

•••puls

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

lipiec-sierpień 2026 (373)



ISSN 1232-0161 egzemplarz bezpłatny

Lekarz kontra hejt w sieci | Walka z szarlatanerią | Pomoc RPL



Ubezpieczenia PZU Dom i PZU Auto

**Specjalna oferta ubezpieczeń dla członków
Okręgowej Izby Lekarskiej**



Każdy lekarz, który w ramach programu ubezpieczeń dla członków Okręgowej Izby Lekarskiej przystąpił do ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej (OC) – obowiązkowego lub dobrowolnego – może skorzystać ze **zniżki (do 20%) m.in. na ubezpieczenia PZU Dom oraz PZU Auto.**

PZU Dom

Nawet drobne wypadki w domu lub mieszkaniu mogą wiele kosztować. Nie przewidzisz wszystkiego. Na szczęście w PZU masz ubezpieczenie od różnych nieprzewidzianych zdarzeń.



W ramach PZU Dom otrzymasz **ochronę ubezpieczeniową nawet od tego, czego nie jesteś w stanie przewidzieć** (z wyjątkiem tych zdarzeń, o których piszemy w OWU w rozdziale „Wyłączenia odpowiedzialności”).

Pakiet PZU Dom – co możemy ubezpieczyć:

- mury wraz ze stałymi elementami,
- ruchomości domowe (np. meble, sprzęt sportowy, fotograficzny, RTV i AGD, ubrania, pieniądze, biżuterię),
- wyposażenie posesji,
- budynki niemieszkalne na terenie posesji (np. garaż wolnostojący, budynek gospodarczy).

W ramach pakietu możesz również skorzystać z pomocy fachowców (np. elektryka, hydraulika). Ubezpieczenie PZU Dom możesz rozszerzyć m.in. o OC w życiu prywatnym i ochronę prawną.

PZU Auto

Wybierz pakiet ubezpieczeń PZU Auto i ze spokojem ruszaj do celu. Możesz liczyć na naszą pomoc w razie wielu nieprzewidzianych sytuacji na drodze.



PZU Auto to m.in.:

- **PZU Auto OC** – obowiązkowe ubezpieczenie, obejmujące skutki spowodowanej przez Ciebie kolizji lub wypadku,
- **PZU Auto AC** – jeśli Twój samochód zostanie uszkodzony w wyniku wypadku lub przez nieznanego sprawcę, możemy pokryć koszty jego naprawy lub wypłacić Ci odszkodowanie za jego utratę. Nasze AC chroni Cię również w razie kradzieży i wielu innych zagrożeń – także tych, których teraz nie potrafisz przewidzieć,
- **PZU Pomoc w Drodze** – w zależności od wariantu możemy zorganizować np. naprawę na miejscu, holowanie, samochód zastępczy, dowóz paliwa, wymianę koła, nocleg, opiekę nad dziećmi i wiele innych usług. Do wariantu PZU Pomoc w Drodze Super możesz dokupić dodatkową usługę Auto Serwis. Dzięki niej w razie awarii pojazdu zorganizujemy naprawę i pokryjemy koszty robocizny.

Proponujemy również ubezpieczenia dodatkowe, m.in. szyb, opon, NNN i ochrony prawnej.



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

- dzwoniąc pod numer: 22 494 36 50 (opłata zgodna z taryfą operatora),
- pisząc na adres: biuro@ins-med.pl,
- za pośrednictwem strony: ins-med.pl.

Zakładem ubezpieczeń jest PZU SA. Ten materiał nie jest ofertą w rozumieniu art. 66 Kodeksu cywilnego i ma charakter wyłącznie informacyjny. Szczegółowe informacje o zakresie ubezpieczenia, w tym o wyłączeniach i ograniczeniach odpowiedzialności, znajdziesz w ustawie o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych oraz w aktualnych ogólnych warunkach ubezpieczeń komunikacyjnych PZU Auto i ubezpieczenia PZU Dom dostępnych na stronie ins-med.pl w zakładce „Ubezpieczenia dla lekarzy”. Z promocji mogą skorzystać lekarze przystępujący do programu.



Spis treści

TEMAT NUMERU

4 | **Odporność na agresję**

Aleksandra Sokalska

5 | **Nie dla dezinformacji w medycynie i hejtu wobec lekarzy**

Artur Drobnik

6 | **Zero tolerancji dla hejtu w sieci!**

Rozmowa z dr. hab. Markiem Kochanem, prof. Uniwersytetu SWPS

10 | **Epoka eksperta podejrzanego**

Paweł Walewski

MEDYCYNĄ

12 | **Oszukać przeznaczenie**

Rozmowa z prof. dr. hab. n. med. Piotrem Dobrowolskim z Narodowego Instytutu Kardiologii

16 | **Medycyna podróży 2026 – co lekarz powinien przypomnieć pacjentom przed sezonem wakacyjnym?**

Damian Okrucieński

18 | **Między procedurą a praktyką**

Agata Ludwikowska

SPRAWY LEKARZY DENTYSTÓW

20 | **Bez taryfy ulgowej**

Rozmowa z dr. n. med. Dariuszem Paluszkiem, członkiem prezydium ORL w Warszawie

22 | **Przyszłość stomatologii zaczyna się dziś**

23 | **Pierwsza praca: sieciówka?**

Anna Prawdzik

ZDROWIE PUBLICZNE

26 | **OpenAI chwali się dokładnością AI w testach, a „Nature” pyta: gdzie są dowody?**

Artur Olesch

30 | **Zdrowie bezdomnych**

Rozmowa z Anną Podrażką-Szczepaniak, lekarką i prezeską stowarzyszenia „Jesteśmy Nadzieją”, Agnieszką Fill, pielęgniarką, wiceprezeską, kierowniczką przychodni, oraz Aldoną Machnowską-Górą, wiceprezydentem Warszawy

PRAWO

34 | **Recepty pro auctore i pro familiae**

Gabriela Pacek

36 | **Kompleksowe wsparcie księgowe dla lekarzy i lekarzy dentyków**

IZBA BLIŻEJ LEKARZY

40 | **Samorząd bliżej studentów**

Wywiad z lek. Wiktorem Możarowskim, pełnomocnikiem ds. studenckich OIL w Warszawie, przewodniczącym KML

42 | **Granice lekarza**

Hanna Odziemska

44 | **Rzecznik po stronie lekarzy**

Rozmowa z lek. Pawłem Doczekalskim, rzecznikiem praw lekarza OIL w Warszawie

46 | **Aktualności Komisji ds. Kultury**

47 | **Dzień, który nas łączy**

Jakub Zakrzewski

50 | **Aktualności Komisji ds. Sportu**

WYDARZENIA

38 | **XVII Krajowy Zjazd Lekarzy: wybory, emocje i nowa kadencja prezesa Jankowskiego**

48 | **Lekarski Dzień Dziecka w Farmie Iluzji**

52 | **Patronaty**

O karmieniu piersią bez granic Innovation Day 2026

PO DYŻURZE

54 | **Podlasie. Magiczne czy medyczne?**

Monika Miłośz



Pobierz
PDF lub e-book!

Odporność na agresję



ALEKSANDRA SOKALSKA
redaktor naczelna

Szczepionki na agresję nie ma. Na szczęście, bo paradoksalnie tylko nasza wrażliwość może sprawić, że z nią wygramy. Kiedy w zeszłym roku izba zorganizowała konferencję „Zero tolerancji dla agresji!”, zdawaliśmy sobie sprawę, że pewnie akcję trzeba będzie kontynuować. I tak się stało – w tym roku 25 sierpnia spotkamy się niemal z tym samym hasłem, ale podkreślamy w nim problem agresji w sieci.

Temat hejtu internetowego przybliżyliśmy także w tym numerze „Pulsu”. Lekarze coraz częściej go doświadczają. Dlaczego tak się dzieje, pytamy językoznawcę i medioznawcę dr. hab. Marka Kochana, prof. Uniwersytetu SWPS, który podaje wiele przyczyn. Wśród nich oczywiście kryzys systemu ochrony zdrowia, ale także medialną nagonkę na lekarzy w kontekście ich pensji. Wczoraj, przeglądając przez pięć minut Facebooka, naliczyłam aż pięć postów na ten temat! Profesora hejt w mediach bulwersuje, choć w ogóle nie dziwi: – (...) *jest związany z mediami społecznościowymi, których algorytmy promują silny konflikt, polaryzację, czyli także wyrażanie skrajnych opinii.*

Przyczyn agresji w sieci skierowanej przeciwko lekarzom trzeba szukać także w coraz większej popularności medycyny alternatywnej, suplementów, szamanów. W tym zestawie raczej nie ma miejsca na *evidence-based medicine* i lekarzy.

Paweł Walewski w swoim felietonie podsumowuje: – *Lekarz, który jeszcze 30 lat temu był figurą niemal instytucjonalnego autorytetu, dziś coraz częściej przypomina uczestnika telewizyjnej debaty, w której jego głos waży dokładnie tyle samo, co zdanie influencera sprzedającego suplementy, samozwańczego „terapeuty energii” albo człowieka przekonanego, że szczepionki służą do sterowania ludźmi przez satelity.*

Czy to znaczy, że lekarze muszą się poddać i nie mają szansy na obronę przed hejtem w sieci? Jak przekonuje prof. Kochan, mogą m.in. walczyć na argumenty, bo zgodnie z zasadą erystyki: – (...) *ten, kto używa inwektywy, daje wyraz słabości argumentacyjnej.* Sposobów obrony jest na szczęście więcej – zachęcam do przeczytania całego wywiadu z profesorem, a także rozmowy z nowo wybranym rzecznikiem praw lekarza Pawłem Doczekalskim, który wyjaśnia: – *Otrzymujemy zgłoszenia dotyczące zniesławień, gróźb czy agresji i podejmujemy odpowiednie działania. Pomagamy już na etapie postępowania przygotowawczego.*

Na zakończenie prosta myśl, która jest trudna do realizacji w rzeczywistości, choć nie niemożliwa. Gdyby wszyscy dobrzy, prawi ludzie nie odpuszczali agresorom, naprawdę moglibyśmy się z nimi szybko rozprawić: ukarać, zostawić z ich agresją i o nich zapomnieć. ●

fot. Zuzanna Sokalska

OGŁOSZENIE



Sądy okręgowe w województwie mazowieckim poszukują kandydatów do pełnienia funkcji **lekarza sądowego** lub **biegłego sądowego**.



Lekarze specjaliści zainteresowani wykonywaniem czynności lekarza sądowego lub biegłego sądowego proszeni są o nadsyłanie zgłoszeń do sekretariatu Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie na adres e-mail: sekretarz@oilwaw.org.pl

NIE dla dezinformacji w medycynie i hejtu wobec lekarzy



ARTUR DROBNIAK
prezes ORL w Warszawie

Każde pokolenie lekarzy mierzyło się z własnymi wyzwaniami. Nasi mistrzowie walczyli z chorobami, które dziś potrafimy skutecznie leczyć. Budowali nowoczesne (na tamte czasy) oddziały, tworzyli nowe dziedziny i specjalizacje, dokonywali odkryć i kreowali postęp. My też żyjemy w czasach wielkich zmian, choć coraz częściej można odnieść wrażenie, że największe wyzwania nie dotyczą już wyłącznie medycyny.

Żyjemy w świecie nadmiaru informacji. Nigdy wcześniej wiedza nie była tak łatwo dostępna, a jednocześnie nigdy wcześniej rozpowszechnianie półprawd, mitów i zwykłych kłamstw nie było tak powszechne i proste. W mediach społecznościowych opinia zyskuje większą siłę niż fakty, a emocje wygrywają z argumentami. Obserwujemy podważanie ustaleń naukowych, nieufność wobec ekspertów i spadek autorytetu zawodów zaufania publicznego.

Dotyczy to również nas – lekarzy i lekarzy dentyków.

Kto z nas nie spotkał się w swojej praktyce z pacjentem przekonanym o skuteczności terapii znalezionej w internecie, odrzucającym naszą wiedzę i zalecenia terapeutyczne? Coraz częściej padamy ofiarami agresji słownej, pomówień, publicznego dyskredytowania naszej pracy. W przestrzeni publicznej łatwo rzucić oskarżenie, znacznie trudniej przywrócić dobre imię. Wystarczy jedno nagranie, krótki wpis, anonimowy komentarz, by wywołać falę hejtu, której skutki odczuwalne są przez wiele miesięcy. Nie możemy jednak pozwolić, by takie zjawiska prowadziły do poczucia osamotnienia.

