuje również stanowiska wobec planowanych zmian i dba o ochronę zawodu na szczeblu centralnym. Kolejną osią aktywności są szkolenia, kursy oraz program stypendialny, pozwalające młodym lekarzom zdobywać wiedzę i rozwijać kompetencje w sposób dostosowany do aktualnych potrzeb zawodowych.

W przypadku lekarzy dentystów szczególnie istotną kwestią jest łączenie roli klinicysty z funkcją przedsiębiorcy. Aktywność w ramach Klubu Lekarza Przedsiębiorcy czy możliwość skorzystania z dofinansowania usług księgowych mogą stanowić realne wsparcie. Inne benefity obejmują ubezpieczenie OC, wsparcie prawne czy podatkowe w ramach składki. Promowanie oraz dostosowywanie do aktualnych potrzeb benefitów już istniejących, jak i opracowywanie koncepcji nowych form wsparcia, pozwalają wspólnie wypracowywać korzystne warunki.

Młodzi lekarze działający w strukturach samorządu wnoszą energię do

działania oraz świeże spojrzenie, wynikające z aktualnych doświadczeń zawodowych, zmieniających się realiów rynku pracy, jak również innych oczekiwań dotyczących równowagi pomiędzy życiem prywatnym a zawodowym. Aktywność ta nie ogranicza się jednak wyłącznie do pełnienia funkcji delegatów na Okręgowy Zjazd Lekarzy czy stałego zaangażowania w strukturach samorządu. Może także przybierać formę działań projektowych oraz inicjatyw odpowiadających na aktualne potrzeby środowiska, w tym również tych skierowanych do lekarzy na początku swojej drogi zawodowej.

Aktywność w samorządzie to nie tylko działalność organizacyjna. Duże zaangażowanie wzbudza wydarzenia integracyjne, zarówno skierowane do rodzin lekarskich, np. Lekarskie Miłokajki czy Lekarski Dzień Dziecka, jak i wydarzenia dla konkretnych grup, w tym Kongres Matek Lekarek. Równie wysoką popularnością cieszą się także sekcje sportowe i artystyczne, pozwalające na rozwijanie pasji przy jednoczesnym budowaniu relacji w środowisku lekarskim poza miejscem pracy.

Zaangażowanie młodych lekarzy w działalność samorządu podtrzymuje jego ciągłość i staje się naturalnym nośnikiem zmian. Frekwencja i aktywność stanowią wskaźniki życia izby, a wspólne decyzje, dyskusje i projekty kształtują kierunek jej działań. Obecność młodych lekarzy w strukturach samorządowych dowodzi, że izba lekarska ewoluuje i pozostaje miejscem, w którym doświadczenie spotyka się z innowacją, a każdy członek może aktywnie współtworzyć tę społeczność. ●

Międzynarodowy Dzień Zdrowia Jamy Ustnej

Starzejące się społeczeństwo stawia przed systemem ochrony zdrowia – a w szczególności przed stomatologią – nowe, coraz trudniejsze wyzwania. Pacjent senioralny to często osoba obciążona wielochorobowością, przyjmująca dużo leków, wymagająca indywidualnego podejścia i ścisłej współpracy interdyscyplinarnej.

Zdrowie jamy ustnej w tej grupie wiekowej ma bezpośredni wpływ nie tylko na jakość życia, ale także na stan ogólny pacjenta, ryzyko powikłań oraz skuteczność leczenia innych jego schorzeń.

Z okazji Międzynarodowego Dnia Zdrowia Jamy Ustnej Wydział Lekarsko-Stomatologiczny Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, we współpracy z Okręgową Izbą Lekarską w Warszawie, Komisją ds. Lekarzy Dentystów ORL w Warszawie, Polskim Towarzystwem Stomatologicznym oraz Polskim Towarzystwem Stomatologii Geriatrycznej, zaprasza do udziału w konferencji

„Wybrane aspekty opieki stomatologicznej nad pacjentem w wieku senioralnym”.

Konferencja odbędzie się już 20 marca 2026 r. w Auli A Centrum Dydaktycznego WUM przy ul. Trojdena 2a w Warszawie, a patronat honorowy nad wydarzeniem objął JM Rektor Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego prof. dr hab. Rafał Krenke.

Uczestnicy będą mieli okazję zapoznać się z międzynarodowymi doświadczeniami w zakresie opieki stomatologicznej nad seniorami, m.in. na przykładzie systemowych rozwiązań funkcjonujących w domach opieki w Norwegii. Ważnym elementem pro-

gramu będą również wykłady poświęcone immunosenescencji i jej znaczeniu dla profilaktyki, problemom związanym ze stosowaniem leków przeciwbólowych u osób starszych oraz roli nowoczesnych technologii – w tym aplikacji mobilnych – we wspieraniu opieki nad pacjentem senioralnym. Nie zabraknie też tematów z pogranicza stomatologii i neurologii, dotyczących zależności pomiędzy funkcją mięśni żucia a pracą mózgu, co podkreśla znaczenie holistycznego spojrzenia na zdrowie jamy ustnej w wieku podeszłym. Prelegentami będą uznani eksperci z WUM oraz uniwersytetu w Bergen.

Konferencję otworzy prof. dr hab. n. med. Agnieszka Mielczarek, konsultant krajowa w dziedzinie stomatologii zachowawczej z endodoncją, wiceprezes PTSG, dziekan Wydziału Lekarsko-Stomatologicznego WUM. Na zakończenie konferencji przewidziano debatę, która będzie okazją do wymiany doświadczeń i poglądów między przedstawicielami różnych dziedzin medycyny. ●

Udział w wydarzeniu jest bezpłatny, a uczestnikom przysługują 4 punkty edukacyjne.

MSS x 10 – jubileuszowa edycja Mazowieckich Spotkań Stomatologicznych

19–21 czerwca w Serocku odbędzie się jubileuszowa X edycja Mazowieckich Spotkań Stomatologicznych, które od lat są miejscem wymiany wiedzy i doświadczeń dla lekarzy dentystów z Mazowsza i całej Polski.

Wydarzenie na stałe wpisało się w kalendarz środowiska stomatologicznego, odpowiadając na aktualne potrzeby praktyki klinicznej i dynamiczne zmiany zachodzące w ochronie zdrowia.

Program tegorocznej edycji obejmie wykłady uznanych ekspertów, sesje tematyczne oraz zagadnienia istotne w codziennej pracy lekarza dentysty – od nowoczesnych metod diagnostycznych i terapeutycznych, po aspekty organi-

zacyjne i prawne prowadzenia praktyki. Jubileuszowa odsłona spotkań będzie także okazją do podsumowania dotychczasowych edycji oraz spojrzenia w przyszłość – na kierunki rozwoju stomatologii w Polsce.

Ruszyły już zapisy na X MSS. Organizatorzy zachęcają do wcześniejszej rejestracji, która umożliwia udział w wydarzeniu, zdobycie punktów edukacyjnych oraz kontakt z ekspertami środowiska stomatologicznego.

MSS powstały z inicjatywy członków Komisji ds. Lekarzy Dentystów, a od początku ważnym ich partnerem jest WUM. Główną ideą spotkań jest stworzenie przestrzeni, w której lekarze dentyści mogą zdobywać wiedzę, integrować się i wymieniać doświadczenia, a także budować wspólną platformę opiniotwórczą dla środowiska. Dzięki konsekwentnej pracy organizatorów MSS stały się jednym z najważniejszych wydarzeń branżowych w kraju. ●



fol. B. Dąbrowski

Co z tą psychiatrią?



MAŁGORZATA SOLECKA
dziennikarka

Eksperci pracujący z Ministerstwem Zdrowia nad zmianami w psychiatrii nie powinni w swoich wypowiedziach formułować krytycznych opinii – uważa wiceminister zdrowia Katarzyna Kęcka, dzieląc się swoją opinią na posiedzeniu Rady Zdrowia Psychicznego. Problem w tym, że duża część ekspertów nie kryje obaw związanych z kierunkiem zmian, o jakich myśli Ministerstwo Zdrowia w kontekście ciągnącej się już ósmy rok reformy psychiatrii.

Pilotaż reformy, zakładający przesunięcie ciężaru na opiekę środowiskową (centra zdrowia psychicznego), trwa od 2018 r. („najdłuższy pilotaż nowoczesnej Europy”) i potrwa na pewno do końca 2026 r. Co nastąpi po nim? Trwający rok miał obfitować w zmiany legislacyjne, które pozwoliłyby na wdrożenie modelu CZP na terenie całego kraju (w tej chwili zabezpieczają połowę populacji). Kluczową kwestią jest model finansowania. Już jesienią 2025 r. eksperci uznali, że dotychczasowy model bazujący na stawce kapitałowej może być skorygowany o wskaźniki jakościowe, natomiast jakkolwiek próba przejścia na model *fee for service* (taką chęć czy potrzebę sygnalizował jakiś czas temu NFZ) będzie oznaczać zaprzeczenie idei CZP i zaprzepaszczenie dorobku pilotażu. Który, konsekwentnie realizowany, jak pokazują doświadczenia Małopolski (przedstawiono je podczas konferencji „Priorytety w Ochronie Zdrowia 2026”, która odbyła się w styczniu na Zamku

Królewskim w Warszawie), rzeczywiście zmienił obraz psychiatrii.

W latach 2018–2024 w tym regionie nastąpiło przesunięcie wydatków z leczenia szpitalnego w stronę opieki ambulatoryjnej. W 2024 r. nakłady *per capita* na leczenie ambulatoryjne wyniosły tam 104 zł, podczas gdy w pozostałych województwach 73 zł. Jednocześnie wydatki na leczenie szpitalne były niższe w Małopolsce (62 zł) niż w reszcie kraju (66 zł). Jak tłumaczyli zaproszeni do dyskusji eksperci, zmiany, jakie zaszły w tym regionie (który drogę do psychiatrii środowiskowej rozpoczął na długo przed rozpoczęciem obecnego pilotażu), były możliwe dzięki ścisłej współpracy specjalistów, samorządów lokalnych (organów założeń szpitali, które zaakceptowały kierunek i wspierały choćby zmniejszanie bazy łóżkowej) oraz Narodowego Funduszu Zdrowia – bez zaakceptowania „wolnej ręki” w kształtowaniu budżetu na psychiatrię wdrożenie zmian byłoby niemożliwe.

Tymczasem właśnie o zakres owej wolności (nie mylić z brakiem kontroli czy dowolnością) toczy się obecny spór. Ministerstwo Zdrowia zapowiada, że w marcu lub kwietniu przedstawi ostateczne propozycje dotyczące koszyka świadczeń gwarantowanych dla centrów zdrowia psychicznego. Zaangażowani w reformę eksperci obawiają się, że te zapowiedzi oznaczają przekreślenie wdrażania modelu sprawdzonego w pilotażu i poszukiwanie przez resort trzeciej drogi, próbę wprowadzania opieki środowiskowej na warunkach NFZ (czyli przy dokładnym rozliczaniu rodzaju i wolumenu realizowanych świadczeń). Eksperci wskazują przy tym, że przez osiem lat testowano inny model i nawet jeśli w niektórych województwach był on realizowany nieoptymalnie, wynikało to przede wszystkim z braku mechanizmów szybkiego reagowania na nieprawidłowości. Wstępne propozycje NFZ i MZ mają, oprócz podstawowej wady, jaką jest wypaczenie idei opieki środowiskowej, ten feler, że nie zostały przetestowane – więc nie wiadomo, jakie będą rezultaty eksperymentu (rozwiązania wdrożonego powszechnie). Podczas dyskusji na Zamku mówiono: *Trzeba wdrożyć to, co zostało sprawdzone i co, jak pokazuje przykład Małopolski, się sprawdziło*.

Jednak wybrzmiewała bardzo wyraźnie nuta zwątpienia – obecne kierownictwo resortu zdrowia (podobnie zresztą jak poprzednie), które nie ma bieżącego wsparcia merytorycznego, eksperckiego (skutki decyzji podjętej jeszcze przez ministra Adama Niedzielskiego o likwidacji biura pełnomocnika ministra ds. reformy psychiatrii dorosłych), bazuje przede wszystkim na opiniach urzędników, w tym płatnika. A tam stopień „czucia” kierunku zmian wprowadzanych od 2018 r. nie jest imponujący.

RECEPTA NA ŻYCIE? UBEZPIECZENIE DLA LEKARZY

Prywatne L4. Bez karencji i ukrytych zapisów!

Zyskaj aż do 80% miesięcznego przychodu przez 24 miesiące w razie choroby lub wypadku. Warto się ubezpieczyć.



Świadczenie wypłacane
nawet od pierwszego dnia
niezdolności do pracy



Nawet do 50 000 zł
na miesiąc



Jednorazowe
odszkodowanie nawet
do 10 mln zł



Ochrona również
w przypadku choroby
zwyrodnieniowej kręgosłupa

Jako DSA Investment SA, spółka wchodząca w skład GK Votum, oferujemy nie tylko ubezpieczenia dla lekarzy. Wśród proponowanych przez nas usług znajdują się także: zabezpieczenie na przyszłość, oszczędzanie na emeryturę oraz ochrona ubezpieczeniowa dla dzieci, jak również pomagamy w obszarze bankowym unieważnienia kredytów waloryzowanych do waluty obcej. Chronimy nie tylko przed utratą dochodów, ale też przed innymi, trudnymi sytuacjami życiowymi.

Ulotka nie stanowi oferty w rozumieniu art. 66 Kodeksu cywilnego

ZADZWOŃ I OTRZYMAJ SPERSONALIZOWANĄ OFERTĘ!

Jolanta Ślesak-Ciuła

☎ +48 536 057 903 @ jolanta.slesak@dsa.pl

Czy Centralna e-Rejestracja naprawdę skróci kolejki?



ARTUR OLESCH
dziennikarz

1 stycznia ruszyła Centralna e-Rejestracja (CeR), obejmująca rejestrację na pierwszorazową wizytę u kardiologa oraz dwa świadczenia profilaktyki – mammografię i cytologię. Ministerstwo Zdrowia jest zadowolone z pierwszych efektów, ale placówki zdrowia wskazują na kilka problemów.

Wdrażanie Centralnej e-Rejestracji rozpoczęło się pilotażem rozpoczętym jeszcze w sierpniu 2024 r. i zakończonym 31 grudnia 2025 r. Przystąpiła do niego jedna trzecia wszystkich świadczeniodawców realizujących trzy pierwsze usługi włączone do CeR.

PACJENCI W KOŃCU ZACZNĄ ODWOŁYWAĆ WIZYTY?

Choć można było liczyć na spore bonusy finansowe, zainteresowanie pilotażem było mniejsze, niż Ministerstwo Zdrowia zakładało. Pilotaż był jedyną szansą, aby uzyskać wsparcie finansowe. Od 1 stycznia br. koszty wdrożenia CeR leżą po stronie placówek zdrowia.

Po pierwszych trzech tygodniach pełnego działania CeR w systemie odnotowano blisko 2 788 145 wizyt. Zdecydowana większość dotyczyła kardiologii (2 201 915). Do 19 stycznia 2026 r. do CeR podłączyły się 983 placówki z 2887 realizujących wspomniane

trzy świadczenia, czyli 34 proc. Z Centralnej e-Rejestracji skorzystało już 2 mln pacjentów.

Pozytywnym sygnałem jest spadek liczby wizyt, które nie doszły do skutku. W pierwszych tygodniach działania CeR tylko kilkanaście wizyt umówionych online nie zostało zrealizowanych. Pacjenci anulowali ponad 305 tys. terminów, z czego najwięcej, bo 16,41 proc., przez SMS. 6,77 proc. pacjentów zrobiło to przez IKP. Czy to znak, że centralna rejestracja ogranicza zjawisko *no-show*? Za wcześnie na wnioski. 2,7 mln wizyt to niewiele. Brakuje też danych porównawczych do obiektywnej oceny skali *no-shows* przed i po wdrożeniu CeR.

Po trzech tygodniach wszyscy pacjenci przesunięci do poczekalni, gdzie czekają na wolny termin, to ci zapisujący się do kardiologa (65 765 terminów). Na cytologię i mammografię terminy dostępne są od ręki. Start systemu dobrane ocenia Centrum e-Zdrowia. Jego rzecznik Tomasz Kulas powiedział, że

przeważają opinie typu *nareszcie, na to właśnie czekaliśmy*. Wielu pacjentów, którzy odbijają się od placówki przy próbie tradycyjnego umówienia wizyty, często przez CeR znajduje wolny termin w przychodni położonej kilka kilometrów dalej.

– Obserwujemy zwiększoną liczbę instalacji aplikacji *mojeIKP*, która – co potwierdziły także badania na sporej liczbie osób korzystających z Centralnej e-Rejestracji – oceniana jest jako najwygodniejszy sposób znajdowania i umawiania badań i wizyt – mówi dla „Pulsu” Tomasz Kulas.

Ale są i tacy, którzy nie wiedzą, jak funkcjonują zapisy na nowych zasadach albo co oznacza wpisanie do tzw. poczekalni.

– Trzeba dokładniej tłumaczyć pacjentom, jak działa poczekalnia w Centralnej e-Rejestracji i jakie przynosi korzyści, w tym automatyczne pilnowanie kolejki, automatyczne zapisanie z pełną możliwością odrzucenia lub zmiany proponowanego terminu, a przede wszystkim – realną szansę na szybszy termin wizyty – mówi rzecznik CeZ.

Ministerstwo Zdrowia i Centrum e-Zdrowia przypominają, że cały czas organizują szkolenia dla personelu medycznego. Jednocześnie trwa kampania informacyjno-promocyjna skierowana do pacjentów.

NAJWAŻNIEJSZE TERMINY I INFORMACJE O CER

Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z 22 grudnia 2025 r. w sprawie centralnej elektronicznej rejestracji CeR objęła od 1 stycznia 2026 r. placówki świadczące usługi specjalistyczne finansowane w ramach umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia na:

- pierwszorazową wizytę do kardiologa na podstawie e-skierowania,
- badania profilaktyczne w ramach programów populacyjnych, czyli mammografię oraz test HPV HR.

Przez system przechodzą wyłącznie zapisy na wizyty pierwszorazowe. Terminy na kontynuację leczenia umawiane są bezpośrednio w placówce zgodnie z dotychczasowymi zasadami.

Do 1 czerwca 2026 r. wszystkie placówki świadczące wspomniane trzy zakresy usług będą musiały przekazać

do CeR swoje harmonogramy przyjąć. Od 1 lipca 2026 r. każda wizyta musi być umawiana centralnie. NFZ zapowiada, że będzie refundował wyłącznie te świadczenia, które zostały umówione za pośrednictwem Centralnej e-Rejestracji. Brak integracji z CeR oznacza w praktyce ryzyko wstrzymania płatności.

Od 1 sierpnia 2026 r. do CeR wchodzi kolejnych dziewięć usług: choroby naczyń, choroby zakaźne, endokrynologia, hepatologia, immunologia, mukowiscydoza, nefrologia, neonatologia, pulmonologia. Do 1 stycznia 2027 r. dla tych usług podmioty muszą udostępnić harmonogramy, a od 1 lutego 2027 r. CeR stanie się obowiązkowa. Od 31 grudnia 2029 r. wszystkie usługi w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej mają już być umawiane przez CeR.

Pacjenci mogą się umawiać przez Centralną e-Rejestrację przez Internetowe Konto Pacjenta (IKP), aplikację mojeIKP, telefonicznie albo bezpośrednio w placówce medycznej. W przypadku braku wolnego terminu trafiają do poczekalni, a pierwszy wolny termin zostanie im przydzielony według wybranych kryteriów wyszukiwania. Pacjent otrzymuje przypomnienie SMS lub e-mailem przed wizytą z możliwością łatwego odwołania terminu (można to zrobić wszystkimi kanałami do umawiania wizyt). Do końca czerwca 2026 r. ze środków KPO ma zostać wdrożony chatbot AI – asystent głosowy, który zadzwoni do pacjenta i przypomni o zbliżającym się terminie.

OD „TO NIC STRASZNEGO” DO „PACJENCI SĄ ZAGUBIENI I JESTEŚMY ZASYPYWANI PYTANIAMI”

Umawianie wizyt w CeR odbywa się przez system gabinetowy zintegrowany z CeR przez dostawcę IT. Z rozmów z podmiotami, które jako pierwsze przystąpiły do pilotażu, wynika, że synchronizacja z CeR nie jest trudna, a większym wyzwaniem jest przeorganizowanie terminarza wizyt oraz informowanie pacjentów o nowych zasadach rejestracji.

CeR wymaga jasnego podziału na wizyty pierwszorazowe i kolejne oraz różniczenia przypadków pilnych i stabilnych. Nie można, jak to czasami praktykowano, umawiać dwóch pacjentów

w jednym słocie. I właśnie zmiana organizacyjna wymaga czasu, bo każdy podmiot przez lata wyrobił sobie własny sposób planowania wizyt. Od strony technicznej najpierw trzeba skonfigurować połączenie z platformą P1 i zweryfikować poprawność przekazywanych danych w aplikacji AP-KOLCE. Ten element najlepiej scedować na dostawców systemu IT, którzy mają już gotowe instrukcje postępowania. Wiele osób zwraca uwagę na konieczność prawidłowego zapisywania numerów telefonów komórkowych pacjentów, bo to na nie będzie przychodzić SMS z potwierdzeniem.

Od czasu uruchomienia CeR pojawiły się też głosy, że pacjenci często proszą w rejestracji placówki, w której korzystają z wizyt POZ, o umówienie wizyty specjalistycznej w innym podmiocie. A to oznacza dodatkową pracę dla personelu.

CENTRALNE ZARZĄDZANIE TERMINAMI, ŁATWE ODWOŁANIE WIZYTY I EFEKTY DLA SYSTEMU

Z perspektywy pacjenta CeR oznacza przede wszystkim możliwość zapisania się na usługi specjalistyczne przez system centralny. Nie trzeba już chodzić i dzwonić od przychodni do przychodni. Zamiast tego pacjent widzi wszystkie wolne terminy w swojej okolicy i może wybrać placówkę, która zaoferuje mu najszybszy termin, nawet jeśli wizyta będzie wymagała dłuższego dojazdu.

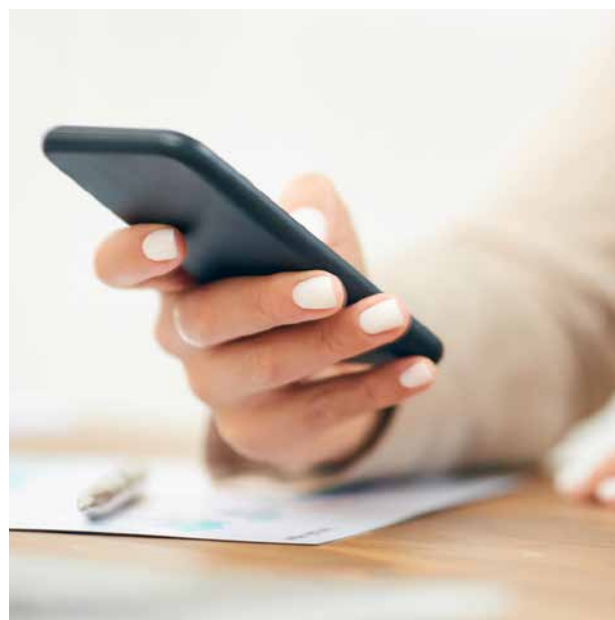
Jeśli pacjent nie znajdzie wolnego terminu w ciągu 40 dni, może zapisać się do poczekalni, która automatycznie przydzieli wizytę, gdy pojawi się wolne miejsce odpowiadające podanym przez pacjenta kryteriom. System jednak nie podaje szacunkowego czasu oczekiwania, co u części pacjentów wzbudza niepewność. Placówki zdrowia zwracają uwagę, że pacjenci często wielokrotnie dzwonią, pytając, czy termin już się pojawił. Taka informacja jest przesyła-

na bezpośrednio do pacjenta e-mailem, SMS oraz pojawia się na IKP.

Celem wprowadzenia CeR było skrócenie kolejek. Obecnie pacjenci często odchodzą z kwitkiem, kiedy w najbliższej placówce trzeba czekać miesiącami na wizytę u kardiologa. Tymczasem często się zdarza tak, że inna placówka w okolicy ma wolne terminy. Do tego centralny system ma – dzięki przypomnieniom – minimalizować liczbę osób, które nie pojawiają się na wizycie bez jej odwołania (*no-shows*). A jeśli termin zostanie odwołany, na wolne miejsce wskakuje osoba z poczekalni. Pacjent, który nie wykorzystał terminu, musi umówić się jeszcze raz, ustawiając się wirtualnie na końcu kolejki.

Czy dzięki CeR pacjenci nie będą już musieli czekać miesiącami na termin do specjalisty, co jest jedną z głównych bolączek systemu zdrowia? Wszystko będzie zależeć od edukacji pacjentów. Placówki podkreślają, że CeR nie rozwiązuje problemu ograniczonej liczby specjalistów i nawet jeśli chory otrzyma pierwszorazową wizytę szybciej, to na kolejne będzie musiał już czekać jak poprzednio.

Po latach debat i pomysłów na skracanie kolejek w końcu pojawiło się jakieś rozwiązanie. Na efekty trzeba będzie poczekać jeszcze kilka miesięcy, i to mimo obiecujących danych z pierwszych trzech tygodni. Na razie panuje ostrożny optymizm. ●



fot. licencja OIL w Warszawie

Jakość kształcenia to bezpieczeństwo pacjenta



MAŁGORZATA SOLECKA
dziennikarka

Jakość kształcenia to bezpieczeństwo pacjenta – podkreślają przedstawiciele samorządu lekarskiego. Naczelna Izba Lekarska opublikowała właśnie raport z badań na temat jakości kształcenia na kierunkach lekarskich i lekarsko-dentystycznych. To już trzecia edycja badania. Wnioski? Ciekawe, a w świetle planów resortu zdrowia dotyczących zmian w stażu podyplomowym również niezwykle istotne.

W najnowszej edycji badania ankiety wypełniło 19 szkół wyższych, w połowie uczelni z tradycjami, podległych Ministerstwu Zdrowia, w połowie „nowych”, nad którymi czuwa Ministerstwo Nauki. – *Nasze badanie, a także fakt, że uczestniczy w nim coraz więcej nowych uczelni, nie ma na celu tworzenia rankingu uczelni, tylko dostarczanie wiarygodnej informacji zarządczej, która pozwala podejmować jak najlepsze decyzje zarówno dla dobra studentów, jak i pacjentów* – mówił Artur Białoszewski, ekspert Naczelnej Rady Lekarskiej ds. badań i analiz, wykładowca akademicki. – *Nie chodzi o stygmatyzowanie kogokolwiek, ale o realną poprawę jakości edukacji przyszłych lekarzy i lekarzy dentystów* – wtórował podczas spotkania z dzienni-

karzami płk rez. dr n. med. Stefan Antosiewicz z Komisji Kształcenia Medycznego NIL.

Damian Patecki, przewodniczący Komisji Kształcenia Medycznego NIL, przypomniał, że przez długi czas to Ministerstwo Zdrowia odpowiadało za kształcenie lekarzy. – *Obecnie mamy na tym polu rywalizację pomiędzy resortem zdrowia a resortem nauki i szkolnictwa wyższego, co w naszej ocenie jest niekorzystne, ponieważ to jedno ministerstwo powinno w całości odpowiadać za kształcenie studentów* – stwierdził. W ostatnich kilku latach rozpoczął się proces obniżania standardów kształcenia, co umożliwiło otwieranie kierunków lekarskich (nie dotyczy to kierunku lekarsko-dentystycznego, który „nowym” szkołom najwyraźniej się

nie opłaca) w wielu miejscach, które – w ocenie samorządu lekarskiego – niekoniecznie mają możliwości zapewnienia jakościowego kształcenia. A przedstawiciele samorządu mówią jasno: tu chodzi o jakość.

Przewodniczący Komisji Kształcenia wskazał, że ankieta NIL to obecnie jedno z nielicznych przekrojowych narzędzi w Polsce analizujących jakość kształcenia na uczelniach medycznych. Ma ona służyć uczelniom, ministerstwu oraz kandydatom na studia. To narzędzie badawcze, więc ma swoje ograniczenia, ale jest co roku udoskonalane.

KLUCZOWE WNIOSKI Z RAPORTU?