Siłą naszego zawodu zawsze była wspólnota. Choć pracujemy w różnych miejscach, reprezentujemy różne specjalizacje

i często różnimy się poglądami, łączy nas odpowiedzialność za pacjentów oraz szacunek dla wiedzy medycznej. W czasach narastającej nieufności właśnie ta solidarność staje się szczególnie ważna.

Dlatego samorząd lekarski nie może ograniczać się wyłącznie do funkcji administracyjnych. Naszym obowiązkiem jest wspieranie lekarzy również wtedy, gdy stają się celem niesprawiedliwych ataków, pomówień czy agresji. Temu służy instytucja Rzecznika Praw Lekarza czy nowo utworzony zespół ds. ochrony wizerunku i bezpieczeństwa lekarza. Aktywna reakcja na hejt i agresję, również tę w sieci. Agresji, z naciskiem na tę w internecie, poświęcimy również sierpniową konferencję OIL w Warszawie. Nie chcemy – i nie możemy! – milczeć i pozostawać bierni.

Musimy mówić silnym wspólnym głosem wszędzie tam, gdzie kwestionowana jest rola lekarza i znaczenie wiedzy naukowej. Potrzebujemy dzisiaj nie tylko nowoczesnej medycyny, ale również odwagi, by bronić wartości, na których opiera się nasz zawód: rzetelności, odpowiedzialności i szacunku dla faktów.

Choć współczesny świat często próbuje nas dzielić, siła środowiska lekarskiego zawsze rodziła się ze współpracy. A wyzwania, przed którymi stoimy, nie pokona pojedynczy lekarz – możemy im sprostać tylko razem. Życzę Państwu spokojnych, bezpiecznych wakacji oraz odpoczynku, który pozwoli wrócić do codziennych obowiązków z nową energią. Nasz zawód wymaga wiedzy, doświadczenia i odpowiedzialności, ale równie mocno potrzebuje wspólnoty. Dbajmy o nią każdego dnia. ●

Zero tolerancji dla

Lekarze spotykają się z agresją nie tylko w gabinecie, ale także w sieci. Dlaczego osoby na co dzień ratujące zdrowie i życie ludzkie narażone są na taką falę hejtu, pytam językoznawcę i medioznawcę **dr. hab. Marka Kochana**, prof. Uniwersytetu SWPS, który naukowo zajmuje się językiem komunikacji publicznej i wizerunkiem osób oraz instytucji.

rozmawiała **ALEKSANDRA SOKALSKA**



fot. archiwum prywatne

Marek Kochan: profesor Uniwersytetu SWPS, językoznawca, medioznawca. Jest autorem raportu z badania: „Polscy internauci na temat hejtu 2019–2024”, a także licznych publikacji naukowych poświęconych etyce komunikacji.

Podczas zeszłorocznej konferencji „Zero tolerancji dla agresji!” zorganizowanej przez OIL w Warszawie podeszła do mnie lekarka i powiedziała, że powinniśmy zacząć mówić także o agresji wobec lekarzy w internecie. Rzeczywiście to coraz powszechniejsze zjawisko?

Wydaje mi się, że warto na nie spojrzeć szerzej – w kontekście zmian zwyczajów komunikowania. Kiedyś obowiązywała większa powściągliwość w publicznym wyrażaniu opinii. Bardziej przestrzegano norm kultury. Natomiast mniej więcej od dekady pojawia się więcej niż wcześniej przyzwolenie na emocjonalność, a bezgraniczną ekspresję uczuć, także negatywnych. Jest ono związane z mediami społecznościowymi, ale myślę, że także z długofalowymi skutkami pandemii.

Wiele osób uważa dziś, że wolność wyrażania własnej opinii jest ważniejsza niż cokolwiek

innego, w szczególności niż emocje czy wrażliwość innych ludzi. To nie jest zjawisko całkiem nowe. Językoznawcy badają je od bardzo dawna – już w połowie lat 60. Zenon Klemensiewicz napisał artykuł „Higiena językowego obcowania”, w którym zwracał uwagę na plagę ekspresywnych, czasem wulgarnych wypowiedzi zanieczyszczających publiczną przestrzeń. Teraz ten proces się nasila i łączy także z ekspansją mediów społecznościowych, których algorytmy promują silny konflikt, polaryzację, czyli także wyrażanie skrajnych opinii.

Łączy się to też z walką o tzw. kapitał widoczności – cenny, a stosunkowo łatwy do zdobycia. Ludzie, chcąc być widoczni w przestrzeni publicznej, wyrażają swoje opinie w sposób agresywny, bo wiedzą, że dzięki temu przyciągną uwagę innych, o którą wiele osób obsesyjnie zabiega. Istnieje zatem wiele czynników, które sprawiają, że dziś ludzie komunikują się w sposób bardziej agresywny i mniej zwracają uwagę na wrażliwość odbiorców.

Ale dlaczego ich ofiarami stają się lekarze, grupa zawodowa, wydawałoby się, ciesząca się ogromną estymą? Czy to przede wszystkim efekt zmian w publicznej komunikacji, czy też coś więcej?

Myślę, że jest to pośrednio wynik kryzysu systemu ochrony zdrowia, który w ostatnim czasie bardzo się nasilił. Niedofinansowanie szpitali, brak środków na zabiegi, długie kolejki do lekarzy, przekładane terminy wizyt, zabiegów, operacji – to wszystko sprawia, że pacjenci są sfrustrowani i nieusatysfakcjonowani. Ofiarami braku zadowolenia z działania służby zdrowia stają się ci, którzy w oczach pacjentów uosabiają system, czyli lekarze. Choć nie ponoszą odpowiedzialności za kryzys w ochronie zdrowia, są dla pacjentów

hejtu w sieci!

reprezentantami instytucji – przychodni czy szpitali, wobec których ludzie odczuwają frustrację. Jeżeli pacjent szuka ujęcia dla swoich negatywnych emocji, raczej nie pójdzie do Ministerstwa Zdrowia czy do biura NFZ, tylko wyładuje się na lekarzu, z którym ma kontakt. To jest jednak o tyle zaskakujące, że przecież lekarze pomagają pacjentom, leczą ich, a ponadto mają pewną władzę – pacjenci są od nich zależni, korzystają z ich wiedzy, dzięki nim mogą wyzdrowieć. Zatem wyładowywanie frustracji na lekarzach wydaje mi się czymś nieracjonalnym.

Polityczna i medialna nagonka na lekarzy dotycząca kwestii wysokich pensji także może być wyzwalaczem jeszcze większego hejtu w internecie...

To też może być ważny czynnik. Kiedyś lekarze byli grupą nisko wynagradzaną. To się zmieniło, lekarze przesunęli się z grona zawodów niedoinwestowanych, gdzie byli obok np. nauczycieli czy naukowców, do grupy, która zarabia jak na polskie realia relatywnie dużo. Gdy

w mediach podgrzewa się informacje o wysokich dochodach lekarzy, ludzie czują złość. Trzeba pamiętać, że generalnie duże nierówności społeczne wywołują pewien rodzaj frustracji i agresji.

A jak pandemia COVID-19 wpłynęła na poziom nieufności i agresji wobec środowiska lekarskiego? Przecież właśnie wtedy w social mediach szalały ruchy antyszczepionkowe, które podważały lekarskie autorytety.

Ruchy antyszczepionkowe przedstawiały alternatywne wersje leczenia, szerzyły dezinformację, że np. medycy wspólnie z koncernami farmaceutycznymi chcą nam wmusić szczepionki, dzięki którym będziemy sterowani czy nawet eliminowani. Podważały przy tym nie tylko zasadność szczepień, ale także autorytet medycyny konwencjonalnej jako takiej.

Za promowaniem ruchów antyszczepionkowych stały różne kraje, takie jak np. Rosja, które w ten sposób atakowały zdrowie zachodnich społeczeństw, a także niszczyły w oczach ich obywateli autorytet państwa i służb publicznych.

Antyszczepionkowe publikacje to rodzaj broni hybrydowej, która przyczyniła się do erozji autorytetu medycyny, a w tym także lekarzy.

W zeszłym roku zaprezentował pan raport „Polscy internauci na temat hejtu 2019–2024”, który pokazuje, że w pewnym sensie wszyscy już przywykliśmy do hejtu w sieci.

Nie jestem pewien, czy przywykliśmy. Na pewno nie wszyscy. Powiedziałbym, że raczej stępiła się nieco nasza wrażliwość. Nadal agresywne zachowania językowe nam przeszkadzają, ale dopiero powyżej pewnego stężenia agresji na nią reagujemy. Łagodniejsze formy agresji językowej chyba zaczęliśmy uważać za coś w pewnym sensie normalnego. Niestety.

Czy to znaczy, że agresja w sieci, pana zdaniem, będzie nadal eskalować?

Na razie nie zauważam czynników, które by ją wyraźnie hamowały. Jest takie powiedzenie, że zły pieniądz wypiera



dialog[®]
CENTRUM TERAPII

PSYCHOTERAPIA

Centrum Terapii Dialog to nagradzany ośrodek psychoterapii, w którym zapewniamy kompleksową opiekę psychoterapeutyczną:

- ✓ Psychoterapię prowadzoną przez psychoterapeutów z atestowanych szkół psychoterapii – ekspertów od depresji, zaburzeń osobowości, lęków, zaburzeń snu i innych trudności.
- ✓ Metody EBM o udokumentowanej skuteczności w leczeniu takie jak: CBT, MBT – terapia oparta o mentalizację, terapia schematów, terapia systemowa.
- ✓ Terapię w Warszawie i online, indywidualną i grupową.



SZCZEGÓŁY:
www.terapiadialog.pl

dobry. Negatywne wzory publicznej komunikacji rozpowszechniają się, docierają do różnych sfer, ludzie mówią coraz gorzej: na ulicy, w środkach komunikacji miejskiej, w miejscach publicznych, więc agresja słowna staje się dziś pewnego typu normą. Ludzie przeklinają nie tylko pod wpływem zdenerwowania czy przeżywania emocji, lecz także w trakcie normalnej rozmowy, wymiany informacji.

Z drugiej strony mam poczucie, że rośnie wrażliwość na hejt i osoby, które agresywnie się komunikują, zwłaszcza np. celebryci czy politycy, bywają za to piętnowane. Więc z jednej strony to zjawisko się rozlewa, z drugiej da się zauważyć przejawy dyskomfortu wobec agresji słownej i reakcji na to.

Jakie konsekwencje może mieć długotrwałe doświadczenie przez lekarzy hejtu w sieci?

Myślę, że może to podkopywać motywację do pracy i jednocześnie zniechęcać wielu lekarzy do aktywności publicznej. Czyli mogą oni rezygnować np. z wypowiedziania się w mediach, z popularyzowania wiedzy medycznej m.in. w sieci, w mediach społecznościowych. To może spowodować, że na placu boju zostaną ci, którym taka agresja nie przeszkadza, np. niektórzy influencerzy, których wiedza i standardy komunikacji są niskie. Pole publicznej debaty może zostać oddane tym, którzy może mają edukacyjne aspiracje, ale zarazem mniej wiedzy i większą odporność na agresję, a czasem większą skłonność do jej wyrażania. Długotrwałe doświadczenie hejtu przez lekarzy może także wpływać na ich relacje z pacjentami. Budować nieufność, a nawet czasem pewną niechęć, co może odbić się na jakości leczenia, na czym stracimy wszyscy.

A jaki wpływ hejt wobec lekarzy ma na społeczeństwo?

Występująca szeroko agresja wobec lekarzy może podkopywać autorytet całej grupy zawodowej. To wszystko nie znaczy oczywiście, że żaden pacjent nie ma prawa wyrazić swojej krytycznej opinii. Krytyka jest potrzebna, ale zawsze powinna dotyczyć konkretnych zachowań, a nie samej osoby. Wyobrażam sobie, że pacjent może być niezadowolony np.

z braku empatii lekarza czy z niekomunikatywnie podanej diagnozy. Ale jeśli ktoś chce wyrazić swój krytycyzm, powinien merytorycznie opisać konkretne zdarzenie, wskazać konkretne niedociągnięcia, a nie używać epitetów wobec lekarza, obrażać go jako osobę i odradzać wszystkim wizyty u niego – takie zachowania są absolutnie niedopuszczalne.