Liczba studentów Ciężar kształcenia spoczywa na starych uczelniach, podległych MZ, które uczą łącznie część wszystkich studiujących na kierunkach lekarskich (choć część studentów to English Division).

Kadra dydaktyczna W nowych uczelniach przypada więcej kadry w przeliczeniu na liczbę studentów (35 osób) niż w tradycyjnych (27 osób). To jednak bezpośrednio wynika z punktu pierwszego, czyli liczby studiujących na kierunkach lekarskich. Nowe uczelnie kształcą dziesiątki albo setki osób, stare – nawet kilka tysięcy. Uczelnie tradycyjne dysponują, w liczbach bezwzględnych, nieporównywalnie większym zasobem doświadczonych lekarzy, doktorów i profesorów.

Liczebność grup W ankietach rozróżniono wielkość grup klinicznej i seminaryjnej. Grupa kliniczna liczyła od 4 (WUM) do 24 studentów (GUMed, przy czym jest to maksymalna zadeklarowana liczba, niekoniecznie rzeczywista). Grupy seminaryjne liczą od 20 do 36 studentów.

Braki przedkliniczne Niektóre uczelnie zgłosiły braki w kadrach i w obszarach, takich jak biochemia, patomorfologia czy patofizjologia.

Baza kliniczna – *Nie widać dużej dysproporcji w rozkładzie łóżek dydaktycznych pomiędzy uczelniami starymi i nowymi. Jednak uczelnie z tradycją posiadają głównie zasoby własne, własne szpitale, natomiast w nowych uczelniach jest to oparte na bazie obcej. Brak wpływu na potencjalne zarządza-*

nie kadrami i zasobami nie w swojej bazie klinicznej ma też znaczący wpływ na jakość kształcenia oraz dobór kadr – zwracał uwagę Artur Białoszewski, jeden ze współautorów raportu.

Potencjał naukowy pracowników kierunków lekarskich W zakresie projektów i publikacji uczelnie tradycyjnie dominują w stosunku dziewięć do jednego.

Jak podkreślał w rozmowie z dziennikarzami Damian Patecki, wnioski z raportu są szczególnie istotne w kontekście zapowiadanych przez Ministerstwo Zdrowia zmian w kształceniu podyplomowym lekarzy, zwłaszcza skrócenia czy likwidacji stażu podyplomowego. Samorząd lekarski sprawę stawia bardzo jasno, sprzeciwiając się planom resortu i przypominając, że staż jest solą w oku kolejnych ekip rządowych już od wielu lat. – *Jesteśmy zdania, że likwidacja stażu nie powinna mieć miejsca, bo nawet tzw. stare uczelnie medyczne mają dziś problem z zapewnieniem studentom odpowiedniej liczby zajęć praktycznych. W ostatnich latach znacząco wzrosła liczebność grup studenckich i coraz trudniej studentom nabyć praktyczne umiejętności, które mogą zdobyć na stażu* – mówił Patecki.

W podobnym duchu wypowiadali się eksperci w dyskusji poświęconej jakości kształcenia podyplomowego, jaka odbyła się podczas styczniowej konferencji „Priorytety w Ochronie Zdrowia 2026”. Choć głównym tematem była jakość kształcenia specjalizacyjnego, zagadnienie planów dotyczących stażu podyplomowego pojawiło się w sposób absolutnie naturalny. Dr Maria Libura, członkini Rady Zdrowia przy prezyden-



fot. licencja OIL w Warszawie

cie RP, podkreślała, że *medycyna jest zawodem mocno uregulowanym, a kolejne etapy kształcenia podlegają ścisłym standardom. – Ma to zapewnić, że lekarz będzie posiadał nie tylko wiedzę, ale także konkretne umiejętności praktyczne, bo bycie lekarzem jest w najlepszym sensie rzemiosłem* – stwierdziła, zwracając uwagę, że wraz ze wzrostem liczby absolwentów kierunków lekarskich rośnie liczba młodych lekarzy, którzy nie planują specjalizacji lub odwołują moment jej rozpoczęcia, wybierając pracę w nocnej i świątecznej pomocy medycznej.

Prof. Radosław Owczuk, były konsultant krajowy w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii, nawiązując do tego wątku, podkreślił, że dla takich lekarzy okres stażu jest w praktyce jedynym czasem, gdy mogą – przed rozpoczęciem samodzielnej pracy – sprawdzić swoje praktyczne umiejętności (a raczej, często, te umiejętności zdobyć). Dlate-

go m.in. staż nie powinien być likwidowany, bo jakiegokolwiek upracticznienie programu szóstego roku studiów nie zastąpi pracy przy łóżku pacjenta.

W ocenie ekspertów i samorządu lekarskiego resort zdrowia próbuje przedstawić propozycję skrócenia stażu o połowę jako „kompromis”, tymczasem jest to efekt prostej kalkulacji. Likwidacja stażu w pierwszym roku zaowocowałaby pojawieniem się podwójnego rocznika absolwentów kierunków lekarskich, co wymusiłoby konieczność radykalnego zwiększenia liczby miejsc rezydentkich. Na taki krok jednak MZ nie ma pieniędzy – stąd pomysł ze skróceniem stażu. Resort chce znacząco obniżyć wydatki na staże lekarskie i nie zamierza inwestować dużo więcej w miejsca specjalizacyjne, nawet jeśli oznacza to pogodzenie się z faktem, że coraz więcej lekarzy będzie funkcjonować w systemie ochrony zdrowia bez specjalizacji. ●



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 Słowenii



DOMINIK HÉJJ

politolog,
autor książki „Węgry na nowo”

W marcu zaglądamy do Słowenii, w której prezydent Nataša Pirc Musar zarządziła wybory parlamentarne na 22 marca. Obecnie centroprawicowa opozycyjna Słoweńska Partia Demokratyczna nieznacznie wyprzedza rządzący Ruch Wolności, centrolewicową partię kierowaną przez premiera Roberta Goloba.

Zgromadzenie Państwowe, liczące 90 osób, może pomieścić jeszcze pięć partii, które przekraczają czteroprocentowy próg wyborczy. To rozdrobnienie w konsekwencji może doprowadzić do trudności w zbudowaniu większościowej koalicji.

Zdrowie – obok emerytur i kosztów życia – jest wskazywane jako jeden z kluczowych obszarów wymagających pilnej reformy. Polityczny spór między różnymi ugrupowaniami przebiega według ich stosunku do kształtu ochrony zdrowia. Rzeczą dotyczy m.in. tego, czy powinno się wspierać „publiczny monopol”, czy iść bardziej w rynek prywatny (poprzez zlecenie części usług medycznych temu sektorowi). Istotnym zagadnieniem jest status lekarzy – m.in. to, czy powinni oni mieć możliwość pracy na dwóch etatach – w publicznej i prywatnej ochronie zdrowia. Związki zawodowe stoją na stanowisku, że bez bardziej elastycznych warunków pracy i lepszych płac wzrośnie emigracja lekarzy. To bardzo istotne, ponieważ w Słowenii liczba lekarzy jest niższa od średniej notowanej w innych państwach OECD (3,5 wobec 3,9). W zestawieniu tej wartości ze średnią unijną dane są jeszcze gorsze (3,5 wobec 4,3). Jednak w przypadku pielęgniarek wartości są dużo lepsze – 10,5 pielęgniarki

na 1000 mieszkańców wobec średniej OECD na poziomie 9,2 (dane Health at a Glance 2025 – Slovenia).

System ubezpieczenia zdrowotnego w Słowenii bazuje na daninie powszechnej i obowiązkowej. Systemem zarządza Instytut Ubezpieczenia Zdrowotnego Słowenii – Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. Świadczenie zdrowotne składa się z dwóch elementów – składki procentowej od wynagrodzenia (6,36 proc. płacone przez pracownika i 6,56 proc. przez pracodawcę), a także składki zryczałtowanej. Obecnie wynosi ona 37,17 euro. Składka ta jest potrącana z wynagrodzenia pracownika lub świadczenia – np. emerytury. Z obowiązku płacenia zwolnione są osoby do lat 18. Co ciekawe, ryczałt obowiązkowy został wprowadzony w 2024 r. Wcześniej było to dobrowolne ubezpieczenie uzupełniające pokrywające współpłacenie. Składka jest rokrocznie waloryzowana (1 marca) wraz ze wzrostem przeciętnej płacy brutto.

Słowenia nie należy do państw najbardziej uzależnionych od kadry wykształconej za granicą, ale korzysta z napływu pracowników medycznych, aby łagodzić niedobory, zwłaszcza w niektórych specjalnościach i regionach (brakuje przede wszystkim lekarzy rodzinnych). Słowenia pojawia się

w grupie państw UE, które przyciągają część kadry z innych krajów regionu (np. Chorwacji, częściowo Słowacji i Węgier, czasem także Włoch). Naturalnym zapleczem są także kraje Bałkanów Zachodnich (Serbia, Macedonia Północna, Bośnia i Hercegowina czy Albania). Jednocześnie słoweński personel medyczny poszukuje lepszych warunków w innych krajach, głównie w Niemczech.

W latach 2023–2024 szczególnie widoczny był konflikt wokół wynagrodzeń i warunków pracy lekarzy, który w konsekwencji doprowadził do rozpoczętego w styczniu 2024 r. (i wciąż niezakończono!) najdłuższego w historii kraju strajku lekarzy. Co prawda pozostali oni w systemie, ale znacząco ograniczyli zakres wykonywanych świadczeń, m.in. odkładając część planowych procedur i zabiegów. Sam strajk pozostaje następstwem wzrostu wynagrodzeń dyplomowanych pielęgniarek, który nastąpił w 2022 r. Akcja awansowa wywołała silne żądania ze strony lekarzy. Zdaniem protestujących działania rządu doprowadziły do nierówności wynagrodzeń, zarówno pomiędzy lekarzami i innymi zawodami medycznymi, jak i między lekarzami o różnym stażu.

Strajkujący domagają się realizacji przez rząd Roberta Goloba dwóch porozumień z 2022 i 2023, które przewidywały stworzenie odrębnego „filaru płacowego” skierowanego do systemu ochrony zdrowia w ramach nowej siatki wynagradzania pracowników sektora publicznego. Lekarze nie chcą także pracować ponad limit 48 godzin tygodniowo zgodny z prawem UE i prawem krajowym. Medycy domagają się także, aby rządzący odeszli od propozycji reformy, której celem było m.in. ograniczanie łą-



fot. licencja OIL w Warszawie

czenia pracy publicznej i prywatnej. Co ciekawe, chociaż formalnie strajk nie został zakończony, zmieniła się jego intensywność – z uwagi na wprowadzone rozwiązania prawne, które obligowały lekarzy do wykonywania szerszego zakresu usług podczas strajku. Rządzący stoją na stanowisku, że nie są w stanie spełnić oczekiwań jednej grupy zawodowej, ponieważ obawiają się efektu domina.

W ramach Unijnego Instrumentu na rzecz Odbudowy i Zwiększania Odporności (NextGenerationEU) Słowenia otrzymała ok. 2,5 mld euro wsparcia.

Na opiekę zdrowotną i społeczną zaplanowano ok. 300–350 mln euro. Mniej więcej połowa tej kwoty ma zostać przeznaczona na infrastrukturę i sprzęt medyczny, w tym – jak to było i w innych państwach – na rozwijanie e-zdrowia.

Najstarszą i jedną z największych organizacji środowiska lekarskiego jest Słoweńskie Towarzystwo Lekarskie (Slovensko zdravniško društvo), powstałe w 1861 r., które ma charakter stowarzyszenia zawodowego. Liczy ok. 4000 członków, a zrzesza lekarzy, dentyстів i studentów ostatnich lat medycyny.

Jednakże to przywołany wcześniej związek zawodowy FIDES, reprezentujący lekarzy i stomatologów, doprowadził do najdłuższego protestu lekarzy.

W sektorze pielęgniarstwa ważną rolę odgrywają branżowe centrale związkowe, takie jak Związek Zawodowy Opieki Zdrowotnej i Społecznej Słowenii (Sindikat zdravstva in socialnega varstva Slovenije, SZSVS), który zrzesza pielęgniarki i inne zawody medyczne; jest on obecny m.in. w prywatnych centrach dializ, gdzie współorganizował działania na rzecz poprawy warunków pracy. ●



Zapraszamy na szkolenia!

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

MARZEC 2026



Więcej informacji i zapisy:



3.03 | godz. 19.00–20.00

Reklama zgodnie z nowym Kodeksem Etyki Lekarskiej
adv. Przemysław Rawa-Kłócek (online)

5.03 | godz. 19.00–21.00

Co nowego w zakażeniach dróg oddechowych u dzieci?
dr hab. Wojciech Feleszko (online)

9.03 | godz. 14.00–20.00

Komunikacja w sytuacjach trudnych z pacjentem i jego rodziną
dr n. społ. Antonina Doroszevska (Warszawa: stacjonarnie)

11.03 | godz. 10.00–13.00

Zasady przetwarzania danych osobowych pacjenta w gabinecie lekarskim
UODO (online)

12.03 | godz. 19.00–21.00

Medyczna działalność gospodarcza – optymalne opodatkowanie
dr n. pr. r. pr. Wiktor Klimiuk (online)

13.03 | godz. 19.00–21.00

KSeF – co należy wiedzieć w 2026 r.? Praktyczne wdrożenie dla lekarzy
dr n. pr. r. pr. Wiktor Klimiuk (online)

17.03 | godz. 19.00–21.00

Jak oszacować ryzyko sercowo-naczyniowe w 2026 roku
prof. Piotr Dobrowolski (online)

19.03 | godz. 17.00–20.00

Podstawowe zabiegi resuscytacyjne u dorosłych z użyciem AED
dr n. med. Piotr Abramczyk (Warszawa: stacjonarnie)

Za wszystkie szkolenia zdobywa się punkty edukacyjne.

Lekarz sygnalista (nie)mile widziany



HANNA ODZIEMSKA

lekarz, publicysta, zastępca rzecznika odpowiedzialności zawodowej OIL w Warszawie

Określenie „sygnalista” nie ma dobrej prasy. Sygnalista bywa odbierany jako elegancki eufemizm, którym zastępuje się jednoznacznie pejoratywny wydźwięk określenia „konfident”. Na szczęście jednak coraz lepiej potrafimy odróżniać zwykłe donosicielstwo wynikające z niskich pobudek od informowania odpowiednich osób, organów czy instytucji o problemie w celu zapobieżenia czyjejś szkodzi.