Warto podkreślić, że konstruktywna krytyka może być źródłem rozwoju. Jako wykładowca podlegam ocenie studentów. Jeżeli student w ankiecie zwraca mi uwagę na coś, co mógłbym robić lepiej, to w gruncie rzeczy jest to dla mnie bardzo cenne. Natomiast gdyby taka krytyka była wraźona w formie inwektywy, bez wskazania konkretów, nie mógłbym i nie chciałbym z niej skorzystać.

Jak lekarze mogą chronić siebie i swoje granice, nie rezygnując jednocześnie z obecności publicznej i edukacji pacjentów?

To wyzwanie, bo łatwo powiedzieć, że najważniejsze jest promowanie pozytywnych wzorców, tylko że przestrzeganie norm kulturalnej komunikacji przez jedną stronę, gdy druga posługuje się agresją językową, jest trudne. Napastliwy język rozmówcy może prowokować do tego, by odpowiedzieć tak samo. Teoretycznie istnieją normy prawne, które to regulują. W Polsce za używanie wulgaryzmów w miejscach publicznych jest grzywna, która wynosi 1500 zł. Nie słyszałem jednak, żeby ktoś ją otrzymał, a wielokrotnie byłem świadkiem wypowiedzi, które powinny być ukarane taką grzywną. Problem dotyczy też korzystania z paragrafów kodeksu karnego penalizujących znieważanie, zniesławianie i nawoływanie do przemocy. Widać nierówność w stosowaniu prawa wobec różnych osób. Za podobne czyny jedni są ścigani, a inni nie. Myślę, że podstawą byłoby naprawienie wymiaru sprawiedliwości, by przemoc językowa była traktowana równie surowo, niezależnie od tego, kto jej się dopuszcza. A przykład idzie z góry. Gdyby politycy, którzy przecież stanowią prawo, byli bardziej powściągliwi w swoich wypowiedziach i piętnowali je, byłoby mniejsze przyzwolenie na agresję językową w innych sferach.

Co jeszcze musiałoby się zmienić, żeby ograniczyć zjawisko hejtu wobec lekarzy?

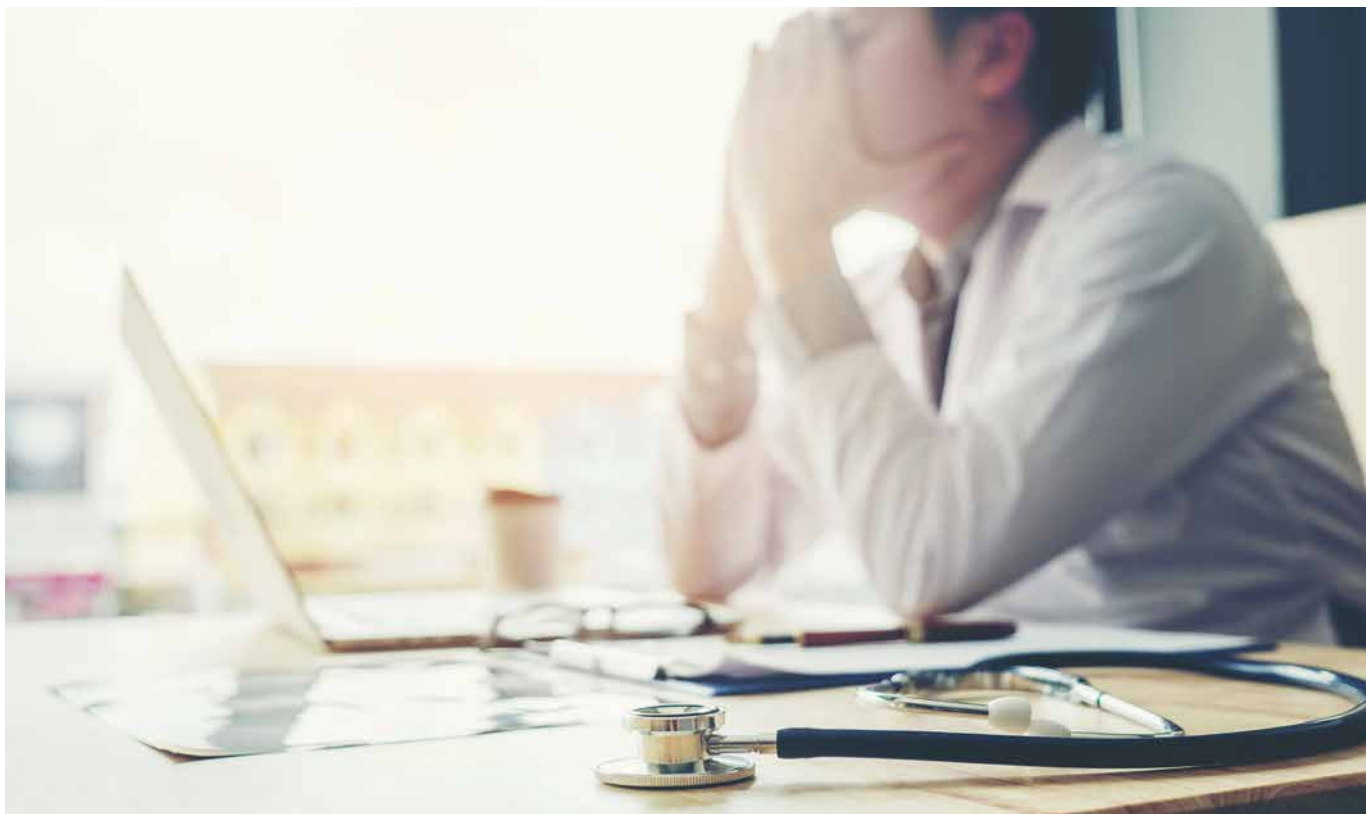
Myślę, że trzeba zacząć dużo wcześniej podejmować działania, które ukazują konsekwencje agresywnego sposobu komunikowania się. W raporcie z moich badań postawiłem tezę, że hejt jest w pewnym sensie skutkiem braku empatii, ponieważ ludzie są skłonni racjonalizować własne zachowania i swoją krytykę uważają za sensowną i racjonalną, ale kiedy ktoś ich krytykuje, łatwiej uznają to za hejt i przypiszą komuś negatywne motywacje: chęć wyżycia się, odreagowania frustracji czy danie wyrazu nienawiści. Niestety często ludzie nie mają świadomości, że ich mowa rani i nie jest merytoryczną krytyką, tylko hejtem właśnie.

Edukacja już od szkoły podstawowej?

Tak, ale myślę, że miejscem promowania kultury powinny być także instytucje. Jakiś czas temu wpadłem na pomysł, który mam nadzieję kiedyś zrealizuję, żeby różne instytucje, takie np. jak uniwersytety, były strefami kultury języka, czyli miejscami, w których przestrzega się norm kultury, m.in. nie przeklina się. Kiedyś burmistrz Nowego Jorku Giuliani wprowadził politykę „Zero tolerancji”, która zakładała brak tolerancji dla drobnych wykroczeń, takich jak choćby malowanie graffiti, co miało w rezultacie przynieść spadek liczby poważnych przestępstw. I to się sprawdziło. Gdyby zatem istniała norma, że w instytucjach publicznych, np. urzędach, szpitalach itd., nie można używać agresywnego języka i wulgaryzmów, ludzie byłiby może bardziej zdyscyplinowani, jeżeli chodzi o inne zachowania. Tylko ktoś musiałby to egzekwować. Na pewno na początku byłoby to trudne, ale jeżeli ktoś usłyszałby, że albo będzie się kulturalnie wyrażał, albo nie zostanie obsłużony, nie otrzyma lecarskiej porady, myślę, że z czasem poziom kultury by się podniósł.

Wierzy pan, że to przełożyłoby się na język komunikacji w sieci?

Nie wiem, czy przełożyłoby się automatycznie i natychmiastowo, ale trzeba od czegoś zacząć. Takie wyspy



fot. licencja OIL w Warszawie

kultury, gdzie obowiązują pewne normy, to pierwszy krok. Gdyby ludzie przyzwyczaili się, że są miejsca językowo bezpieczne, może chcieliby wprowadzić takie reguły gdzie indziej.

W przypadku internetu to oczywiście także kwestia moderacji. Tylko tu pojawiają się dwa problemy. Pierwszy to koszt, a drugi to fakt, że platformy internetowe zarabiają na ruchu w sieci, zaś agresja go generuje. Więc w pewnym sensie platformy musiałyby się zgodzić na to, by nałożyć na siebie ograniczenia i nie pozwalać u siebie na agresję, która dziś przynosi im realne dochody. To jest możliwe. W innych branżach takie ograniczenia się przyjęły. Możemy kupić kosmetyki nietestowane na zwierzętach albo produkty żywnościowe przestrzegające reguły *fair trade*, gdzie nie zatrudnia się dzieci do ich wytworzenia. Być może platformy internetowe też będą chciały być *fair* i zrezygnować z zarabiania na agresji, wprowadzając odpowiednie reguły do swoich polityk.

Wydaje się to mało realne, przynajmniej na razie. Czy zatem jest jakiś skuteczny sposób

reagowania na hejt w sieci? Przykładowo: pod postem lekarza pojawia się agresywny wpis. Blokować go? Odpowiadać? Czy raczej przemilczeć, by nie rozpętać agresywnej burzy?

Rzeczowo odpowiadać. Wydaje mi się, że nie ma mocniejszego kontrargumentu niż ten merytoryczny. Jeżeli rzeczowo i spokojnie odpowiadamy, pokazujemy, że ktoś nie ma racji, to publiczność tego sporu zwykle ocenia hejtera negatywnie. W erystyce jest zasada, że ten, kto używa inwektywy, daje wyraz słabości argumentacyjnej: można to wytknąć adwersarzowi i pokazać jego agresję jako przyznanie się do porażki.

Natomiast jeżeli ta rozmowa nie rokuje, agresja jest eskalowana, lekarz ma prawo wycofać się z dialogu, tłumacząc dłaczego, np. pisząc: „Przepraszam, ale kończę rozmowę, ponieważ nie jestem przyzwyczajony do takiej formy komunikacji”. Myślę, że to może być nawet pewna forma naznaczenia hejtera, ponieważ zostaje on nie tyle wykluczony czy zablokowany, ale pozostawiony ze swoją napastliwością i agresją. Najważniejsze, by nie odpowiadać agresją na

agresję, nie dać się hejterowi sprowadzić do jego poziomu.

Taką agresję trzeba także zgłaszać do organów ścigania. W ogóle uważam, że powinny istnieć jakieś katalogi hejterów. Każdy z nich powinien się obawiać tego, że zostanie w swoim miejscu pracy zdemaskowany, że w jego środowisku wszyscy się dowiedzą, kim jest, a jego pracodawca będzie się musiał za niego wstydić. Przecież ci ludzie gdzieś żyją, gdzieś pracują. Hejterzy reagują panicznie, kiedy ktoś mówi, że ujawni ich personalia. A ja myślę, że trzeba to robić. Oni nie mogą się czuć bezkarni. Dlatego dobrym pomysłem jest ograniczenie anonimowości w sieci. Ona także sprzyja hejtowi.

Najważniejsze jest chyba to, by w kontakcie z czyjąś agresją językową samemu się jej nie poddawać. Aby zachować spokój, być asertywnym i mówić, co się nam w czymś zachowaniu nie podoba, ale samemu nie ulegać emocjom, nie pozwolić hejterom na narzucenie ich reguł komunikacji. Aby nie obniżyć poziomu. Być sobą, zachować swój styl. Wiem, że to czasem bardzo trudne, ale nie ma innej drogi. Tylko tak można coś zmienić. ●

Epoka eksperta podejrzanego



PAWEŁ WALEWSKI
autor jest publicystą „Polityki”

O tym, jak fartuch lekarza przegrał z algorytmem,
a medycyna straciła pacjentów na rzecz szarlatanów...

Być może największym paradoksem współczesnej medycyny nie jest to, że potrafimy wymieniać zastawki serca przez niewielkie nacięcia, edytować geny albo wykrywać nowotwory na etapie pojedynczych mutacji. Największym paradoksem jest fakt, że żyjąc w epoce najbardziej zaawansowanej nauki, coraz większa liczba ludzi przestaje jej ufać.

Lekarz, który jeszcze 30 lat temu był figurą niemal instytucjonalnego autorytetu, dziś coraz częściej przypomina uczestnika telewizyjnej debaty, w której jego głos waży dokładnie tyle samo, co zdanie influencera sprzedającego suplementy, samozwańczego „terapeuty energii” albo człowieka przekonanego, że szczepionki służą do sterowania ludźmi przez satelity. W demokracji każdy ma prawo do własnych poglądów. Problem zaczyna się wtedy, gdy każdy uważa, że ma również prawo do własnych faktów.

Pacjent, który jeszcze dekadę temu przychodził z ufnością godną wyroczeni delfickiej, dziś wchodzi do gabinetu lekarza z telefonem w rękę, listą py-

tań z Reddita i TikToka oraz głębokim przekonaniem, że *oni wszyscy kłamią*. A my, przez te same drzwi, przemknęliśmy w epokę, którą socjologowie nazywają śmiercią eksperckości, choć trafniejsze byłoby określenie jej jako demokracji urojeń.

Medycyna – najbardziej intymna z nauk, dotykająca bezpośrednio ludzkiego lęku przed bólem i ostatecznością – stała się głównym polem bitwy w tej kulturowej wojnie. Dla czytelników „Pulsu”, ludzi, którzy spędzili dekady na pamięciowej nauce szlaków metabolicznych i anatomii, rzeczywistość ta bywa nie tyle frustrująca, ile poznawczo obca. Jak bowiem rozmawiać z pacjentem, który potrafi odrzucić chemioterapię na rzecz lewatyw z kawy, powołując się przy tym na „niezależne badania”? Żeby zrozumieć, dlaczego przeciwny, skądinąd rozsądny obywatel zaczyna wierzyć, że smugi kondensacyjne na niebie to spisek depopulacyjny, a szczepionki zawierają mikroczipy, musimy porzucić intelektualny protekcyjnalizm. Najprościej jest uznać przeciwników nauki za ludzi niewykształconych lub

po prostu głupich. To błąd popełniany przez elity od czasów Oświecenia.

W 1847 roku, kiedy Ignaz Semmelweis błagał wiedeńskich chirurgów, by rączyli umyć ręce przed wejściem na salę porodową, nie spotkał się z merytoryczną dyskusją. Spotkał się z głęboką, niemal estetyczną obrazą. Jak to? Dżentelmen, a tym bardziej lekarz, miałby rozsiewać śmierć swoimi dłońmi? Semmelweis skończył w zakładzie dla obłąkanych, pobity przez strażników, a medycyna głównego nurtu potrzebowała kolejnych dekad, by uznać istnienie niewidzialnych gołym okiem drobnoustrojów.

Dzisiejszy ordynator oddziału chorób wewnętrznych, czytający w swoim gabinecie kolejny wydruk z forum internetowego przyniesiony przez pacjenta, może poczuć dziwną solidarność z wiedeńskim pionierem. Choć wektory się odwróciły. Współczesny lekarz nie walczy już z ignorancją własnego środowiska, ale z globalną architekturą cyfrowego buntu, w której sformułowanie „w moim poczuciu” ma dokładnie taką samą wagę, jak metaanaliza opublikowana na łamach „The Lancet”.

Gdyby walka toczyła się wyłącznie na poziomie filozoficznym, moglibyśmy traktować ją jako niegroźny folklor. Jednak denializm medyczny to dziś doskonale naoliwiony, wart miliardy dolarów przemysł. Opiera się on na specyficznym marketingu strachu i podrabianiu insygniów nauki.

Dlaczego różne bzdury rozprzestrzeniają się szybciej niż kiedykolwiek? Odpowiedź kryje się w Dolinie Krzemowej i strukturze współczesnych mediów społecznościowych. Algorytmy Facebooka, YouTube’a i TikToka nie zostały stworzone po to, by promować prawdę. Zostały zaprojektowane tak, by maksymalizować zaangażowanie użytkownika. A nic nie angażuje ludzkiego mózgu tak skutecznie, jak dwie emocje: strach i oburzenie. Gdy użytkownik ów kliknie w taki link, algorytm natychmiast klasyfikuje go jako osobę zainteresowaną medycyną alternatywną i zaczyna podsuwać mu coraz bardziej radykalne treści.

Algorytmy nie premiuje ostrożności. Premiuje emocje.

Lekarz mówi: *Aktualne dane wskazują z wysokim prawdopodobieństwem...*

Internetowy guru na to: *Ukrywają przed wami prawdę*. Nie trudno zgadnąć, które zdanie zdobędzie więcej udostępnień.

W ten sposób powstał osobliwy rynek medycznych bzdur, który dziś przypomina prężnie rozwijający się sektor gospodarki. Można odnieść wrażenie, że dla każdego schorzenia istnieje już alternatywna teoria i alternatywna terapia.

Nowotwory mają być rzekomo skutkiem enigmatycznego zakwaszenia organizmu, mimo że człowiek z rzeczywiście zakwaszoną krwią trafia na oddział intensywnej terapii, a nie do sklepu ze zdrową żywnością.

Autyzm ma być konsekwencją szczepień, mimo że dziesiątki dużych badań epidemiologicznych obaliły tę hipotezę, a jej pierwotny autor został skompromitowany i pozbawiony prawa wykonywania zawodu. Depresję mają leczyć kamienie, kryształy, częstotliwości, rezonanse i bliżej nieokreślone energie. W tej wizji neuronauka spotyka się z astrologią przy wspólnym stole, a rachunek płacą za to skołowani pacjenci.

Szczególnie interesującym zjawiskiem są rozmaite kliniki, które z medycyną mają tyle wspólnego, ile kasyno z matematyką stosowaną. Nazwy brzmią imponująco: centrum medycyny integralnej, instytut terapii biologicznych, klinika medycyny funkcjonalnej, akademia zdrowia kwantowego. Im mniej konkretno, tym zwykle bardziej efektywna identyfikacja wizualna.

Pacjent trafia do takiego miejsca, przypominającego nowoczesny gabinet lekarski, nie zdając sobie sprawy, że dyplomy i certyfikaty, które widzi na ścianie, są zazwyczaj nic niewarte. Ich naukowy ciężar można porównać z dyplodem ukończenia kursu parzenia kawy.

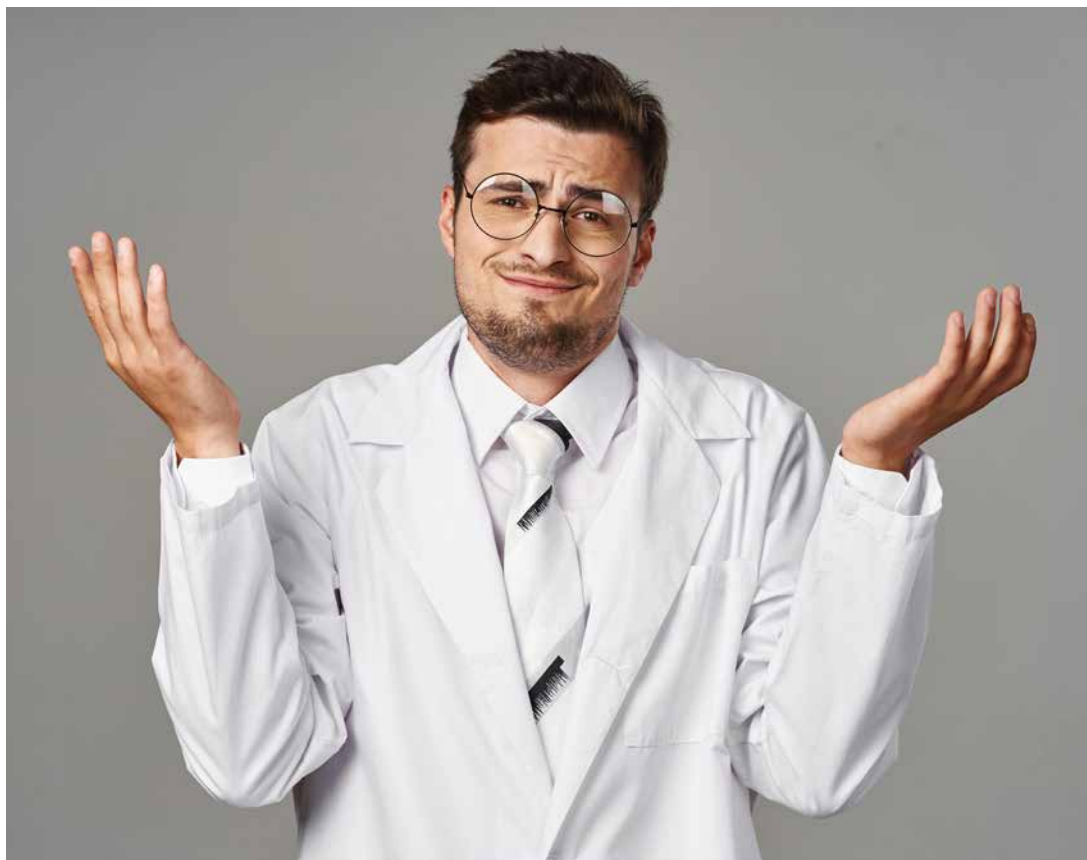


foto: licencja Oll w Warszawie

Ale personel używa medycznego słownictwa. Następnie wykonywana jest seria egzotycznych badań, często niemających uznania w nauce, po czym pacjent otrzymuje kosztowny pakiet suplementów i obietnic. To właśnie obietnica jest tu najważniejsza, jakby była podstawową walutą pseudomedycyny.

Czy jesteśmy skazani na ostateczny triumf neozamanizmu? Niekoniecznie, ale walka wymaga zmiany strategii. Lekarze muszą przestać zachowywać się jak kapłani starożytnego kultu, którzy obrażają się na widok profanów zadających pytania. Protekcyjne fuknięcie: *Kto tu jest lekarzem, ja czy Google?* to najlepszy sposób, by pchnąć pacjenta prosto w ramiona najbliższego terapeuty medycyny niekonwencjonalnej.

Musimy wrócić do korzeni sztuki lekarskiej, gdzie komponent komunikacyjny był równie ważny jak farmakoterapia. Jeśli pacjent przychodzi z absurdalną teorią, zamiast go wyśmiewać, trzeba zapytać: *Skąd pan o tym wie?, Co pana w tej metodzie przekonało?*, a następnie spokojnie, używając zrozumiałych analogii, rozmontować ten mechanizm.

To wymaga czasu, którego system nie daje – i to jest największy strukturalny grzech współczesnej medycyny.

Dopóki publiczne i prywatne systemy ochrony zdrowia nie zrozumieją, że czas poświęcony na rozmowę z pacjentem i budowanie relacji opartej na zaufaniu jest taką samą procedurą medyczną jak rezonans magnetyczny czy endoskopia (tak niechętnie dziś rozliczane przez płatnika), dopóty będziemy przegrywać z „Klinikami Zdrowia Kwantowego”. Magia zawsze wygra z nauką, jeśli nauka zapomni o tym, że leczy ludzi, a nie jednostki chorobowe. Szarlatan daje pacjentowi opowieść, w której jest on głównym bohaterem, a nie numerem PESEL w kolejce. Medycyna oparta na faktach oferuje EBM, statystykę i prawdopodobieństwo – rzeczy chłodne i dość bezwzględne. Medycyna alternatywna oferuje pewność i sens. Semmelweis miał rację co do brudu na dłoniach; my musimy zadbać o to, by zdezynfekować przestrzeń informacyjną, zanim pacjenci ostatecznie utoną w kompoście cyfrowych iluzji. ●

Oszukać przeznaczenie, czyli drogowskaz na przyszłość

Czy wysokie stężenie lipoproteiny (a) to wyrok zapisany w genach? Jak oceniać ryzyko sercowo-naczyniowe i dlaczego nie warto bać się statyn?

Prof. dr hab. n. med. Piotr Dobrowolski, kierownik Samodzielnej Poradni Lipidowej Narodowego Instytutu Kardiologii, w rozmowie o roli Lp(a), najnowszych wytycznych oraz przyszłości leczenia zaburzeń lipidowych.

rozmawiała **KAROLINA STĘPNIIEWSKA**



Klasyczny lipidogram jest wystarczający, żeby dało się stwierdzić podwyższone ryzyko sercowo-naczyniowe?