Pozytywne konotacje sygnalizowania trafnie obrazuje pochodzące z kultury anglosaskiej określenie *whistleblower*, nawiązujące do historycznej procedury sygnalizowania przez dziewiętnastowiecznych policjantów zagrożenia za pomocą gwizdka.

Sygnalista, czy też *whistleblower*, nie ma łatwego życia. Potrafi patrzeć i słuchać ze zrozumieniem, ponadto cechuje go wrażliwość oraz poszanowanie prawa, więc szefowie zwykle postrzegają go jako osobę niewygodną, a współpracownicy w najlepszym razie jako dziwaka. Tymczasem sygnaliści są wśród nas i pomimo zniechęcającej wokół nich atmosfery wypełniają w pracy lub środowisku swoją misję zgłaszania nieprawidłowości, naruszeń i zagrożeń.

Pierwszy sygnalista, z którym rozmawiam, to Tadeusz, emerytowany lekarz anestezjolog.

– To stara historia, nie wiem, czy ktoś to zainteresuje, bo to było 30 lat temu. W karetkach pogotowia nie było jeszcze ratowników, jeździli lekarze. Na

stacji wydawano nam leki narkotyczne na każdy dyżur, po nim je zdawaliśmy i rozpisywaliśmy rozchód. Kierownik stacji lubił, żeby był spokój, irytowały go skargi od pacjentów i lekarze, którzy coś od niego chcieli. Za nadzór nad narkotykami była odpowiedzialna Magda, anestezjolożka, którą kierownik zrobił swoim zastępcą, bo wyręczała go prawie we wszystkim, i miał upragniony spokój. Chodziły wśród średniego personelu plotki, które docierały też do lekarzy, że Magda *lubi sobie dziabnąć w żyłę*. Ja w to nie wierzyłem, bo merytorycznie była świetna i w jej zachowaniu też mnie nic nie niepokoiło. Mieliśmy pacjentkę z zaawansowanym rakiem trzustki, do której regularnie były wezwania. Opieka paliatywna nie była wtedy jeszcze tak rozwinięta, jak teraz, pogotowie załatwiała wiele roboty, którą później dopiero przejęły hospicja i lecznictwo otwarte. Ta pacjentka była uczulona na niektóre leki przeciwbólowe, więc zwykle podawaliśmy jej opioid, który dobrze tolerowała. Któregoś razu po podaniu leku wystąpiła u niej anafilaksja, z trudem udało nam się ją z tego wyprowadzić i dowieźć do szpitala. Byłem w szoku, bo sam wielokrotnie podawałem pacjentce ten sam lek i nigdy nic takiego się nie działo. Mieliśmy obowiązek zachowywać ampułki po użytych lekach narkotycznych, więc kiedy wróciliśmy na stację, zacząłem oglądać tę ampulkę. Była na niej naklejka z nazwą, numerem serii i datą ważności, tak jak zwykle, ale kiedy spojrzałem na nią pod światło, wydawało mi się, że pod naklejką jest jeszcze jakiś napis. Ostrożnie ją odkleiłem i z przerażeniem stwierdziłem, że na ampulce jest nazwa i seria leku, który uczulał pacjentkę. Niezwłocznie zgłosiłem to Magdzie, która z widocznym zdenerwowaniem zażądała, żebym oddał jej tę ampulkę i przestał się tym interesować, bo *ona to załatwi*. Nie chciałem tego zrobić i szczerze opowiedziałem jej o plotkach. Ona to wyśmiała i powiedziała, że mam w takim razie *rozliczyć rozchód zgodnie z naklejką*. Poszedłem do kierownika, który z niechęcią przyjął moje zgłoszenie. *A po co pan w tym grzebał?* – nie krył niezadowolenia. Powiedział to samo co Magda, że mam się tym więcej nie zajmować, bo on to załatwi. Ostrzegłem



nia oprawców i ofiar, błędne koło bezkarności z jednej strony i bezsilności z drugiej. Kasia pracowała ze mną w poradni, świetna lekarka, uwielbiana przez pacjentów. Któregoś wieczoru na koniec pracy wpadła bez uprzedzenia do przychodni i weszła do mojego gabinetu, jak tylko wyszedł ostatni pacjent. *Chcę cię prosić o dwa-trzy dni zwolnienia, dzwoniłam już do szefowej i ona się zgodziła.* Poprosiłam, żeby opowiedziała, co się stało, powiedziała, że

wszystkich kolegów ze stacji i oglądałem potem zawsze dokładnie ampulki, które pobierałem na dyżur, ale problem tak jakby zniknął, nie wykryłem więcej procederu z zamianą leków. Mówię tak jakby, bo chociaż pacjenci byli już bezpieczni, to kilka miesięcy później Magda nagle przestała przychodzić do pracy, a kierownik w niedługim czasie powiedział nam, że będzie jej pogrzeb i że policja może nas wzywać jako świadków, bo znaleziono ją w domu martwą, a w mieszkaniu było dużo pustych ampulek po opioidach. Mam straszny żal do kierownika, bo może Magda by żyła, gdyby nie jego polityka zamykania problemów pod dywan.

Drugą sygnalistką jest Emilia, specjalistka medycyny rodzinnej.

– Teraz dużo się mówi o przemoc domowej, ale kilka lat temu to był temat tabu. Taka jakby zмова milcze-

muszę ją zbadać, bo przecież jakieś rozpoznanie powinienam wpisać i dać jej zalecenia. Najpierw nie chciała się rozbrać, ale wiedziała, że nie ustąpię, więc w końcu powiedziała, że miała *mały wypadek w domu, że potknęła się i przewróciła na schodach*, więc z powodu bólu *nie czuje się na siłach pracować*, ale *to nic takiego i sama już sobie wypisała receptę na leki.* Zbadałam ją, miała zasinięcia w okolicach łędziwowych i pod łopatkami. Wydały mi się dziwne jak na stłuczenia po upadku na schodach, ale kiedy jej o tym powiedziałam i zaproponowałam Niebieską Kartę, to odmówiła. Rozmawiałam następnego dnia z naszą szefową, że martwię się o Kaśkę i może by trzeba coś zadziałać, porozmawiać z nią w zespole, wesprzeć, zaoferować pomoc. Usłyszałam, że jestem nadgorliwa, bo przecież nic się nie dzieje, a ja wymyślam teorie spiskowe.

Kilka tygodni po tej wizycie Kaśka z samego rana czekała na mnie przed przychodnią w ciemnych okularach, chociaż dzień był pochmurny. *Daj mi kilka dni zwolnienia, proszę* – odciągnęła mnie na bok, poza zasięg widoczności z recepcji. Gdy zaczęłam ją wypytwać, co się stało, uchyliła okulary i okazało się, że ma krwiak okołoooczodołowy. *Robiłam porządku w garderobie, a tam jest taka szafka z ostrymi kantami, no i przez nieuwagę się uderzyłam.* Próbowałam dociekać, co się dzieje, ale ona tylko powtarzała opowieść o szafce i prosiła o zwolnienie, zirytowała się, kiedy znowu wspominałam o Niebieskiej Karcie. Tego samego dnia powiedziałam szefowej o sytuacji i znowu usłyszałam, że jestem problematyczna, bo grzebię w tym, chociaż Kaśka wyraźnie powiedziała, że nie chce żadnej Niebieskiej Karty. Trzecia prośba Kasi o zwolnienie była dwa tygodnie później, na twarzy miała drobne wybroczyny, a na szyi poziome zasinięcie. Tym razem był SOR i Niebieska Karta, Kasia już nie protestowała. Za to od szefowej usłyszałam, że teraz mam wziąć dodatkowe godziny w przychodni, bo *przez akcję z Kaśką nie ma obsady i grafik się sypie.*

Whistleblowing nie jest zarezerwowany wyłącznie dla medyków – sygnalistą może i powinien być każdy, kto dostrzega zagrożenie. W przypadku lekarzy rola ta bywa jednak szczególnie trudna. Choć dzięki wiedzy i wrażliwości szybciej rozpoznają nieprawidłowości w swoim otoczeniu, to przebicie się przez mur systemowego oporu okazuje się wyjątkowo żmudne.

Trzeba jednak bez względu na koszty przebijać się przez ten mur, bo celem jest przecież czyjeś życie. ●



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

Przegląd zmian w przepisach



FILIP NIEMCZYK
adwokat

Początek roku to wejście w życie przepisów zmieniających w istotny sposób kwestie związane z orzekaniem lekarskim w ramach Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, a także kontrolowaniem korzystania ze zwolnień lekarskich. Zapowiedziano też ważne zmiany w dostępie do opieki medycznej oraz wykonywania zawodu lekarza przez obywateli Ukrainy. Aktywnością niezmiennie wykazywał się rzecznik praw pacjenta.

NOWE PRZEPISY O ZWOLNIENIACH I ORZECZNICTWIE LEKARSKIM

Prezydent RP 7 stycznia 2026 r. podpisał nowelizację ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych oraz niektórych innych ustaw*, która porządkuje szereg kwestii związanych z wystawianiem zwolnień lekarskich i przeprowadzaniem kontroli prawidłowości ich wykorzystania, a także wprowadza nowe zasady orzecznictwa lekarskiego w ZUS. Przepisy wchodzą w życie w różnych terminach.

Od 27 stycznia 2026 r. obowiązują znowelizowane reguły kontroli prawidłowości orzekania o czasowej niezdolności do pracy oraz wystawiania zaświadczeń lekarskich. Jednoznacznie wskazano na uprawnienie ZUS do kontrolowania zaświadczeń lekarskich

o czasowej niezdolności do pracy z tytułu opieki nad chorym członkiem rodziny, a także wprowadzono możliwość żądania przez ZUS od ubezpieczonego udzielenia wyjaśnień i informacji. Wdrożono także możliwość udostępniania właściwym jednostkom organizacyjnym samorządu zawodowego lekarzy i lekarzy dentystów – dla celów postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarza i lekarza dentysty – danych, informacji oraz dokumentów zgromadzonych przez ZUS.

Od 13 kwietnia 2026 r. obowiązywać będą nowe regulacje związane z podejmowaniem przez świadczeniobiorców określonych czynności w czasie przebywania na zwolnieniu lekarskim. Nie zmieni się obowiązująca obecnie zasada, że ubezpieczony traci prawo do za-

siłku chorobowego za cały okres zwolnienia lekarskiego od pracy, jeśli w tym okresie wykonuje pracę zarobkową. Zmieni się druga przesłanka do utraty prawa do zasiłku, tj. ubezpieczony utraci zasiłek chorobowy, jeżeli będzie podejmował aktywność niezgodną z celem zwolnienia. Kontrolę prawidłowości wykorzystywania zwolnień od pracy nadal będą mogli przeprowadzać płatnicy składek i ZUS. Doprecyzowano, że kontrolą mogą być obejmowane również osoby po ustaniu tytułu ubezpieczenia chorobowego. Kontrolerzy uzyskają uprawnienia do legitymowania osoby kontrolowanej w celu ustalenia tożsamości. Będą też uprawnieni do wstępu do miejsca przeprowadzania kontroli oraz do odbierania informacji od osoby kontrolowanej, jej płatnika składek oraz od lekarza leczącego.

Zadania wydawania orzeczeń na potrzeby decyzji ZUS aktualnie realizowane są przez lekarzy orzeczników – pracowników ZUS posiadających tytuł specjalisty. Od kwietnia 2026 r. wprowadzona zostanie możliwość zatrudniania także pielęgniarek oraz fizjoterapeutów do wydawania orzeczeń w zakresie niezdolności do samodzielnej egzystencji oraz rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej. Nadto poza lekarzami specjalistami na stanowiskach lekarzy orzeczników będą mogli pracować lekarze odbywający szkolenie specjalizacyjne albo posiadający co najmniej pięcioletni okres wykonywania zawodu lekarza. Współpraca z ZUS będzie mogła odbywać się także na podstawie umowy o świadczenie usług.

Od 1 stycznia 2027 r. lekarz nie będzie miał obowiązku wystawienia zwol-

nienia lekarskiego z określonego tytułu ubezpieczenia, jeżeli praca zarobkowa w jednym z tych miejsc będzie mogła być wykonywana z uwagi na rodzaj tej pracy. Możliwa będzie zatem sytuacja, że ubezpieczony będzie przebywał na zwolnieniu od pracy u jednego pracodawcy, a jednocześnie wykonywał pracę u innego pracodawcy, o ile będzie to możliwe ze względu na rodzaj pracy oraz chorobę, którą ubezpieczony będzie dotknięty.

PROJEKT USTAWY WYGASZAJĄCEJ SZCZEGÓLNE UPRAWNIENIA OBYWATELI UKRAINY

Rada Ministrów* 20 stycznia 2026 r. przyjęła projekt ustawy o wygaszeniu rozwiązań wynikających z ustawy o pomocy obywatelom Ukrainy w związku z konfliktem zbrojnym na terytorium tego państwa oraz o zmianie niektórych innych ustaw. Nowe przepisy miałyby wejść w życie w marcu 2026 r. Celem ustawy jest wprowadzenie jednego, spójnego systemu wsparcia dla wszystkich cudzoziemców z ochroną czasową (niezależnie od obywatelstwa) w zakresie świadczeń społecznych, rynku pracy i opieki zdrowotnej.

Ustawa przewiduje stopniowe przejście w ochronie zdrowia na zasady zbliżone do obywateli polskich (składki i ubezpieczenie), z zachowaniem wyjątków m.in. dla dzieci, kobiet w ciąży, ofiar przemocy, rannych żołnierzy oraz nagłych przypadków. W konsekwencji znacznie ograniczony zostaje również dostęp do bezpłatnej opieki zdrowotnej dla osób nieubezpieczonych, które będą funkcjonować tak samo, jak nieubezpieczeni obywatele Polski. Dostęp do świadczeń z pomocy społecznej zosta-

nie ograniczony do tych, które przysługują cudzoziemcom przebywającym ze względów humanitarnych lub na podstawie zgody na pobyt tolerowany.

Do przedstawionego projektu uwagi zgłosiło prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej*. Wskazano, że projektowane przepisy wprowadzać mają treści już zapis przejściowy dotyczący „wygaszania” możliwości nabywania przez obywateli Ukrainy warunkowego prawa wykonywania zawodu lekarza. Kwestie te zostały już uprzednio uregulowane*. Prezydium NRL proponuje w związku z tym, aby dokonać poprawki polegającej na tym, żeby obecnie projektowane przepisy odnosiły się wyłącznie do osób, które uzyskały warunkowe prawo wykonywania zawodu, a nie do osób, które uzyskały zgodę ministra zdrowia. Taki przepis przejściowy z jednej strony zrealizuje wolę projektodawcy wyrażoną w uzasadnieniu do projektu ustawy, jaką jest umożliwienie dalszej pracy osobom, które mają przyznane warunkowe prawo wykonywania zawodu na podstawie przepisu, który traci moc prawną, a z drugiej strony wskaże ramy prawne, w jakich wykonywanie zawodu lekarza przez te osoby powinno się odbywać.

Prezydium NRL wskazało jednocześnie, że opiniowany projekt ustawy jest kolejną nowelizacją przepisów dotyczących tzw. uproszczonego trybu uzyskiwania uprawnień zawodowych lekarza i lekarza dentystry, który nie realizuje postulatu samorządu lekarskiego, jakim jest ich zniesienie. Uproszczony dostęp do zawodu lekarza i lekarza dentystry zwalnia z wymogu nostryfikacji dyplomu lekarskiego uzyskanego za granicą poza obszarem Unii Europejskiej, zwalnia także z konieczności odbycia stażu podyplomowego czy złoże-

nia egzaminu z języka polskiego w zakresie znajomości języka potrzebnego do komunikacji z pacjentem i udzielania świadczeń zdrowotnych.

RZECZNIK PRAW PACJENTA W SPRAWIE RECEPTOMATÓW

Rzecznik praw pacjenta poinformował*, że 22 stycznia 2026 r. Wojewódzki Sąd Administracyjny w Warszawie oddalił dwie skargi na decyzje uznające stosowanie praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów*. Sprawy dotyczyły podmiotów leczniczych, które oferowały i dopuszczały wypisywanie recept na substancje opisane w rozporządzeniu ministra zdrowia na odległość, tj. poprzez teleporadę. Sąd potwierdził, że niedostosowanie się do wymogów prawa w zakresie obowiązku osobistego zbadania pacjenta przed wystawieniem recepty może stanowić zagrożenie dla jego zdrowia i świadczy o stosowaniu praktyki naruszającej zbiorowe prawa pacjentów.

Rzecznik poinformował* jednocześnie, że w 2025 r. wydał 27 decyzji uznających stosowanie praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów w zakresie podmiotów leczniczych, które nie dostosowały się do ww. wymogów prawa, stwarzając niebezpieczne warunki udzielania świadczeń zdrowotnych dla swoich pacjentów. W ostatnim czasie nałożył także kolejne cztery kary pieniężne na podmioty, które nie dostosowały się do wcześniejszej decyzji rzecznika, na kwotę prawie pół miliona złotych.

* Źródła podane są na stronie internetowej „Pulsu”



PROGRAM STYPENDIALNY



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

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

Umowa o pracę

obowiązki pracownika i pracodawcy oraz zasady czasu pracy



GABRIELA PACEK
aplikant radcowski

Podstawowym sposobem zatrudnienia w Polsce jest umowa o pracę. To nie tylko formalny dokument, lecz także kluczowy mechanizm ochrony pracowników i stabilizacji rynku pracy. W tym artykule wyjaśnię, jakie obowiązki spoczywają na pracowniku i pracodawcy oraz jak regulowany jest czas pracy osób zatrudnionych na podstawie umowy o pracę.

FUNDAMENT RELACJI ZAWODOWEJ

Kodeks pracy to podstawowy dokument określający zasady zatrudnienia w Polsce. Prawo pracy reguluje relacje pomiędzy pracownikiem a pracodawcą w sytuacji, gdy praca wykonywana jest w warunkach podporządkowania – a więc wtedy, gdy pracownik realizuje zadania zgodnie z poleceniami przełożonych, w określonym miejscu i czasie. Umowa o pracę, pomimo rozwoju alternatywnych form świadczenia pracy (jak umowy cywilnoprawne czy samozatrudnienie), pozostaje najczęstszą formą zatrudnienia w Polsce.

OBOWIĄZKI PRACOWNIKA

Umowa o pracę nakłada na pracownika kilka podstawowych obowiązków:

- **Sumienne i staranne wykonywanie pracy** – pracownik powinien wyko-

nywać powierzone zadania rzetelnie, dbając o jakość i efektywność.

- **Przestrzeganie poleceń przełożonych** – o ile są zgodne z prawem i umową o pracę.
- **Przestrzeganie ustalonego czasu pracy** – pracownik powinien pojawiać się w pracy w wyznaczonych godzinach i stosować się do ustalonego harmonogramu.
- **Przestrzeganie regulaminu pracy i porządku obowiązującego w zakładzie** – w tym zasad organizacji stanowisk i zachowania w miejscu pracy.
- **Przestrzeganie przepisów bezpieczeństwa i higieny pracy oraz przepisów przeciwpożarowych** – dbanie o swoje bezpieczeństwo i bezpieczeństwo innych osób w miejscu pracy.
- **Dbanie o dobro zakładu pracy** – obejmuje ochronę mienia pracodaw-

cy, właściwe użytkowanie powierzonych narzędzi i materiałów oraz zachowanie w tajemnicy informacji, których ujawnienie mogłoby zaszkodzić pracodawcy.

- **Przestrzeganie tajemnicy przewidzianej w odrębnych przepisach** – np. informacji medycznych, handlowych lub innych chronionych prawnie.
- **Przestrzeganie zasad współzycia społecznego w zakładzie pracy** – czyli kulturalne i odpowiedzialne zachowanie w relacjach z innymi pracownikami.

Wszystkie te obowiązki mają na celu ochronę interesów pracodawcy, bezpieczeństwo pracy oraz prawidłowe funkcjonowanie zakładu pracy.

OBOWIĄZKI PRACODAWCY

Stosunek pracy charakteryzuje się nierównowagą stron – pracownik wykonuje pracę podporządkowaną, a pracodawca kieruje jej przebiegiem. Dlatego ustawodawca nakłada na pracodawcę obowiązki, które mają chronić prawa pracownika i zapewnić sprawną organizację pracy.

Do głównych obowiązków pracodawcy należą:

- **Informowanie pracownika o obowiązkach i warunkach pracy** – każdy pracownik powinien wiedzieć, jakie ma zadania, jak je wykonywać i jakie przysługują mu prawa.
- **Organizacja pracy w sposób efektywny i bezpieczny** – tak, aby czas pracy był w pełni wykorzystany, a wykonywana praca była możliwie komfortowa i nienadmiernie uciążliwa, zwłaszcza w pracy monotonnej lub wymagającej określonego tempa.

- **Przeciwdziałanie dyskryminacji** – niezależnie od płci, wieku, niepełnosprawności, rasy, wyznania, narodowości, przekonań politycznych, przynależności związkowej czy rodzaju umowy (na czas określony lub nieokreślony).
- **Zapewnienie bezpiecznych i higienicznych warunków pracy** – w tym organizowanie szkoleń z zakresu BHP.
- **Terminowa i prawidłowa wypłata wynagrodzenia** – pracownik powinien otrzymywać wynagrodzenie w ustalonym terminie i w pełnej wysokości.
- **Ułatwianie podnoszenia kwalifikacji zawodowych** – szkolenia, kursy, wsparcie adaptacji po ukończeniu szkoły lub studiów.
- **Spełnianie socjalnych potrzeb pracowników w miarę posiadanych środków** – np. dostęp do świadczeń socjalnych czy świadczeń pracowniczych.
- **Stosowanie obiektywnych kryteriów oceny pracy** – w tym oceny wyników pracowników i jakości wykonywanej pracy.
- **Prowadzenie i przechowywanie dokumentacji pracowniczej** – zarówno w formie papierowej, jak i elektronicznej, w sposób bezpieczny i poufny. Dokumentacja powinna być przechowywana nie tylko w czasie zatrudnienia, ale także przez 10 lat po zakończeniu stosunku pracy, chyba że przepisy przewidują dłuższy okres.
- **Kształtowanie zasad współżycia społecznego w zakładzie pracy** – dbałość o kulturę pracy, relacje między pracownikami i ogólną atmosferę w zakładzie.



fot. licencja OIL w Warszawie

Powyższy katalog obowiązków nie jest zamknięty – może być uzupełniany przez przepisy Kodeksu pracy lub inne akty prawne regulujące szczególne sytuacje w zakładzie pracy.

CZAS PRACY

Kodeks pracy określa, że czas pracy to okres, w którym pracownik pozostaje do dyspozycji pracodawcy w zakładzie pracy lub w innym miejscu wyznaczonym do wykonywania pracy.

W placówkach leczniczych standardowy wymiar czasu pracy w przyjętym okresie rozliczeniowym wynosi: 7 godzin 35 minut na dobę i przeciętnie 37 godzin 55 minut tygodniowo, przy pięciodniowym tygodniu pracy.

W wyjątkowych sytuacjach, kiedy wymaga tego rodzaj pracy lub jej organizacja, dopuszczalne jest wydłużenie czasu pracy do 12 godzin na dobę. Okres rozliczeniowy zwykle obejmuje miesiąc, ale w szczególnie uzasadnionych przypad-

kach można go wydłużyć do maksymalnie 4 miesięcy.

Pracownikowi przysługuje również prawo do co najmniej 11 godzin nieprzerwanego odpoczynku dobowego, a także co najmniej 35 godzin nieprzerwanego odpoczynku tygodniowego (w tym minimum 11 godzin nieprzerwanego odpoczynku w ciągu doby).

W sytuacjach wymagających specjalnej organizacji pracy możliwe jest udzielenie co najmniej 24 godzin nieprzerwanego odpoczynku w tygodniu, rozliczanego w okresie nie dłuższym niż 14 dni.

GWARANCJA BEZPIECZEŃSTWA

Należy pamiętać, że obowiązki pracownika i pracodawcy są uregulowane przepisami wynikającymi z Kodeksu pracy. Znajomość tych obowiązków jest kluczowa nie tylko dla prawidłowego funkcjonowania zakładu pracy, ale także dla ochrony praw pracowniczych i bezpieczeństwa w miejscu pracy. ●



Pomoc prawna dla lekarza – Lex Doctor

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



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



lub poprzez
formularz
zgłoszeniowy



Błędy informacyjne dotyczące zasad udzielania odpoczynków po dyżurach



MONIKA POTOCKA

rzecznik praw lekarza OIL w Warszawie i NIL

W związku ze zgłoszeniami lekarzy rezydentów dotyczącymi sposobu organizacji dyżurów medycznych, realizacji prawa do odpoczynku oraz zasad rozliczania wynagrodzenia w jednym z mazowieckich podmiotów leczniczych wystąpiłam do Państwowej Inspekcji Pracy o przeprowadzenie kontroli w placówce.

Do Biura Rzecznika Praw Lekarza OIL w Warszawie napłynęły sygnały od lekarzy rezydentów zatrudnionych w jednym z mazowieckich szpitali. Zgłoszenia dotyczyły m.in. braku możliwości skorzystania z przysługującego tygodniowego odpoczynku po dyżurach medycznych, w szczególności dyżurach pełnionych w soboty, a także wątpliwości co do prawidłowości naliczania i wypłaty wynagrodzenia za czas odpoczynku po dyżurach.

Z relacji lekarzy wynikało, że obowiązująca organizacja pracy prowadziła w praktyce do długotrwałego świadczenia pracy bez zapewnienia 35-godzinnego nieprzerwanego odpoczynku tygodniowego. Zwracali również uwagę, że czas obowiązkowego odpoczynku po dyżurach nie zawsze był wliczany do podstawowego wymiaru czasu pracy, co skutkowało obniżeniem należnego wynagrodzenia.

W związku z powyższym wystąpiłam do Okręgowego Inspektoratu Pracy w Warszawie z wnioskiem o przeprowadzenie kontroli. Wskazałam na możliwe naruszenia prawa do odpoczynku dobowego i tygodniowego oraz przepisów regulujących zasady wynagradzania lekarzy rezydentów pełniących dyżury medyczne.

Podkreśliłam, że prawo do odpoczynku ma fundamentalne znaczenie nie tylko dla ochrony zdrowia lekarzy, ale również dla bezpieczeństwa pacjentów i jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych. Wyjątki od zasady zapewnienia 35-godzinnego odpoczynku tygodniowego – jako wyjątki od reguły – nie mogą być stosowane w sposób rozszerzający ani stały.

Państwowa Inspekcja Pracy przeprowadziła kontrolę obejmującą m.in. sposób rozliczania dyżurów medycznych lekarzy rezydentów oraz zapewnianie odpoczynków dobowych i tygodniowych.

W toku czynności kontrolnych przeanalizowano ewidencję czasu pracy wybranych pracowników oraz obowiązujące u pracodawcy zasady informowania o warunkach zatrudnienia. Wyniki kontroli wskazały, że:

- pracodawca zapewniał lekarzom 11-godzinne odpoczynki dobowe oraz odpoczynki tygodniowe w wymiarze 35 godzin albo – w określonych przypadkach – co najmniej 24 godzin w okresie rozliczeniowym,
- nie stwierdzono przekroczenia pięcioletniej 48-godzinnej normy czasu pracy u lekarzy, którzy nie wyrazili zgody na jej przekroczenie,

- praca w soboty, niedziele i święta odbywała się w ramach dyżurów medycznych.

Jednocześnie kontrola wykazała nieprawidłowość w zakresie treści informacji o dodatkowych warunkach zatrudnienia, przekazywanej pracownikom na podstawie Kodeksu pracy. W informacji tej wskazano ogólne normy odpoczynku dobowego i tygodniowego, jednak nie określono zasad udzielania odpoczynków w przypadku pełnienia dyżurów medycznych.

Państwowa Inspekcja Pracy uznała to za uchybienie informacyjne i skierowała do pracodawcy wnioski o doprecyzowanie przekazywanych pracownikom informacji, stosując środki prawne przewidziane w ustawie o PIP.