Zdecydowanie nie. LDL – bo w zasadzie koncentrujemy się na nim – jest wystarczający do rozpoznania hipercholesterolemii. Jeśli jednak chodzi o stratyfikację ryzyka sercowo-naczyniowego, musimy ocenić więcej elementów. Skale SCORE2 oraz SCORE2-OP – u pacjentów starszych – biorą pod uwagę płeć, wiek, palenie tytoniu, zaburzenia cholesterolu, cholesterol nie-HDL, wartość ciśnienia skurczowego.

Ocena ryzyka sercowo-naczyniowego powinna jednak być dużo szersza i dokładniejsza. Powinniśmy koniecznie oznaczyć stężenie lipoproteiny (a). Osoba z Lp(a) od 50 do 179 mg/dl jest pacjentem wysokiego ryzyka sercowo-naczyniowego, a ze stężeniem powyżej 180 mg/dl – bardzo wysokiego.

W ostatniej dostępnej aktualizacji wytycznych dotyczących leczenia dyslipidemii z 2025 r. EAS i ESC wskazują właśnie Lp(a) oraz hs-CRP, czyli ultra-czułe CRP, jako biomarkery, które powinniśmy wykorzystywać do precyzowania ryzyka sercowo-naczyniowego. Dotyczy to szczególnie pacjentów z pogranicza kategorii ryzyka, gdy nie wiemy, czy mają oni ryzyko umiarkowane, czy wysokie i jak intensywnie powinniśmy je modyfikować.

A co z badaniami obrazowymi, takimi jak ocena uwapnienia tętnic wieńcowych?

Oczywiście ocena Calcium Score pozwala doprecyzować ryzyko sercowo-naczyniowe. Podchodzę jednak do tego badania dość sceptycznie, ponieważ wiele osób nie ma uwapnienia tętnic wieńcowych, a występuje u nich miażdżyca. Ponad 20 proc. pacjentów ma blaszki nieuwapnione, czyli takie, które są bardziej podatne na pęknięcie, co w konsekwencji prowadzi do zawału serca czy udaru mózgu. Opierając się tylko na Calcium Score, możemy więc nie rozpoznać choroby u części pacjentów, mimo że powinni być leczeni. Dlatego, patrząc na wyniki badań, preferuję angiografię tętnic wieńcowych, czyli badanie z kontrastem. Dzięki temu jesteśmy w stanie ocenić zarówno blaszki uwapnione, jak i nieuwapnione. Zero-jedynkowe podejście: jest miażdżyca lub jej nie ma.

Kogo zatem kierować na angio-CT? Wysoki cholesterol to za mało?

To badanie powinno się wykonywać u osób z bardzo dużym prawdopodobieństwem występowania miażdżycy tętnic wieńcowych, czyli obciążonych czynnikami ryzyka: otyłością, podwyższonym stężeniem cholesterolu, nadciśnieniem tętniczym, długotrwałą cukrzycą. Im więcej czynników ryzyka, tym większe wskazania do angiografii.

Na pewno powinno się poddać takiemu badaniu także pacjenta, który ma dodatni wywiad rodzinny w kierunku przedwczesnych chorób układu krążenia. Tomografię tętnic wieńcowych powinno się również rozważyć u pacjentów z podwyższoną lipoproteiną (a) – powyżej 100 mg/dl. Oczywiście decyzja o skierowaniu na badanie powinna zawsze uwzględniać wszystkie czynniki ryzyka występujące u danego pacjenta. To bezpieczne badanie, ale jest to promieniowanie rentgenowskie i wymaga podania kontrastu, więc nie można go wykonywać bez konkretnych wskazań.

O lipoproteinie (a), o której pan wspomina, jest teraz dość głośno.

Ja nazywam lipoproteinę (a) idealnym drogowskazem na przyszłość. Jest wspaniałym markerem, który łączy się ze ścisłą korelacją z występowaniem chorób sercowo-naczyniowych na podłożu miażdżycy.

Im wyższe stężenie Lp(a), tym częściej występują zawały serca, udary mózgu czy zwężenie zastawki aortalnej na podłożu miażdżycy, szczególnie u ludzi starszych. A u osób, które mają podwyższoną Lp(a), stenoza aortalna występuje częściej w młodszym wieku. Tak jak udary mózgu.

Spotkałam się z opinią, że wynik tego badania przypomina tykającą bombę, ponieważ nie ma leków na obniżenie stężenia Lp(a). Jeśli jest wysokie, to tak, jakby otrzymało się wyrok.

To zupełnie nie jest prawda. Uważam, że można „zszukać przeznaczenie”. Niektórzy pytają: *No dobrze, ale po co oznaczać lipoproteinę (a), skoro nie ma jeszcze celowanego leczenia?* – faktycznie, na razie nie ma leków celowanych, obniżających stężenie Lp(a). Są jednak w badaniach klinicznych i za dwa-trzy lata powinniśmy mieć już taką terapię.

Nawet jeśli odziedziczyliśmy wysokie stężenie lipoproteiny (a), nadal możemy bardzo dużo zrobić. Możemy wyeliminować wszystkie modyfikowalne czynniki ryzyka sercowo-naczyniowego: nadwagę, otyłość, brak aktywności fizycznej, nadużywanie alkoholu, palenie tytoniu, dużo stresu i mało snu, czyli *de facto* wszystkie te czynniki, na któ-

re sami mamy wpływ. Ja w codziennej praktyce – i zachęcam do tego wszystkich lekarzy – wskazuję pacjentom drogę do aplikacji 10 dla Serca w MojeIKP. Ona pozwala przeanalizować wszystkie czynniki ryzyka.

Powinniśmy również spojrzeć na stężenie cholesterolu LDL, wartość glukozy i ciśnienia tętniczego. Wtedy nasz pacjent z podwyższoną Lp(a) może znacząco obniżyć ryzyko sercowo-naczyniowe. Należy podkreślić, że 7 na 10 obszarów z 10 dla Serca jest do zmiany przez samą osobę wypełniającą ankietę. Zatem korzystajmy z tego narzędzia, zachęcajmy do jego wykorzystywania.

To bardzo krępujące.

Tak, tą drogą możemy bardzo dużo zrobić. Właśnie dlatego nazywam lipoproteinę (a) doskonałym drogowskazem. Pokazuje kierunek działania i uświadamia, na co należy zwrócić szczególną uwagę.

Jak się ma do tego cholesterol LDL?

Lipoproteina (a) jest markerem niezależnym od wartości stężenia cholesterolu LDL. Ten może być bardzo niski, a mimo to pacjent może mieć miażdżycę, zawał serca czy udar mózgu z powodu wysokiego stężenia Lp(a).

Jeżeli jednak podwyższone są oba te parametry, musimy znacząco wpłynąć na obniżenie stężenia cholesterolu LDL jako kolejnego, dodatkowego czynnika ryzyka. Poza tym musimy zadbować o wszystkie inne modyfikowalne czynniki ryzyka – i tu znowu wracam do 10 dla Serca.

Kiedy powinniśmy podejrzewać hipercholesterolemię rodzinną?

Jeśli pacjent ma bardzo wysokie stężenie cholesterolu LDL, powyżej 190 mg/dl, bądź cholesterol całkowity powyżej 310 mg/dl. Także jeśli mamy przedwczesne występowanie chorób układu krążenia, zawałów serca, udarów mózgu, nagłych zatrzymań krążenia w młodym wieku w rodzinie najbliższej czy dalszej – to również powinno nas skłonić do tego, żeby pomyśleć o hipercholesterolemii rodzinnej bądź ewentualnym genetycznym obciążeniu występowania miażdżycy. Do oceny w tym

kierunku powinny nas też skłonić objawy, takie jak rąbek rogówkowy we wczesnym wieku czy żółtaki ścięgien (również jeśli występowały w rodzinie).

A czy można powiedzieć, że podwyższone Lp(a) jest „genetycznym odpowiednikiem” rodzinnej hipercholesterolemii?

Zdecydowanie tak. Jeśli stężenie Lp(a) jest bardzo wysokie, czyli powyżej 180 mg/dl (450 nmol/l), wtedy ryzyko jest mniej więcej porównywalne do ryzyka pacjentów z hipercholesterolemią rodzinną. To jest jednak tak naprawdę bardzo niewielka populacja osób.

Ostatnio dosyć dużo mówi się też o apolipoproteinie B. W jakich przypadkach warto ją oznaczać?

Przede wszystkim u pacjentów z atrogenną dyslipidemią, czyli z zespołem metabolicznym, otyłością, nadwagą, gdy występuje podwyższone stężenie trójglicerydów i trzeba doprecyzować stężenie „złego cholesterolu”. Jeśli jednak nie mamy zespołu metabolicznego ani otyłości, to apoB bardzo dobrze koreluje z cholesterollem nie-HDL. Można więc spojrzeć na cholesterol nie-HDL. Jeśli jest prawidłowy, można pozostać przy tym oznaczeniu. Natomiast w innych przypadkach, być może również u tych pacjentów z dodatnim wywiadem rodzinnym i przedwczesnym występowaniem chorób układu krążenia, można dodatkowo oznaczyć apoB.

Najważniejsze jest jednak, żeby każdy z nas znał swoje stężenie cholesterolu LDL. Gdyby dodatkowo dołączyć do tego oznaczenie Lp(a), a przy podwyższonym stężeniu cholesterolu LDL odpowiednio leczyć i przyjmować statyny, to byłibyśmy społeczeństwem o zdecydowanie niższym ryzyku sercowo-naczyniowym. Nie wolno bać się statyn.

Ale jest też lęk przed tym, że statyny podwyższają poziom lipoproteiny (a).

Tak jest – statyny prowadzą do wzrostu stężenia Lp(a) o ok. 6–10 proc. Niestety wielu lekarzy nie włącza ich z tego powodu do leczenia. To jest bardzo złe podejście i zupełnie niezgodne z nauką, ponieważ dowiedziono, że stosowanie

statyn poprzez obniżenie stężenia cholesterolu LDL znacząco poprawia długoterminowe rokowanie pacjentów poprzez zmniejszenie liczby zawałów serca, udarów mózgu, niewydolności serca czy też zgonów z przyczyn sercowo-naczyniowych, w mechanizmie zmniejszenia progresji miażdżycy.

Trzeba o tym mówić otwarcie: tak, statyny podwyższają stężenia Lp(a), ale korzyści z leczenia i z obniżenia cholesterolu LDL są zdecydowanie większe niż wpływ na wzrost stężenia Lp(a). Ten kilkuprocentowy wzrost stężenia lipoproteiny (a) nie przekłada się na efekt kliniczny – nie zwiększa ryzyka wystąpienia chorób miażdżycowych.

Wróćmy do lęku przed statynami. To jest naprawdę powszechny problem i wiele osób odmawia ich przyjmowania.

Dziś w internecie można przeczytać bardzo wiele o rzekomo szkodliwym działaniu statyn, o tym, że zabijają, że to spisek firm farmaceutycznych... Jeśli ktoś mający milionowe zasięgi powie, że statyny są szkodliwe, to wiele osób uwierzy właśnie jemu, a nie lekarzom. Być może rozwiązania prawne, takie jak lex szarlatan, będą pewnym narzędziem do walki z dezinformacją.

Co moglibyśmy poradzić lekarzom? Jak złagodzić ten lęk pacjenta?

Przede wszystkim potrzebna jest edukacja. To właśnie staram się robić w swojej codziennej praktyce. Jeśli rekomenduję pacjentowi stosowanie statyny, już podczas pierwszej wizyty mówię mu, co może przeczytać w internecie i jakie mity najczęściej się pojawiają. Trzeba je od razu obalić, aby pacjent usłyszał prawdziwe informacje od lekarza.

Jeśli pacjent usłyszy ode mnie, że statyny mogą nieznacznie zwiększać ryzyko rozwoju cukrzycy, ale głównie u osób już do tego predysponowanych – z zespołem metabolicznym, otyłością, nadwagą czy stanem przedcukrzycowym – to łatwiej mu będzie zrozumieć rzeczywistą skalę ryzyka. Podobnie jest z dolegliwościami mięśniowymi. Mialgie mogą występować, ale dotyczą ok. 5 proc. pacjentów, a nie 95 proc., jak można czasem wyczytać w internet-

cie. Wyjaśniam również, że statyny nie uszkadzają żołądka ani wątroby w sposób, który często przedstawia się w mediach społecznościowych. Po takiej rozmowie pacjenci znacznie częściej akceptują leczenie i stosują się do zaleceń długoterminowo. Kluczowa jest rozmowa i poświęcenie czasu na omówienie tych obaw. Nie oszukujmy się – gdybyśmy nie mieli wiedzy medycznej i trafili na niektóre fora internetowe, również moglibyśmy odnieść wrażenie, że statyny są bardzo niebezpieczne.

Z czym wiąże pan największe nadzieje, jeśli chodzi o przyszłość leczenia zaburzeń lipidowych i zmniejszania ryzyka sercowo-naczyniowego?

Myślę, że w leczeniu zaburzeń gospodarki lipidowej dzieje się obecnie bardzo dużo dobrego. Mamy statyny, które nadal pozostają podstawą terapii i powinny nią pozostać. To bardzo skuteczne leki. Szczególnie atorwastatyna i rosuvastatyna, czyli dwie długo i silnie działające statyny. W armamentarium leczenia zaburzeń lipidowych obecny jest też ezetymib.

Od wytycznych z 2025 r. dysponujemy również kwasem bempediowym – kolejną cząsteczką skutecznie obniżającą stężenie cholesterolu LDL. Lek ten nie jest jeszcze powszechnie dostępny w Polsce, ale powinno się to wkrótce zmienić. Mamy także inhibitory PCSK9, które bardzo skutecznie obniżają stężenie cholesterolu LDL. W Polsce są to ewolokumab i alirokumab.

Jeżeli zastosujemy trzy kolejne etapy leczenia – statynę, ezetymib i inhibitor PCSK9 – możemy obniżyć stężenie cholesterolu LDL nawet o 85 proc. Mamy więc skuteczne narzędzia do walki z dyslipidemią. Musimy jednak tę walkę rozpocząć, konsekwentnie ją prowadzić i nie poddawać się mitom, dezinformacji czy obawom związanym z niskim stężeniem cholesterolu.

Dysponujemy już czterema grupami leków obniżających cholesterol, a kolejne są w fazie rozwoju. W szczególnych przypadkach możemy również stosować aferezę lipoproteinową, choć jest to metoda przeznaczona dla najcięższych chorych pacjentów i znacząco wpływa na ich codzienne funkcjonowanie.

Jestem przekonany, że gdybyśmy w pełni wykorzystywali możliwości, które mamy już dziś, moglibyśmy osiągnąć bardzo wiele: obniżyć stężenie cholesterolu LDL u ogromnej liczby pacjentów, a tym samym zmniejszyć ryzyko sercowo-naczyniowe. To niezwykle ważne, ponieważ miażdżycy i jej następstwa pozostają jednym z najpowszechniejszych problemów zdrowotnych. Musimy również edukować społeczeństwo. Wyjaśniać, że to cholesterol LDL przyczynia się do rozwoju miażdżycy, a nie chroni tętnice, jak czasem można usłyszeć.

A co z popularną opinią, że normy cholesterolu są sztucznie zaniżane?

To kolejny mit, z którym musimy się rozprawić. Obecne wartości docelowe wynikają z badań naukowych i pojawienia się nowych terapii, które pozwalają bezpiecznie osiągać niższe stężenia LDL. Badania z randomizacją konsekwentnie pokazują, że im bardziej obniżamy cholesterol LDL, tym bardziej również zmniejszamy ryzyko sercowo-naczyniowe.

To właśnie dlatego zmieniają się rekomendacje. Nie jest to efekt działań firm farmaceutycznych czy lekarzy, ale rezultat twardych danych naukowych.

To teraz pozostaje nam już czekać na terapię celowaną przeciwko lipoproteinie (a)?

Tak, zdecydowanie na nią czekam. Jednocześnie zawsze uspokajam pacjentów z podwyższonym stężeniem lipoproteiny (a), że kluczowe jest wyeliminowanie wszystkich pozostałych modyfikowalnych czynników ryzyka.

Oczywiście u pacjentów z bardzo wysokim stężeniem Lp(a), zwłaszcza tych, którzy już przeszli incydenty sercowo-naczyniowe na podłożu miażdżycy, leczenie celowane może przynieść dodatkowe korzyści i jeszcze bardziej poprawić rokowanie.

Wiążę duże nadzieje z tym kierunkiem rozwoju terapii. Jednocześnie uważam, że już dziś mamy bardzo wiele możliwości leczenia. Najpierw wykorzystajmy w pełni to, czym dysponujemy obecnie. W międzyczasie z pewnością doczekamy się skutecznych terapii ukierunkowanych na lipoproteinę (a). ●



PZU Wojażer na szkolenia i odpoczynek

Specjalna oferta ubezpieczeń dla członków
Okręgowej Izby Lekarskiej



PZU Wojażer to ubezpieczenie podróżne, które pozwala spokojnie wyjechać – służbowo lub na wakacje – bez obaw o dodatkowe koszty. W razie jakichkolwiek nieprzewidzianych zdarzeń podczas wyjazdu, takich jak problemy zdrowotne czy kradzież, **organizujemy fachowe wsparcie i pokrywamy związane z tym obciążenia finansowe.**

Wygodne rozwiązanie

Raz wykupione ubezpieczenie PZU Wojażer dla lekarzy zapewnia ochronę przez cały rok. Nie trzeba pamiętać przy każdym wyjeździe o zakupie ubezpieczenia podróżnego.

Maksymalny okres ochrony ubezpieczeniowej podczas jednorazowego pobytu może jednak trwać **niedłużej niż 21 dni**, a długość wszystkich pobytów **w ciągu jednego roku nie może przekroczyć 45 dni.**

Dla siebie lub dla całej rodziny

Każdy lekarz może wykupić ubezpieczenie **dla siebie** (ubezpieczenie indywidualne) albo **dla całej rodziny** (ubezpieczenie rodzinne).



Nasza ochrona obejmuje **cały świat**.
Działa także **podczas wyjazdów szkoleniowych oraz naukowych.**

Zakres ubezpieczenia	Suma ubezpieczenia
Koszty leczenia	250 000 zł
Od następstw nieszczęśliwych wypadków	50 000 zł
Odpowiedzialność cywilna	250 000 zł
Bagaż podróży	1000 zł (indywidualne) 2000 zł (rodzinne)

W ramach przygotowanego pakietu oferujemy również ochronę ubezpieczeniową w zakresie:



kontynuacji leczenia po podróży,



uprawiania sportów wysokiego ryzyka,



szkód związanych ze sprzętem sportowym
(w ramach ubezpieczenia bagażu).



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

- dzwoniąc pod numer: 22 494 36 50
(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 poszczególnych aktualnych ogólnych warunkach ubezpieczeń (OWU) wraz z postanowieniami dodatkowymi i odmiennymi od OWU, dostępnych na stronie ins-med.pl w zakładce „Ubezpieczenia dla lekarzy”.

Medycyna podróży 2026 – co lekarz powinien przypomnieć pacjentom przed sezonem wakacyjnym?



DAMIAN OKRUCIŃSKI
specjalista pediatrii, lekarz wakcynolog
i medycyny podróży

Wraz z początkiem sezonu urlopowego do gabinetów lekarzy POZ, pediatrów i internistów wracają pytania dotyczące szczepień, profilaktyki zakażeń oraz bezpieczeństwa podróży. Dynamiczne zmiany epidemiologiczne, wpływ zmian klimatu oraz rosnąca liczba egzotycznych wojaży powodują, że medycyna podróży staje się coraz ważniejszym elementem codziennej praktyki lekarskiej – również poza wyspecjalizowanymi poradniami.

POWRÓT CHOROBY ZAKAŻNYCH – NIE TYLKO TROPIKI

Ostatnie lata pokazały wyraźny wzrost zachorowań na choroby, które jeszcze niedawno wydawały się „zapomniane”. Szczególnie istotny jest globalny wzrost liczby przypadków odry, obserwowany także w Europie. Lekarz kwalifikujący pacjenta do podróży powinien zwrócić uwagę na status szczepienia MMR – zarówno u dzieci, jak i dorosłych. Wielu dorosłych pacjentów nie ma pełnej dokumentacji szczepień lub otrzymało tylko jedną dawkę preparatu.

Coraz bardziej niepokoi lekarzy również krztusiec. W wielu krajach europejskich obserwuje się wzrost zachorowań, a to ma szczególne znaczenie dla rodzin podróżujących z niemowlętami. Warto informować o szczepieniach

przypominających dTap u dorosłych, zwłaszcza kobiet ciężarnych i osób mających kontakt z małymi dziećmi.

CHOROBY PRZENOSZONE PRZEZ WEKTORY – PROBLEM JUŻ NIE TYLKO EGZOTYCZNY

Zmiany klimatyczne wpływają na rozszerzanie zasięgu występowania komarów i kleszczy. W Europie coraz częściej notuje się lokalne transmisje wirusów dengi czy chikunguny, szczególnie w regionie Morza Śródziemnego. Lekarz powinien pamiętać, że gorączka po powrocie z południowej Europy nie musi oznaczać wyłącznie „infekcji wirusowej”.

Nadal kluczowe pozostaje właściwe poradnictwo dotyczące profilaktyki ukąszeń: repelenty zawierające DEET lub ikarydynę, odpowiednia odzież oraz moskitiery. W przypadku podróży do regionów malarycznych należy omówić zarówno profilaktykę farmakologiczną, jak i zasady szybkiej diagnostyki po powrocie. Klasyczne objawy dla malarii są grypopodobne z cyklicznymi gorączkami. Można również zaobserwować objawy głównie z przewodu pokarmowego.

W Polsce odnotowujemy natomiast stały wzrost liczby przypadków chorób odkleszczowych. Coraz więcej pacjentów planujących aktywny wypoczynek pyta o szczepienie przeciw kleszczowemu zapaleniu mózgu. Warto przypo-



minąć, że ryzyko dotyczy nie tylko osób podróżujących do krajów bałtyckich czy Skandynawii, ale również wielu regionów Polski.

SZCZEPIENIA PRZED PODRÓŻĄ – ZA PÓŹNO ZGLASZAMY SIĘ DO LEKARZA

Jednym z najczęstszych problemów pozostaje zbyt późna konsultacja przed wyjazdem. Pacjenci zgłaszają się często kilka dni przed podróżą, oczekując „szybkiego zabezpieczenia”. Tymczasem wiele szczepień wymaga odpowiedniego odstępu czasowego lub kilku dawek. Można, natomiast, podać kilka szczepień na jednej wizycie, a ochrona najczęściej wytwarza się w ciągu ok. jednego–dwóch tygodni od podania pierwszej dawki szczepionki.

W praktyce warto przypominać o podstawowych szczepieniach zalecanych podróżnym:

- WZW A,
- dur brzuszny,
- błonica, tężec i krztusiec,
- MMR,
- meningokoki,
- w wybranych przypadkach: wścieklizna, japońskie zapalenie mózgu czy żółta gorączka.

Coraz częściej lekarze spotykają się również z pytaniami dotyczącymi szczepień przeciw dendze, chikunguny czy



fot. licencja Oll. w Warszawie

NIE TYLKO SZCZEPIENIA – BEZPIECZEŃSTWO PODCZAS PODRÓŻY

Pacjenci nadal koncentrują się wyłącznie na szczepieniach, pomijając inne istotne zagrożenia zdrowotne. Tymczasem najczęstsze problemy medyczne podczas podróży obejmują:

- biegunkę podróży,
- odwodnienie i udary cieplne,
- zaostrzenia chorób przewlekłych,
- zakrzepicę związaną z długimi lotami,
- chorobę wysokościową.

W praktyce lekarz powinien przypominać o odpowiednim nawodnieniu, ochronie przeciwsłonecznej oraz konieczności posiadania podstawowej apteczki podróży. Coraz większe znaczenie ma także edukacja dotycząca bezpiecznego korzystania z lokalnej opieki medycznej i odpowiedniego ubezpieczenia zdrowotnego. Warto pamiętać, że nie każda biegunka podróżna wymaga antybiotyków. Jedynie w wybranych przypadkach, m.in. z wysoką gorączką, krwią w stolcu lub u pacjentów obciążonych,

powinniśmy włączać antybiotyki – najczęściej azytromycynę lub ryfaksyminę. Stosowanie nifuroksazydu nie znajduje się w wytycznych.