Choć kontrola nie zakończyła się zakwestionowaniem całej organizacji czasu pracy, sprawa ma istotne znaczenie systemowe. Pokazuje bowiem, że brak jasnych, precyzyjnych i zgodnych z przepisami informacji o zasadach udzielania odpoczynku po dyżurach może prowadzić do niepewności prawnej, sporów interpretacyjnych oraz pocucia naruszenia praw pracowniczych.

Prawo do odpoczynku nie ma charakteru iluzorycznego i nie może być ograniczane wyłącznie z powodu trudności organizacyjnych czy braków kadrowych. Właściwa organizacja dyżurów i jasne zasady informowania pracowników są obowiązkiem pracodawcy i leżą w interesie zarówno lekarzy, jak i pacjentów.

Sprawa potwierdza również, że zgłoszenia kierowane do Biura Rzecznika Praw Lekarza stanowią realne narzędzie ochrony praw lekarzy i mogą prowadzić do konkretnych działań organów kontrolnych.

Kontakt i godziny pracy
rzecznika praw lekarza:



Młodzi lekarze z Polski mają wpływ na kształcenie medyczne w Europie

Polscy lekarze w trakcie specjalizacji mogą dziś realnie współtworzyć europejskie standardy kształcenia i praktyki klinicznej. Dzięki członkostwu w Europejskim Stowarzyszeniu Młodych Lekarzy (EJD) otwiera się przed nimi możliwość udziału w pracach sekcji specjalistycznych Europejskiej Unii Lekarzy Specjalistów (UEMS). O tym, że to nie tylko prestiż, ale również szansa na rozwój zawodowy i wpływ na przyszłość medycyny w Europie, rozmawiam z **lek. Michałem Matuszewskim**, członkiem prezydium ORL w Warszawie i oficjalnym doradcą Światowego Stowarzyszenia Lekarskiego.

rozmawiała **DOROTA LEBIEDZIŃSKA**

Czym właściwie zajmuje się Europejska Unia Lekarzy Specjalistów?

UEMS to organizacja skupiająca europejskie środowiska lekarskie, której jednym z kluczowych zadań jest wypracowywanie standardów kształcenia specjalizacyjnego i zasad zapewnienia jakości pracy lekarzy specjalistów. To właśnie tutaj powstają rekomendacje dotyczące programów szkoleniowych, kompetencji i wymogów, które w dłuższej perspektywie wpływają także na krajowe systemy ochrony zdrowia.

Do niedawna udział w pracach UEMS kojarzył się z doświadczonymi ekspertami. Co się zmieniło?

Przełomem było przystąpienie Naczelnej Izby Lekarskiej do Europejskiego Stowarzyszenia Młodych Lekarzy. Dzięki temu polscy lekarze w trakcie specjalizacji mogą dziś oficjalnie uczestniczyć w pracach sekcji specjalistycznych UEMS jako przedstawiciele EJD. Ich głos staje się częścią europejskiej dyskusji o tym, jak powinno wyglądać nowoczesne kształcenie specjalistów.

Czy dotyczy to także europejskich egzaminów specjalizacyjnych?

Tak, w niektórych sekcjach. Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z 20 października 2017 r. w Polsce funkcjonuje pięć egzaminów organizowanych przez europejskie towarzystwa naukowe równoważnych z Państwowym Egzaminem Specjalizacyjnym: z anestezjologii i intensywnej terapii, urologii, radiologii i diagnostyki obrazowej, okulistyki oraz chirurgii klatki piersiowej.

Naszym celem jest, aby młodzi lekarze poprzez aktywny udział w pracach UEMS mieli dobry wgląd w sytuację na poziomie europejskim i mogli ocenić, w których specjalizacjach warto rozszerzyć tę możliwość. Zależy nam

na tym, żeby decyzje o ewentualnym poszerzeniu listy specjalizacji z dostępem do egzaminu europejskiego były podejmowane na podstawie realnych doświadczeń i potrzeb środowiska medycznego.

Jak zgłosić swoją kandydaturę?

Proces jest wieloetapowy, ale przejrzysty. Zainteresowany lekarz zgłasza się do Naczelnej Izby Lekarskiej, a następnie jego kandydatura jest rekomendowana przez właściwą okręgową izbę lekarską, w naszym przypadku przez Okręgową Izbę Lekarską w Warszawie. Po decyzji prezydium NRL wnioski trafiają do EJD, gdzie kandydatura w drodze głosowania na zgromadzeniu plenarnym EJD zostaje zatwierdzona. Dopiero wtedy lekarz staje się oficjalnym przedstawicielem EJD w sekcji UEMS. W ubiegłym roku ustanowiliśmy polskich reprezentantów w sekcji kardiologii, pediatrii oraz urologii.

Czy wiąże się to z dodatkowymi kosztami po stronie lekarza?

NIL w przypadku ustanowienia młodego lekarza przedstawicielem EJD pokrywa trzem lekarzom rocznie koszty związane z ich udziałem w pracach sekcji specjalistycznej UEMS w wysokości 3000 zł na osobę, aby sfinansować transport i nocleg podczas posiedzeń stacjonarnych.

Co młody lekarz może zyskać, angażując się w prace UEMS?

To przede wszystkim unikalna możliwość współpracy z wybitnymi europejskimi specjalistami, zdobycia doświadczenia wykraczającego poza codzienną praktykę kliniczną oraz poszerzenia perspektywy zawodowej. Ale równie ważny jest wpływ – realny udział w kształtowaniu standardów, które będą obowiązywać kolejne pokolenia lekarzy.

Od czego zacząć, jeśli ktoś chce spróbować swoich sił w UEMS?

Pierwszym krokiem jest zgłoszenie zainteresowania do Naczelnej Izby Lekarskiej – wystarczy kontakt mailowy pod adresem polishchamber@nil.org.pl. To początek drogi, która może zaprowadzić młodego lekarza do centrum europejskich debat o przyszłości medycyny.



29. Mistrzostwa Polski Lekarzy w Narciarstwie Alpejskim

Tegoroczna edycja Mistrzostw Polski Lekarzy w Narciarstwie Alpejskim odbyła się 6–7 lutego 2026 r. w Czarnej Górze, gromadząc blisko 100 lekarzy i lekarzy dentystów z całej Polski. Zawodnicy rywalizowali na stoku Litwinka–GRAPA SKI w trzech konkurencjach: slalom, supergigant, slalom gigant.

Mimo wymagających warunków nie zabrakło sportowych emocji i dobrej zabawy. W klasyfikacji izb lekarskich OIL w Warszawie zajęła 3. miejsce, a najbardziej utytułowaną zawodniczką została reprezentantka naszej izby – dr Katarzyna Luterek, która wygrała wszystkie trzy konkurencje. Organizatorem wydarzenia były OIL w Warszawie oraz Polskie Stowarzyszenie Narciarskie Lekarzy POLSKIMED, a koordynatorem edycji był kol. Witold Bojar. Uroczyste zakończenie i wręczenie nagród odbyło się w Zakopanem i wziął w nim udział wiceprezes ORL w Warszawie Krzysztof Herman.



Szczegółowe wyniki:

fot. Agencja Fotografii Sportowej KamPas Sport

Piłkarska wiosna z Ligą OIL

Największa lekarska liga w kraju wraca na boiska już w kwietniu! Szczegóły dotyczące rozgrywek już wkrótce. Zapraszamy do zapisów zarówno nowe drużyny, jak i pojedynczych piłkarzy chcących dołączyć do istniejących drużyn.

Zgłoszenia drogą mailową: sport@oilwaw.org.pl.

W treści prosimy podać imię i nazwisko oraz numer telefonu.



fot. Michał Krawczyk

VIII edycja kursu samoobrony

OIL w Warszawie zaprasza lekarzy i lekarzy dentystów na kolejną edycję kursu samoobrony. Cykl ośmiu zajęć obejmuje praktyczne techniki reagowania w sytuacjach zagrożenia, pod okiem Borysa Czyhina – byłego funkcjonariusza sił specjalnych. Pierwsze zajęcia grupy początkującej odbędą się 2 marca 2026 r. (poniedziałek) w godzinach 18.30–20.00. Grupa zaawansowana startuje tego samego dnia w godzinach 20.00–21.30. Spotykamy się na sali sportowej przy ul. Chłodnej 36/46 w Warszawie.

Liczba miejsc ograniczona, zapisy: sport@oilwaw.org.pl. W mailu prosimy o podanie następujących danych: imię i nazwisko, PWZ, nr telefonu oraz dopisku – kurs podstawowy lub kurs zaawansowany.

Wyniki konkursu „Wydarzenie Roku OIL w Warszawie”

Zradością informujemy o rozstrzygnięciu konkursu „Wydarzenie Roku OIL w Warszawie”, w którym można było wygrać jeden z pięciu czytników e-booków. Zapytaliśmy, które wydarzenie zorganizowane przez izbę w minionym roku było – w Państwa opinii – najciekawsze, oraz poprosiliśmy o uzasadnienie tego wyboru.

Otrzymaliśmy wiele interesujących wypowiedzi, a Komisja Konkursowa wyłoniła pięć najciekawszych, nagradzając ich autorów czytnikami Kindle Paperwhite.

LAUREACI KONKURSU:

Beata Jerzmańska, która o Dniu Dziecka napisała: *Zobaczyć tyle szczęśliwych dziecięcych buziek w jednym miejscu – bezcenne!!! Brawo OIL Warszawa!*

Marcin Piotrowski wskazał na konferencję „Zero tolerancji dla agresji!": (...) szczególnie doceniam, że wydarzenie łączyło różne środowiska medyczne – lekarzy, pielęgniarki, przedstawicieli samorządu, organów ścigania i innych instytucji związanych z ochroną zdrowia – tworząc przestrzeń do wymiany doświadczeń i różnych perspektyw. (...) Dla mnie osobiście było to wydarzenie nie tylko edukacyjne, ale i niezwykle integrujące, pokazujące, jak ważna jest solidarność środowiska medycznego. Wspólne rozmowy, dyskusje o procedurach ochronnych i wymiana doświadczeń uświadomiły mi, że działając razem, możemy skuteczniej chronić bezpieczeństwo i warunki pracy medyków.

Magdalena Gehrke wyróżniła Kick Off Meeting 2025 w Otwocku, pisząc, że wydarzenie odpowiedziało na potrzeby młodych lekarzy stojących przed wy-

borem dalszej drogi po stażu. W jej ocenie Kick Off Meeting 2025 stworzył tak- że wyjątkową przestrzeń do integracji – rozmów z bardziej doświadczonymi lekarzami, wymiany perspektyw i poznania osób będących na podobnym etapie zawodowym. To połączenie merytoryki, wsparcia środowiska i autentycznych interakcji sprawiło, że wydarzenie nie tylko inspirowało, lecz realnie pomogło odnaleźć się w nowej dla nas rzeczywistości zawodowej.

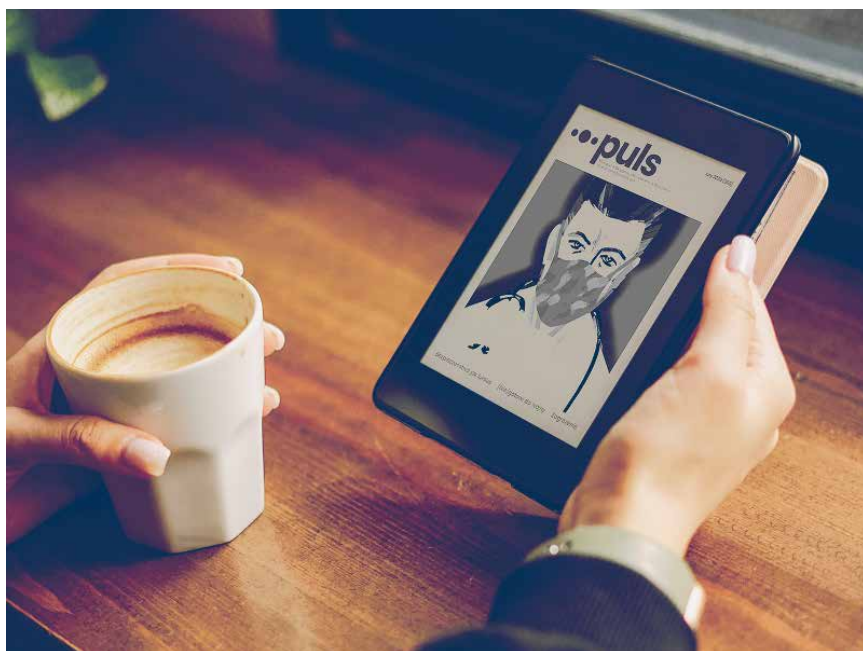
Adrianna Gorecka za najlepsze wydarzenie OIL w Warszawie w minionym roku uznała akcję „Szczepimy-chronimy”: *Kampania darmowych szczepień dla członków izby zwiększyła świadomość zdrowotną pracowników ochrony zdrowia, dzięki czemu możliwe było osiągnięcie wyższego poziomu wyszczepienia, co chroni również osoby, które*

nie mogą się zaszczepić ze względów medycznych. (...) akcja darmowych szczepień przeciwko grypie zorganizowana przez OIL w Warszawie to wydarzenie godne pochwały, jako skuteczny sposób na ograniczenie zachorowań, wzmocnienie odporności populacyjnej i zmniejszenie obciążenia dla systemu ochrony zdrowia – inwestycja, która przynosi korzyści zarówno jednostkom, jak i całemu społeczeństwu.

Łukasz Kubow wyróżnił XVI Ogólnopolski Konkurs Poetycko-Prozatorski „Puls Słowa”, który w wyjątkowy sposób łączy dwa światy – sztukę, która od wieków stanowi źródło inspiracji i duchowego rozwoju, oraz zawód lekarza, którego misją jest troska o życie i zdrowie człowieka. (...) Wydarzenie to udowodnia, że prawdziwa siła tkwi w harmonii – w połączeniu racjonalnej wiedzy z artystycznym impulsem, który napędza duszę.

Serdecznie gratulujemy zwycięzcom i dziękujemy wszystkim uczestnikom za zaangażowanie oraz podzielenie się swoimi refleksjami.

Zachęcamy do udziału w kolejnych wydarzeniach Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie oraz – oczywiście – do lektury „Pulsu”: na czytnikach, w wersji papierowej oraz w formacie PDF. ●



Fot. Lala Azili (Unsplash) | T. Macioszek

Zagraлиśmy z Orkiestrą!

Wspólny sukces 34. Finału WOŚP

34. Finał Wielkiej Orkiestry Świątecznej Pomocy był dla nas wyjątkowym wydarzeniem. **Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie po raz pierwszy utworzyła własny sztab**, by dołączyć do działań WOŚP.

Dzięki ogromnemu zaangażowaniu wolontariuszy oraz hojności darczyńców udało się nam zebrać ponad 47 tys. zł!



nych, z których dochód zasilił WOŚP. Dużą popularnością wśród licytujących cieszyły się zarówno obrazy namalowane przez nasze lekarki artystki, jak i gadżety WOŚP. Było też wielu chętnych na wylicytowanie vouchera na rezonans magnetyczny.

Atmosfera w sztabie #4961 w siedzibie OIL była wyjątkowo radosna. Nic dziwnego – wszyscy zebrali się tego dnia przy ul. Puławskiej 18 z potrzeby serca. Wolontariusze wpadali do nas ogrzać się przy ciepłych napojach i słodkim poczęstunku. Odwiedził nas też uroczy piesek, który momentalnie został mianowany członkiem honoro-



wym sztabu. Już w trakcie wydarzenia ze strony wolontariuszy pojawiały się deklaracje chęci dołączenia do naszego sztabu w przyszłym roku.

To był piękny Finał i jeszcze piękniejsze wspólne granie. Dziękujemy, że byliście z nami, i do zobaczenia za rok w sztabie przy Puławskiej 18! ♥

Jesteśmy dumni z osiągniętego wyniku i serdecznie dziękujemy wszystkim wolontariuszom oraz osobom wspierającym zbiórkę za ich czas, energię i otwarte serca. Ostateczna kwota, na którą składają się kwesta w terenie, wpłaty online do eSkarbonek, a także wpływy z aukcji na Allegro, wyniosła 47 263,54 zł.

W tym Finał fundusze zbierano na diagnostykę i leczenie chorób przewodu pokarmowego u najmłodszych pacjentów. W ramach naszego sztabu zorganizowaliśmy też osiem aukcji charytatyw-



*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.**

DRUK RECEPT

Recepty *pro auctore* i *pro familia*
dla lekarzy seniorów
drukujemy w Okręgowej Izbie Lekarskiej
w Warszawie, przy ul. Puławskiej 18,

w poniedziałki i środy w godz. 12.00–15.00.
Trzeba mieć PIN i hasło do druku recept z NFZ.



Okręgowa
Izba Lekarska
w Warszawie

Moje półwiecze na Bielanach

Część 1

PROF. DR HAB. BIBIANA MOSSAKOWSKA

Kiedy 1 grudnia 1957 r. rozpoczęłam pracę na oddziale chirurgii dziecięcej Szpitala Miejskiego nr 7 przy ulicy Felińskiego na Żoliborzu, nikt nie przypuszczał, że po przeszło pół wieku tak ogromny bagaż wspomnień pozostanie w mojej pamięci. A że są one najmiłsze, odczuwam spełnienie z pracy zawodowej i nie zapomniałam o wspaniałych ludziach pracujących ze mną, spróbuję się tymi wspomnieniami podzielić.

Chciałabym przede wszystkim wspomnieć moich dobroczyńców, którym zawdzięczam sukcesy zawodowe, którzy chronili mnie od porażek i z którymi

współpraca, nie zawsze lekka, łatwa i przyjemna, dawała satysfakcję i obopólne porozumienie.

DYREKCJA SZPITALA BIELAŃSKIEGO

Z 15 dyrektorami miałam okazję współpracować nie tylko jako podwładna. Jednego dyrektora naczelnego wychowałam wręcz „na własnej piersi”. Dr Przemysław Żak był moim asystentem od stażysty po rzetelnego specjalistę II stopnia z chirurgii dziecięcej. Był też przewodniczącym Solidarności w naszym szpitalu i zawsze mógł liczyć na moją pomoc. Organizacja uroczystości z okazji 30-lecia Szpitala Bielańskiego była również zasługą Przemysława Żaka, „mojego” dyrektora naczelnego.

Chciałabym też wspomnieć jednego z pierwszych dyrektorów z lat 60., wielce zasłużonego dla Szpitala Bielańskiego dr. Aleksandra Pachy, gdyż jako pierwszy mnie zdyscyplinował. Byłam wówczas młodą lekarką, jeszcze bez specjalizacji, ale już prowadzącą zespół ostrodyżurowy. Któregoś dnia kontrola kierownika personalnego wykazała spóźnienie całego zespołu. O 8.00 stwierdził *brak gotowości do pracy ostrodyżurowej*. Spóźnione koleżanki napisały usprawiedliwienia i było im darowane. Ja po prostu zasnęłam i nie mogłam takiego usprawiedliwienia napisać. Miałam zatem otrzymać naganę ustną

nie tylko od pani ordynator, ale również od pana dyrektora. Sekretarką dr. Pachy była wtedy młodzianka, prześliczna pani Renata Jelińska, która broniła dostępu do dyrektorskiego gabinetu. Kiedy stanęłam przed dyrektorem i wyznałam całą prawdę, czekałam z pokorą na naganę za spóźnienie. Skończyło się na przestrodze i miłej rozmowie.

Na początku lat 70. w Szpitalu Bielańskim powstał pierwszy w Polsce zespół opieki zdrowotnej – ZOZ. Wtedy słowo „restrukturyzacja” nie było jeszcze używane. Powstanie ZOZ określono działalnością reformatorską. W ramach tej reformy zaplanowano zamknięcie oddziału chirurgii dziecięcej. Zbiegło się to z odejściem na emeryturę naszej ordynator dr Janiny Radlińskiej, niezwykle doświadczonego chirurga, wspaniałego nauczyciela, wdowy po twórcy polskiej chirurgii prof. Zygmunta Radlińskim.

Zadanie zamknięcia miał wykonywać dyrektor Jerzy Kober. Oparł się naciskom z zewnątrz i ogłosił konkurs na ordynatora oddziału, tak jakby nie był on przeznaczony do likwidacji.

Z sześciuosobowego zespołu chirurgów dziecięcych – *girlszy od Radlińskiej*, jak żartobliwie nas nazywano – pozostałyśmy trzy. Ja, pełniąc obowiązki zastępcy ordynatora, byłam jednym z pięciorga kandydatów na stanowisko w konkursie. Wprawdzie proponowano mi wstąpienie do partii (*Będzie pani latwiej wygrać*), ale i tym razem oparłam się naciskom.

Będąc kandydatką dyrekcji, dzięki poparciu dyrektora Jerzego Kobera, sekretarza POP oraz przewodniczącej komisji konkursowej prof. dr hab. Wandy Poradowskiej z Kliniki Chirurgii Dziecięcej Instytutu Matki i Dziecka w Warszawie, wygrałam ten konkurs.

W latach 90. dyrektorem był przysły dwukrotny wiceminister zdrowia dr Marek Balicki. Za jego kadencji powstały nowe oddziały, unowocześniono stare. Zorganizowanie przeze mnie jako przewodniczącej Komitetu Organizacyjnego obchodów 40-lecia Szpitala Bielańskiego w końcu 2000 r. pokazało, jak wspaniałym był dyrektorem i jak duży był jego dorobek. Poprzednik dyrektora Balickiego rozpoczął restrukturyzację szpitala, w ramach której od-



fot. archiwum prywatne



30-lecie Szpitala Bielańskiego, 1991, Janina Radlińska, ordynator oddziału (1961–1972)

dział chirurgii dziecięcej i pediatrii znowu był zagrożony przeniesieniem do szpitala w Dziekanowie Leśnym. Użytkano akceptację tego planu i ówczesny wojewoda warszawski ogłosił ów fakt w telewizji. Następnego dnia odbywały się na Zamku Królewskim uroczystości stulecia przywiezienia przez Marię Skłodowską-Curie radu do Instytutu Onkologii. Podczas tej uroczystości udało mi się poprosić wojewodę o pilne spotkanie w urzędzie miasta. Wkrótce po tym spotkaniu wojewoda cofnął decyzję o likwidacji oddziałów dziecięcych w Szpitalu Bielańskim. Dr Marek Balicki dał nam szansę nie tylko na przetrwanie, ale też na dalszy rozwój chirurgii dziecięcej i pediatrii. Dzięki poparciu fundacji prezydentowej Jolanty Kwaśniewskiej – Porozumienie bez Barier – oba oddziały otrzymały subwencje na tzw. oddziały motylkowe.

Wspominając dyrektorów Szpitala Bielańskiego, chcę też cofnąć się do początków mojej ordynatury i spotkań z dyrekcją. Ponieważ jako 39-latką byłam najmłodszym ordynatorem, siedziałam cicho na zebraniach ordynatorów z dyrekcją, zasłuchana w omawianie problemów poszczególnych oddziałów. Sprawy organizacyjne oddziału chirurgii dziecięcej załatwialiśmy indywidualnie z dyrekcją.

Cudowną dyrektor w latach 70., o której nie można nie wspomnieć, była dr Jolanta Wronkowska, lekarz, humanistka o artystycznej duszy, urodzie jak z portretów wielkich malarzy, utalentowana pisarka i poetka. Szkoda, że tylko kilka lat mogłam ją podziwiać.

Z obecną dyrektorką dr Dorotą Gałączyńską-Zych nie miałam już okazji współpracować w Szpitalu Bielańskim, ale pragnę wyrazić swoją wdzięczność za efektywną pomoc w organizacji oddziału chirurgii dziecięcej i rozwoju tego oddziału w Szpitalu Wojewódzkim w Siedlcach.

Kończąc wspomnienia o dyrektorach w Szpitalu Bielańskim, chciałabym podkreślić, że ogromnie ważną rolę pełniła dyrektorka szkoły przyszpitalnej, mgr Anna Prokopowicz.

Kiedy na początku lat 70. powstał Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka ku pamięci dzieci, ofiar II wojny światowej, poza wysoce specjalistycznym oddziałem otwarto tam szkołę. Na wzór CZD w innych szpitalach i klinikach dziecięcych w Polsce organizowane

było nauczanie dzieci chorych. W szpitalach ogólnych wojewódzkich czy też klinicznych oddziały dziecięce były „delikatesami” (jak twierdziła jedna z lekarek wojewódzkich) i edukacja dzieci chorych w szpitalu była zbędna. Natomiast w Szpitalu Bielańskim od początku w oddziale chirurgii dziecięcej była zatrudniona na etacie salowej wykwalifikowana przedszkolanka, pani Maria, która prowadziła zajęcia edukacyjne z chorymi dziećmi.

Dopiero po latach dzięki inwencji i energii pani mgr Anny Prokopowicz oraz interwencji rzecznika praw obywatelskich prof. Andrzeja Zolla udało się zorganizować szkołę przyszpitalną. Jej istnienie jest przykładem realizacji wytycznych Konwencji o prawach dziecka i Europejskiej karty praw pacjenta (w tym prawa do nauki).

Nauczanie chorych dzieci w szpitalu nie było jednak należycie doceniane. Do dziś jestem pełna podziwu i wdzięczności dla nauczycielek, które tam pracowały, ponieważ nie tylko moja wnuczka Marynia po kilku tygodniach spędzonych na oddziale chirurgii przełamała niechęć do przedmiotów ścisłych, ale także szpital nie zapisał się w jej pamięci jako złe doświadczenie. ●

W kolejnym numerze miesięcznika „Puls” druga część wspomnień prof. dr hab. Bibiany Mossakowskiej.



Dr Mossakowska z pacjentką operowaną w pierwszej dobie życia, ochrzczonej imieniem Bibiana (1975)

Wszystkie drogi prowadzą do Rzymu. Czy również te medyczne?



MONIKA MIŁOSZ
humanistka medyczna

Powszechnie wiadomo, że Cesarstwo Rzymskie, uznawane za kołębę cywilizacji europejskiej, położyło fundamenty pod prawo i administrację. Rządziej zadajemy sobie pytanie, jak wygląda jego dziedzictwo w medy-

cynie. Na ile współczesna praktyka lekarska czerpie z doświadczeń rzymskiego antyku? Punktem wyjścia do tej refleksji jest Muzeum Historii Medycyny w Rzymie (Museo di Storia della Medicina), którego prezentacja otwiera cykl artykułów poświęconych muzeom historii medycyny i farmacji na świecie.

GDY OPERA SPOTYKA ANATOMIĘ

Rzymskie Muzeum Historii Medycyny mieści się przy Uniwersytecie La Sapienza, w dzielnicy San Lorenzo. Działa jako instytucja uniwersytecka – bez komercyjnej oprawy, bez tłumów, bez zadęcia.

Ekspozycja zajmuje dwa piętra, a narracja ma charakter chronologiczny: od prehistorii po rewolucję molekularną. Pierwsze piętro poświęcone jest rozwojowi medycyny od czasów najdawniejszych do XVII w. Drugie koncentruje się na narodzinach nowoczesnej medycyny.

Muzeum zostało założone w 1938 r. przez Adalberta Pazziniego – włoskiego lekarza i historyka medycyny. Pazzini był twórcą koncepcji, w której historię medycyny uznaje się za istotną część historii kultury. Po jego śmierci w 1975 r. instytucja

stopniowo podupadała, aż w latach 90. XX w. przeszła gruntowną rewitalizację, odzyskując znaczenie instytucjonalne.

Jednym z najciekawszych elementów zbiorów jest kolekcja śpiewaka operowego Evana Gorgi (1865–1957). Był on pierwszym odtwórcą roli Rodolfa w „Cyganierni” Pucciniego, a po zakończeniu kariery scenicznej całe życie poświęcił obsesyjnej wręcz pasji kolekcjonerskiej. Interesowało go ludzkie ciało jako fenomen poznawczy. Gromadził instrumenty chirurgiczne, modele anatomiczne, rycin, grafiki, druki z zakresu anatomii oraz przedmioty z pogranicza farmacji i alchemii. Zebrał kilkanaście tysięcy obiektów, które obecnie podziwiać można w muzeum.

ESKULAP CZY ASKLEPIOS?