MEDYCINA PODRÓŻY W GABINECIE LEKARZA POZ

Rosnąca dostępność tanich lotów i popularność egzotycznych kierunków powodują, że podstawowe elementy medycyny podróży powinny stać się częścią codziennej praktyki każdego lekarza. Nawet krótka konsultacja przed wyjazdem może zmniejszyć ryzyko ciężkich zachorowań oraz poprawić bezpieczeństwo pacjentów podczas podróży.

Warto pamiętać, że medycyna podróży nie ogranicza się dziś wyłącznie do „egzotycznych szczepień”. To coraz bardziej interdyscyplinarna dziedzina obejmująca profilaktykę zakażeń, choroby klimatyczne, bezpieczeństwo epidemiologiczne oraz edukację zdrowotną. W dobie globalnej mobilności staje się ona praktycznym i nieodzownym elementem współczesnej medycyny rodzinnej i pediatrii. ●

wirusowi RS. Należy jednak pamiętać, że wskazania do przyjęcia tych preparatów pozostają ograniczone i wymagają indywidualnej oceny ryzyka.



Zapraszamy na szkolenia!

Ośrodek Doskonalenia Zawodowego Lekarzy i Lekarzy Dentystów zaprasza członków Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie na bezpłatne szkolenia online i stacjonarne. Za wszystkie zdobywa się punkty edukacyjne.

LIPIEC – SIERPIEŃ 2026

2.07 | godz. 19.00–21.00 – Medycyna podróży – podstawy, nowości, mity i fakty – lek. Damian Okrucieński (online)

21.07 | godz. 19.00–21.00 – Prokrastynacja – jak nie odkładać zaplanowanych działań? – Mirosław Borek (online)

23.07 | godz. 17.00–20.00 – Podstawowe zabiegi resuscytacyjne u dorosłych z użyciem AED – dr n. med. Piotr Abramczyk (stacjonarnie w Warszawie)

18.08 | godz. 19.00–21.00 – Zgoda pacjenta – formalności i praktyczne wskazówki – mec. Zuzanna Pierścińska (online)

20.08 | godz. 17.00–20.00 – Wszczywanie procedury „Niebieskiej Karty” – krok po kroku – Stowarzyszenie Niebieska Linia (online)

25.08 | godz. 19.00–21.00 – Telemedycyna i e-dokumentacja – pułapki prawne – Katarzyna Smak (online)



Więcej informacji i zapisy:



Między procedurą a praktyką



AGATA LUDWIKOWSKA

Choć większość pracowników ochrony zdrowia uważa, że zasady postępowania z odpadami medycznymi są przestrzegane prawidłowo, doświadczenia osób je odbierających są odmienne. Raport „Zabezpieczanie odpadów medycznych w placówkach ochrony zdrowia” wskazuje, że problem leży w codziennej praktyce – tam, gdzie pośpiech, rutyna i pozornie drobne błędy mogą prowadzić do zagrożenia zdrowia.

Zużyte igły, opatrunki skażone krwią, odpady po zabiegach czy przeterminowane leki to nieodłączne elementy codziennej pracy w ochronie zdrowia. Każdego roku w Polsce powstają dziesiątki tysięcy ton odpadów medycznych. Od sposobu ich segregacji, zabezpieczenia i przekazania do transportu zależy bezpieczeństwo nie tylko personelu medycznego, lecz także pracowników firm odbierających odpady oraz osób zatrudnionych przy ich unieszkodliwianiu. Jak pokazuje raport „Zabezpieczanie odpadów medycznych w placówkach ochrony zdrowia”, przygotowany w ramach kampanii „Bezpieczny odpad” na zlecenie firmy EMKA, właśnie na tym etapie w systemie pojawiają się największe wyzwania.

Badanie przeprowadzone przez Centrum Badawczo-Rozwojowe BioStat objęło 200 przedstawicieli personelu medycznego oraz 144 pracowników zajmujących się odbiorem odpadów medycznych. Wyniki pokazują wyraźny rozdział między oceną sytuacji przez

placówki medyczne a doświadczeniami osób, które mają kontakt z odpadami opuszczającymi gabinety, przychodnie czy szpitale.

Niemal wszyscy badani medycy deklarują, że w ich placówkach obowiązują procedury postępowania z odpadami medycznymi. Aż 95,5 proc. respondentów uważa, że są one realizowane prawidłowo. Jednocześnie raport wskazuje, że ponad 31 proc. personelu nie uczestniczyło w żadnym szkoleniu dotyczącym segregacji i zabezpieczania odpadów medycznych, a niespełna połowa badanych deklaruje pełną znajomość konsekwencji zdrowotnych i prawnych wynikających z popełnianych błędów.

Autorzy raportu podkreślają, że problem nie wynika z braku regulacji. Najczęściej wskazywanymi barierami są brak czasu, niski priorytet przypisywany temu obszarowi oraz niewystarczająca liczba szkoleń. Oznacza to, że nawet dobrze opisane procedury nie zawsze przekładają się na codzienne nawyki personelu.

Najbardziej niepokojące dane pochodzą jednak od pracowników odpowiedzialnych za odbiór odpadów. Aż 61,1 proc. z nich miało w ciągu ostatniego roku do czynienia z uszkodzonym workiem lub pojemnikiem podczas odbioru albo transportu odpadów. Ponad połowa regularnie spotyka się z nieprawidłowo przygotowanymi odpadami, a niemal 30 proc. deklaruje kontakt skóry z niebezpieczną zawartością. Co czwarty respondent wskazał również na przypadki zakłuć lub skaleczeń.

Za tymi statystykami kryją się konkretne błędy. Niedomknięty pojemnik na odpady ostre może doprowadzić do wysunięcia się zużytej igły podczas transportu. Przepełniony worek może pęknąć przy przenoszeniu, narażając pracownika na kontakt z materiałem zakaźnym. Zdarzają się także przypadki niewłaściwego zabezpieczenia odpadów zawierających krew lub inne materiały biologiczne, które mogą stanowić źródło zakażenia. To właśnie takie pozornie drobne zaniedbania najczęściej prowadzą do sytuacji niebezpiecznych.

Wnioski płynące z raportu są jednoznaczne. Polski system gospodarowania odpadami medycznymi opiera się na właściwych regulacjach i procedurach, jednak wymaga, aby większy nacisk położyć na edukację oraz konsekwentne stosowanie zasad w codziennej pracy. Szczególne znaczenie mają szkolenia, kontrola jakości segregacji odpadów oraz budowanie świadomości konsekwencji odstępstw od reguł.

Raport pokazuje, że największe zagrożenia nie wynikają z braku wiedzy o procedurach, lecz z niewielkich odstępstw od nich. Dlatego bezpieczeństwo odpadów medycznych powinno być traktowane nie jako formalny obowiązek, lecz element kultury bezpieczeństwa w każdej placówce ochrony zdrowia.



Bezpieczny Odpad

Ogólnopolska
kampania edukacyjna
na rzecz
odpowiedzialnej
segregacji i
zabezpieczania
odpadów medycznych.

Standardy, które chronią ludzi i środowisko

W Polsce wciąż dochodzi do sytuacji, w których odpady medyczne nie są prawidłowo klasyfikowane i zabezpieczane, co stanowi poważne zagrożenie dla zdrowia personelu i skażenia środowiska. Kampania „Bezpieczny odpad” powstała, aby edukować, wspierać dobre praktyki i motywować do działania.



Razem zadbajmy
o bezpieczne postępowanie
z odpadami.

Dołącz już dziś.

www.bezpiecznyodpad.pl

Bez taryfy ulgowej

Lekarze spoza UE pracujący w Polsce na podstawie uproszczonych procedur znaleźli się lub wkrótce znajdą w nowej sytuacji prawnej. Choć Sejm zdecydował o wydłużeniu terminu na przedstawienie certyfikatu językowego do 1 maja 2027 r., prezydent ustawę zawetował (stan na 11 czerwca). Samorząd lekarski podkreśla, że warunkowe PWZ ma charakter nadzwyczajny i nie daje pełnych uprawnień zawodowych. O ograniczeniach, problemach interpretacyjnych i przyszłości lekarzy spoza UE rozmawiam z **dr. n. med. Dariuszem Paluszkiem**, członkiem prezydium ORL w Warszawie.

rozmawiała
DOROTA LEBIEDZIŃSKA



Dużo mówi się od kilkunastu tygodni o lekarzach pracujących w Polsce na warunkowym prawie wykonywania zawodu. Czym właściwie jest ten system?

To rozwiązanie, które zostało wprowadzone w czasie pandemii COVID-19, gdy system ochrony zdrowia potrzebował dodatkowego personelu medycznego. Od 2020 r. lekarze i lekarze dentyści, którzy zdobyli kwalifikacje poza Unią Europejską, mogli uzyskać czasowe

prawo wykonywania zawodu w uproszczonej procedurze. Oznaczało to brak obowiązku nostryfikacji dyplomu, zdawania LEK lub LDEK, odbycia stażu podyplomowego czy potwierdzenia znajomości języka polskiego na etapie uzyskiwania zgody.

Później dodatkowe uproszczenia pojawiły się po wybuchu wojny w Ukrainie, aby umożliwić zatrudnianie lekarzy, którzy przyjechali do Polski jako uchodźcy lub szukali możliwości dalszej pracy zawodowej. Przepisy te od początku miały charakter tymczasowy i kryzysowy.

Samorząd lekarski wielokrotnie krytykował te rozwiązania. Dlaczego?

Nasze zastrzeżenia dotyczyły przede wszystkim bezpieczeństwa pacjentów oraz jakości komunikacji. Brak obowiązkowej znajomości języka polskiego może powodować bardzo poważne problemy w codziennej praktyce medycznej. Lekarz musi przecież rozumieć pacjenta, dokumentację medyczną, procedury, zalecenia czy komunikaty zespołu terapeutycznego. Jako samorząd zwracaliśmy też uwagę na brak jednolitych wymogów dotyczących kwalifikacji zawodowych.

Pojawiały się również sygnały dotyczące problemów komunikacyjnych wpływających na bezpieczeństwo leczenia, między innymi przy ordynowaniu leków czy wydawaniu poleceń personelowi medycznemu. W sytuacjach zagrożenia życia każda nieprecyzyjna informacja może mieć bardzo poważne konsekwencje.

Trzeba pamiętać, że był to system tworzony w warunkach kryzysowych – najpierw pandemicznych, później wojennych. Rozumiemy, dlaczego państwo zdecydowało się wtedy na nadzwyczajne rozwiązania. Jednocześnie dziś coraz

wyraźniej widać potrzebę uporządkowania systemu i przywrócenia jednolitych standardów dotyczących kwalifikacji, języka i bezpieczeństwa pacjentów.

Pojawia się wiele nieporozumień dotyczących specjalizacji lekarzy pracujących w tym trybie. Jak to wygląda formalnie?

Zgodnie z interpretacją Ministerstwa Zdrowia lekarze pracujący na podstawie uproszczonych procedur nie mają w Polsce uznanych tytułów specjalistów. Nawet jeśli dana osoba była specjalistą w swoim kraju, to jej uprawnienia w Polsce nie są automatycznie równoważne z uprawnieniami polskiego specjalisty.

W praktyce oznacza to, że nie mogą być zatrudniani jako specjaliści, nie mogą używać tego tytułu ani być zgłaszani do NFZ jako lekarze specjaliści.

Czy takie osoby mogą prowadzić własną praktykę lekarską albo pracować na kontraktach?

Nie. Zgodnie ze stanowiskiem Naczelnej Rady Lekarskiej lekarze posiadający warunkowe prawo wykonywania zawodu mogą wykonywać zawód wyłącznie w ramach zatrudnienia w podmiocie leczniczym, czyli na przykład w szpitalu lub przychodni. Nie mogą działać jako niezależni przedsiębiorcy ani prowadzić indywidualnej praktyki lekarskiej.

Przepisy wyraźnie posługują się pojęciem „zatrudnienia”, a więc wykonywania pracy pod kierownictwem pracodawcy, w miejscu i czasie przez niego wyznaczonym. W przypadku lekarzy z warunkowym PWZ ma to dodatkowe znaczenie, ponieważ ich praca musi odbywać się pod nadzorem lekarza posiadającego odpowiednie kwalifikacje.

Na czym polega ten nadzór?

Lekarz z warunkowym PWZ wykonuje świadczenia pod opieką lekarza specjalisty albo lekarza posiadającego co najmniej II stopień specjalizacji. W przypadku lekarzy bez specjalizacji taki obowiązek może trwać nawet do pięciu lat. Z kolei lekarze posiadający zagraniczny tytuł specjalisty muszą pozostać pod nadzorem co najmniej przez trzy miesiące.