Zwiedzanie muzeum rozpoczyna się od wątków medycyny religijno-rytualnej. Jednym z najważniejszych punktów odniesienia jest Eskulap (gr. Asklepios), rzymski bóg medycyny, syn Apollina. Uwagę przyciąga jego klasyczne popiersie oraz makieta asklepiejonu – kompleksu leczniczo-religijnego. Chorzy byli wprowadzani w nich do wydzielonej, świętej strefy (abatonu), gdzie podczas snu terapeutycznego doznawali uzdrowienia. Kapłani-lekarze interpretowali sny, a leczenie obejmowało dietę, ruch i kąpiele. Miejsca te uznaje się za pierwsze załóżki szpitali w dziejach Zachodu.

Ważnym elementem tego świata były także wota anatomiczne. Terakotowe modele rąk, nóg, oczu czy narządów wewnętrznych stanowiły materialną „mapę choroby”. Wota składane były w miejscach uznawanych za święte



Popiersie Eskulapa



fot. archiwum prywatne (3)

Wota anatomiczne

w ramach prośby lub podziękowań za uzdrowienie. To moment przejścia od myślenia „jestem chory” do „chora jest konkretna część ciała”.

O HUMORACH GALENA

Centralną postacią łączącą grecką teorię z rzymską praktyką medyczną był Galen – wybitny lekarz, anatom i filozof, nadworny medyk cesarza Marka Aureliusza. Jego ogromny dorobek ukształtował medycynę na ponad półtora tysiąca lat, a jednym z filarów tej tradycji była usystematyzowana przez niego teoria humoralna. Jej założenia w sugestywny sposób ilustrują muzealne słoje symbolizujące cztery humory – krew, flegmę oraz żółtą i czarną żółć – których równowaga miała decydować o zdrowiu człowieka.

CI, KTÓRZY NIE BIORĄ PIENIĘDZY

Muzeum przywołuje także postaci Kosmy i Damiana – braci, lekarzy i męczenników wczesnochrześcijańskich. Uwięzieni podczas prześladowań za panowania Dioklecjana, po długim męczeństwie zostali ścięci. W tradycji chrześcijańskiej byli szczególnie czczeni w średniowiecznych szpitalach i hospicjach. Do dziś symbolizują bezinteresowne leczenie (*anargyroi* – „ci, którzy nie biorą pieniędzy”).

Pojawia się również wątek bliskiego Polakom Monte Cassino. W 529 r. Benedykt z Nursji, zakładając tam klasztor, wprowadził do swojej reguły zasadę, że opieka nad chorymi jest obowiązkiem nadrzędnym. Medycyna stała się jednocześnie troską o ciało i terapią duszy. Klasztory zakładały infirmerie i ogrody

ziołowe, kontynuując i rozwijając tradycję antycznej farmakoterapii.

WŁOSKI WKŁAD

Przechodząc do kolejnych wieków, muzeum wyraźnie akcentuje rolę włoskich uczonych w kształtowaniu współczesnej medycyny. Wśród badaczy działających w XVIII w. szczególne miejsce zajmuje Giovanni Battista Morgagni, twórca anatomii patologicznej, który jako pierwszy systematycznie powiązał objawy kliniczne z konkretnymi zmianami narządowymi stwierdzanymi podczas sekcji zwłok.

W XIX i XX w. włoski wkład jeszcze wyraźniej zaznacza się w neuronauce i farmakologii. Camillo Golgi umożliwił

badanie neuronu i położył fundamenty pod nowoczesną histologię, natomiast Ugo Cerletti wprowadził terapię elektrowstrząsową jako skuteczną metodę leczenia ciężkich zaburzeń psychicznych. Przełomowe znaczenie miały również badania Rity Levi-Montalcini, która odkryła czynnik wzrostu nerwów (NGF). Drugie piętro muzeum poświęcone jest właśnie tej nowoczesnej medycynie: neuronauce, farmakologii, genetyce oraz refleksji nad relacją lekarz–pacjent.

A DALEJ MOŻNA DOPIYNAĆ...

Dla tych, którzy po wyjściu z muzeum chcą zanurzyć się głębiej w świecie antycznej medycyny, naturalnym kierunkiem powinny być Ogrody Borghese. Z muzeum dotrzemy do nich tramwajem w ok. 10 minut. Na środku niewielkiego jeziora, pośród parkowej zieleni, znajduje się biała świątynia Eskulapa. Nie można do niej wejść, ale można dopłynąć – wystarczy wypożyczyć jedną z dostępnych przy brzegu łodek i z perspektywy wody przyrzeć się monumentalnej figurze boga-lekarza.

Informacje praktyczne

Muzeum Historii Medycyny

– Museo di Storia della Medicina

Lokalizacja: Włochy, Rzym, Università di

Roma La Sapienza

Cena biletu: wstęp wolny



Sloje z humorami

Zbyszek Węgrzyn

JACEK PUTZ, MARIUSZ RUIZ

fot. archiwum prywatne



Trudno się pisze wspomnienia o bliskim koledze, z którym wspólnie przeżyliśmy całe zawodowe życie.

Zbyszek był osobą niepospolitą.

Jednym z potwierdzeń tego jest fakt, że na Jego pogrzeb, w zimny deszczowy dzień, na peryferiach Warszawy, przyszło wiele osób, a uczelnia – CMKP – uhonorowała Go pocztą sztandarowym i wieńcem, złożonym w imieniu kierownictwa przez kanclerza Zbigniewa Piotrowskiego, oraz mową pożegnania od kolegów.

Zbyszek był cichy, skromny, nienarzucający się towarzysko i zawodowo, ale nieustępliwy, gdy w grę wchodziły sprawy dla Niego pryncypialne.

W CMKP był zatrudniony od 1 listopada 1972 r. do 30 listopada 2022 r., przechodząc wszystkie szczeble awansu zawodowego – od asystenta przez kierownika Zakładu Dydaktyki, następnie Akredytacji, Koordynacji i Oceny Jako-

ści Kształcenia do kierownika Zespołu ds. Programów Specjalizacji. Powołano go również na pełnomocnika dyrektora CMKP ds. harmonizacji procesu szkolenia specjalizacyjnego, a także do zespołu ekspertów w projekcie „Poprawa jakości informacji medycznej dzięki wzrostowi kompetencji, wiedzy oraz umiejętności pracowników podmiotów leczniczych w zakresie prawidłowego posługiwania się klasyfikacją ICD-11”.

Bardzo utożsamiał się z zadaniami dotyczącymi edukacji medycznej, zwłaszcza doskonalenia zawodowego lekarzy. Pracę w Zakładzie Dydaktyki Medycznej CMKP podjął jeszcze na studiach. Z CMKP związał się na całe zawodowe życie.

Przez wiele lat łączył pracę naukową w CMKP z praktyką lekarską – był lekarzem POZ. Po zmianach systemowych w 1989 r., gdy obowiązki uczelniane uniemożliwiły mu kontynuację tej aktywności, z pasją włączył się w tworze-

nie nowego modelu kształcenia specjalizacyjnego, zwłaszcza nowego typu programów kształcenia ustawicznego (na wzór amerykańskiego). We współpracy z konsultantami krajowymi i medycznymi towarzystwami naukowymi wypracował ramowy model programów kształcenia, jasno określający treści nauczania oraz wymagany zakres wiedzy i umiejętności osób szkolonych. Opracowany wówczas schemat, z oczywistymi modyfikacjami, funkcjonuje do dziś.

Przez dziesiątki lat przygotowywał, nadzorował i realizował testowe egzaminy specjalizacyjne. Wymagało to w praktyce codziennych kontaktów z zespołami dydaktyków i specjalistów ze wszystkich uczelni medycznych.

Współtworzył i stale aktualizował bank pytań egzaminacyjnych. Nadzorował przebieg egzaminów jak „człowiek orkiestra” – kontrolował techniczne przygotowanie sal, pracę personelu administracyjno-technicznego, współpracował z profesurą, nadzorował ogłoszenie wyników.

Zbyszek i Jego współpracownicy pozostali w pamięci administracji CMKP jako osoby kompetentne, rzetelne i miłe. Takim Go też zapamiętał i wspomina m.in. wicedyrektor CMKP Zbigniew Piotrowski: *Miły, grzeczny, ale stanowczy.*

Po przejściu egzaminowania przez CEM dr Węgrzyn, jako uznany specjalista, poproszony został o nadzór nad egzaminami testowymi.

W dowód uznania Jego zalet dyrekcja CMKP powierzyła mu rolę prowadzącego inaugurację roku akademickiego w CMKP. Pełnił tę funkcję z przyrodzoną sobie elegancją przez wiele lat.

Współpracował też z ośrodkiem kształcenia NIL. Profesor Romuald Krajewski zapamiętał go tak:

Dr Zbigniew Węgrzyn był wybitnym, bardzo kompetentnym specjalistą w sprawach kształcenia podyplomowego oraz doskonalenia zawodowego. Tym zajmował się w CMKP, w działaniach samorządu lekarskiego oraz w Europejskiej Unii Lekarzy Specjalistów (UEMS). Przez wiele lat analizował i opiniował dla Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej wnioski o spełnianie warunków doskonalenia zawodowego. Jako ekspert dostarczał cennych i merytorycznych informacji o kształceniu specjalistów, programach specjalizacji. Przez 12 lat był jednym z delegatów Naczelnej Rady Lekarskiej do Rady Europejskiej UEMS i wielokrotnie pełnił funkcję kierownika polskiej delegacji. Posiadane doświadczenie wykorzystywał także jako przedstawiciel NRL w UEMS-EACCME, europejskim systemie akredytacji doskonalenia

zawodowego, uczestnicząc w posiedzeniach Komitetu Doradczego EACCME oraz opiniując wnioski o akredytację EACCME wydarzeń edukacyjnych odbywających się w Polsce w ramach umowy pomiędzy UEMS i NRL. We wszystkich aktywnościach wyróżniał się pozytywnym, rzeczowym, kompetentnym i przyjaznym podejściem.

Długoletni pracownicy SZP CMKP (m.in. Jacek Pruszyński, Beata Mieñkowska, Jolanta Ostalska-Cybart, Anna Jeleń i inni) wspominają go podobnie – jako człowieka niezwykle empatycznego, eleganckiego, pogodnego, uśmiechniętego. Wkład, jaki wniósł w rozwój i sprawne funkcjonowanie CMKP, pozostanie częścią historii uczelni.

Poza pracą zawodową miał dwie namiętności: muzykę klasyczną, zwłaszcza operę, i zastosowania informatyki w medycynie. Choć był wytrawnym znawcą w tych obszarach, nigdy nie epatował otoczenia swoją wiedzą.

Był też uznanym tłumaczem angielskich tekstów medycznych i okołomedycznych, przełożył na język polski m.in. klasyfikację niepełnosprawności uzupełniającą ICD. Współpracujący przy tłumaczeniach ICD kolega z Anglii wysoko ocenił Jego błyskotliwą znajomość języka angielskiego stwierdzeniem: *Your English is brilliant!*

Przez wiele lat pełnił również odpowiedzialne funkcje w Zarządzie Głównym Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego. Zapamiętano Go tam jako osobę, na której zawsze można było polegać.

W naszej pamięci pozostanie na zawsze jako kolega życzliwy, solidny i odpowiedzialny.

Za swoją pracę został uhonorowany Złotym Krzyżem Zasługi, Medalem Komisji Edukacji Narodowej, odznaką honorową „Za zasługi dla ochrony zdrowia”, odznaką honorową „Za wzorową pracę w służbie zdrowia”. ●

Zbigniew Miller

ADAM CZARNECKI



fot. archiwum OIL w Warszawie

służbę. Był Warszawiakiem z dziada pradziada, głęboko związanym z historią miasta i kraju, którą znał i cenił przez całe życie.

Dzieciństwo i młodość spędził w Radości, gdzie ukończył szkołę podstawową, zaś Liceum Ogólnokształcące w Falenicy. W latach 1952–1958 studiował w Akademii Medycznej w Warszawie. Po uzyskaniu dyplomu został zatrudniony w Szpitalu Kolejowym przy ul. Brzeskiej 12 w Warszawie, z którym związał całe swoje zawodowe życie i w którym pracował nieprzerwanie przez 42 lata, pełniąc m.in. funkcję dyrektora ds. leczenia. Po przejściu na emeryturę kontynuował do 2020 r. pracę jako chirurg ortopeda w prywatnej przychodni.

Był aktywnym uczestnikiem życia samorządu lekarskiego, współuczestniczył w organizacji odnowy izb lekarskich. Przez kilka kadencji pełnił funkcję sek-

retarza Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Lekarskiego. Odznaczony Medalem *Gloria Medicinae*, był również członkiem kapituły tego odznaczenia, gdzie w gronie wybitnych lekarzy oceniał kandydatów do medalu.

Odszedł 11 grudnia 2025 r.

Zapamiętany zostanie jako lekarz niezwykle życzliwy pacjentom, a zarazem koleżeński i lojalny wobec środowiska lekarskiego. Cieszył się wyjątkowym uznaniem i autorytetem, które wynikały nie tylko z wiedzy i doświadczenia, lecz także z postawy etycznej i osobistej kultury. Prywatnie był pasjonatem podróży, a każdy wyjazd starannie planował. Do końca życia, mimo długiej choroby, interesował się sprawami środowiska lekarskiego, szczególnie podkreślając znaczenie etyki medycznej, której pozostał wierny do ostatnich dni.

Takim Go zapamiętamy. ●

Urodził się 25 lutego 1934 r. w Warszawie, na terenie Cytaдели Warszawskiej, gdzie jego ojciec – oficer Wojska Polskiego – pełnił

OBWIESZCZENIE NR 2/OKW-IX/26
OKRĘGOWEJ KOMISJI WYBORCZEJ OKRĘGOWEJ
IZBY LEKARSKIEJ W WARSZAWIE
Z 4 LUTEGO 2026 R.
w sprawie wygaśnięcia mandatu delegata
na Okręgowy Zjazd Lekarzy 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 4 lutego 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 22 stycznia 2026 r. mandatu delegata na Okręgowy Zjazd Lekarzy Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie IX kadencji 2022–2026 – lek. Michała Głogowskiego (nr PWZ 2559681).

§ 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.stepniewska@oilwaw.org.pl

WSPÓŁPRACUJĄ: Jerzy Bralczyk, Magdalena Flaga-Łuczkiwicz, Dominik Héjji, Maria Libura,
 Agata Ludwikowska, Filip Niemczyk, Hanna Odziemka, Artur Olesch, Gabriela Pacek,
 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 Jabłonowska

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 Drobnik 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