To pokazuje, że ustawodawca od początku zakładał ograniczoną samodzielność tych osób. A skoro model pracy opiera się na nadzorze i podporządkowaniu organizacyjnym, to trudno jednocześnie mówić o możliwości prowadzenia niezależnej działalności leczniczej.

Największe emocje budzi dziś jednak obowiązek przedstawienia certyfikatu językowego. Kogo dotyczą te przepisy?

Lekarzy i lekarzy dentyistów, którzy uzyskali zgodę na wykonywanie zawodu w uproszczonych trybach na podstawie wniosków złożonych do 24 października 2024 r. Chodzi m.in. o osoby posiadające warunkowe PWZ, mające określony zakres czynności zawodowych albo zatrudnione na podstawie przepisów covidowych czy uchodźczych.

Dokument poświadczający znajomość języka polskiego na poziomie co najmniej B1 miał zostać przedstawiony do 1 maja 2026 r. pod rygorem utraty prawa wykonywania zawodu.

Ale Sejm zdecydował o wydłużeniu tego terminu?

Tak. Sejm uchwalił przepisy wydłużające termin do 1 maja 2027 r. Zmiana została dodana podczas prac nad nowelizacją ustawy o chorobach zakaźnych. Zgodnie z tymi przepisami osoby, które nie przedłożyły dokumentu językowego do 1 maja 2026 r., miały nie utracić automatycznie prawa wykonywania zawodu. Ustawa została zawetowana przez prezydenta, bardzo prawdopodobne zatem, że jednak nie wejdzie w życie.

Rozumiem, że decyzja Sejmu nie była dobrym krokiem. Dlaczego?

To jedynie odroczenie terminu, a nie rozwiązanie problemu. Prędkiej czy później wszyscy lekarze wykonujący zawód w Polsce będą musieli spełniać określone wymagania dotyczące kwalifikacji i znajomości języka. Wydłużenie czasu może pomóc części osób w dostosowaniu się do obowiązujących standardów, ale nie zmienia podstawowej zasady: wykonywanie zawodu lekarza wiąże się z ogromną odpowiedzialnością za zdrowie i życie pacjentów. Dlatego nie może być tu taryfy ulgowej ani wyjątków od

standardów, które obowiązują wszystkich lekarzy pracujących w Polsce.

Jak duża jest skala problemu?

Według informacji przekazanych przez Naczelną Izbę Lekarską do tej pory wygaszono warunkowe prawa wykonywania zawodu ponad 200 lekarzom, a w wielu kolejnych przypadkach nadal trwają postępowania administracyjne.

Szacuje się, że problem może dotyczyć ok. 800–1000 lekarzy, którzy nie dostarczyli do izb lekarskich dokumentów potwierdzających znajomość języka polskiego na poziomie B1.

Jednocześnie według danych „Pulsu Medycyny” z uproszczonych procedur niewymagających znajomości języka polskiego korzysta obecnie w Polsce ponad 2300 lekarzy i ponad 1000 lekarzy dentyistów.

Czy samorząd lekarski nie obawia się, że wygaszanie uprawnień doprowadzi do paraliżu systemu ochrony zdrowia?

Nie. Lekarze pracujący w uproszczonym trybie stanowią stosunkowo niewielki odsetek wszystkich medyków wykonujących zawód w Polsce. Placówki ochrony zdrowia powinny być w stanie dostosować organizację pracy do tych zmian.

Natomiast cała sytuacja pokazuje chaos legislacyjny i brak odpowiednio wczesnych działań ze strony resortu zdrowia. Zmiany dotyczące języka i zasad wykonywania zawodu były przewidywalne od dawna, a mimo to przez długi czas brakowało jasnych i jednolitych procedur.

Co zatem czeka lekarzy z Ukrainy w najbliższych latach?

Nie mogą już ubiegać się o warunkowe PWZ w Polsce, a wszystkie decyzje wydane w tym trybie wygasną najpóźniej 24 października 2029 r. Aby dalej pracować w Polsce, będą musieli przejść standardową ścieżkę uzyskiwania prawa wykonywania zawodu – czyli nostryfikację dyplomu, zaliczenie egzaminów i odbycie stażu albo uzyskanie zgody Ministerstwa Zdrowia na uznanie dotychczasowej pracy jako równoważnika stażu. ●

Przyszłość stomatologii zaczyna się dziś

Oddajemy ten numer „Pulsu” do druku jeszcze przed rozpoczęciem X Mazowieckich Spotkań Stomatologicznych. Jubileuszowa edycja konferencji odbędzie się 19–21 czerwca 2026 r. w Hotelu Narvil w Serocku.

Hasło tegorocznych Mazowieckich Spotkań Stomatologicznych – „Przyszłość zaczyna się dziś” – podkreśla tempo zmian zachodzących we współczesnej stomatologii. Jak zaznacza dr n. med. Dariusz Paluszek, nowoczesne technologie mają największą wartość wtedy, gdy przekładają się na bezpieczeństwo pacjenta, przewidywalność leczenia i wysoką jakość codziennej praktyki klinicznej.

Program jubileuszowej edycji obejmuje wykłady, sesje eksperckie, kursy praktyczne i debaty poświęcone najważniejszym wyzwaniom współczesnej stomatologii. W centrum uwagi znajdują się m.in. cyfrowe projektowanie leczenia, sztuczna inteligencja w diagnostyce, implantologia, ortodoncja, stomatologia dziecięca oraz gerostomatologia. Konferencję otwiera wykład dr n. med.

Marcina Aluchny dotyczący biomimetycznej odbudowy rozległych ubytków.

Jednym z punktów programu są sesje przygotowane przez towarzystwa naukowe. Polskie Towarzystwo Stomatologii Dziecięcej pod kierownictwem prof. dr hab. n. med. Doroty Olczak-Kowalczyk skupia się na leczeniu najmłodszych pacjentów, w tym dzieci w spektrum autyzmu, oraz problemach związanych z MIH. Polskie Towarzystwo Stomatologii Geriatrycznej porusza zagadnienia terapii pacjentów starszych i wielochorobowych. Po raz pierwszy własną sesję przygotowało także Polskie Towarzystwo Periodontologiczne pod kierownictwem prof. dr hab. n. med. Elżbiety Dembowskiej.

Wykład prof. dr hab. n. med. Kazimierza Szopińskiego poświęcony jest natomiast nowoczesnej diagnostyce

obrazowej, w tym wykorzystaniu CBCT, i sztucznej inteligencji. Jak podkreśla lek. Grzegorz Kwitkiewicz, rozwiązania cyfrowe pozwalają dziś planować leczenie bardziej przewidywalnie i osiągać trwalsze efekty terapeutyczne.

Ważnym elementem wydarzenia są również debaty z udziałem przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia, NFZ, konsultantów krajowych i samorządu lekarskiego.

Co ważne, uczestnicy konferencji zdobywają 25 punktów edukacyjnych, w tym obowiązkowe punkty radiologiczne. MSS pozostają jednak przede wszystkim miejscem wymiany doświadczeń i budowania nowoczesnej stomatologii opartej na wiedzy, technologii i współpracy.

Pełną relację z wydarzenia opublikujemy w numerze wrześniowym. ●

ORGANIZATORZY



PARTNER ZŁOTY



PARTNER SREBRNY



PARTNER BRĄZOWY



WYSTAWCY



PATRONI



PATRONI MEDIALNI



Pierwsza praca: sieciówka?



ANNA PRAWDZIK
Zespół Młodych Lekarzy Dentystów
Komisji ds. Lekarzy Dentystów

Model pracy młodych lekarzy dentystów coraz częściej opiera się na strukturach korporacyjnych dużych sieci gabinetów, co wynika ze zmian na rynku usług medycznych i rosnącej ich popularności.

Spojrzenie na autonomię, odpowiedzialność i granice decyzji klinicznych weryfikowane są w warunkach zorganizowanego systemu. Dla wielu absolwentów korporacja medyczna staje się pierwszym miejscem pracy, a więc także miejscem kształtowania się poczucia tożsamości zawodowej.

Model korporacyjny opiera się na przewidywalności, standaryzacji i skalowalności. Przyjmowane są wskaźniki, które na podstawie mierzalnych danych opisują mając świadczone usługi, co pozwala na doskonalenie i poprawę wyników. Istotnym aspektem jest zakres zbieranych danych i ich wykorzystanie. Badanie satysfakcji pacjentów, liczba wizyt zakończonych wystawieniem zwolnienia lekarskiego i rentowności sprzętu to zbiory danych, z których każdy ma inny cel i założenia. W kontekście stomatologii badania publikowane m.in. na łamach „British Dental Journal” analizują zagadnienie jej korporatyzacji, odnosząc się do szerszej teorii makdonaldyzacji George’a Ritzera, która skupienie na mierzalności, wydajności czy przewidywalności procesów zestawia z ryzykiem ich odczłowieczania.

W kontekście medycyny opartej na relacji lekarz – pacjent model korporacyjny wydaje się raczej systemem zaadaptowanym na potrzeby zarządzania

rozbudowaną organizacją czy podejścia biznesowego niż wynikającym z charakteru pracy lekarza. Z zamysłu lekarz podejmuje decyzje autonomicznie, sam też odpowiada za nie zarówno prawnie, jak i w kategoriach etyki i moralności. Każdy pacjent wymaga indywidualnego podejścia, innego czasu trwania wizyty czy częstości wizyt kontrolnych. Mierzalne aspekty procesu terapeutycznego mogą służyć budowaniu systemu, który je uwzględni i odpowie na potrzeby pacjentów i lekarzy, szczególnie uważnej analizy wymagać może jednak sytuacja, w której monitoring jakości to swoisty nadzór organizacyjny. Ważne znaczenie może mieć obecność lekarzy w zarządzie takich organizacji.

Praca dla dużych sieci gabinetów może zachęcać jako możliwość pracy klinicznej bez konieczności skupiania się na kwestiach lokalowych, sprzęcie, puli pacjentów czy marketingu. Ograniczenie odpowiedzialności w tych zakresach może dawać więcej przestrzeni na rozwój zawodowy, który na początku kariery stanowi priorytet. Ograniczona dostępność szkolenia specjalizacyjnego dla lekarzy dentystów, wysoki próg wejścia w kontekście prowadzenia własnego gabinetu i fakt, że nie każdy ma możliwość podjęcia współpracy z konkretnym gabinetem opartej na mentoringu sprawiają,

że praca dla sieci gabinetów nierzadko stanowi pierwsze miejsce po stażu podyplomowym. Takie placówki to może być także praca w wielu lokalizacjach, presja czasu, mniejsze poczucie autonomii oraz ograniczone możliwości budowania własnej marki zawodowej. To również lista pacjentów przypisanych na dany dzień, z którą lekarz zapoznaje się dopiero na początku dyżuru. Często są to osoby, które nie pozostają pod jego stałą opieką, lecz korzystają z usług w ramach abonamentu lub określonej organizacji, co wpływa na charakter relacji lekarz – pacjent oraz ogranicza jej ciągłość.

Budowanie tożsamości zawodowej i poczucia sprawczości młodego lekarza zwykle opiera się na efektach leczenia, relacji z pacjentem czy świadomości podnoszenia własnych kompetencji. Lekarze pracujący na początku kariery w modelu korporacyjnym mogą także zetknąć się z efektami analizy danych zbiorczych dotyczących swojej pracy nie tylko w aspekcie ocen pacjentów, ale też przy ocenie wydajności, generowania obrotu czy „utrzymania pacjenta”. Funkcjonowanie w takim systemie kryteriów i ocen, zwłaszcza na początku drogi zawodowej, może też zwrócić uwagę na zmiany aspektów, które są zauważane przez lekarza i na których się skupia w dalszym rozwoju.

Napięcie między autonomią w postępowaniu klinicznym a świadomością nadzoru organizacyjnego, komercjalizacja usług medycznych, konkurencja, brak przynależności do konkretnego miejsca czy puli pacjentów to wyzwania, z którymi mierzy się wielu młodych lekarzy dentystów. Zmieniają się warunki wykonywania zawodu, definiowania sukcesu zawodowego i budowania tożsamości zawodowej. Świadczenia medyczne są widziane i traktowane także jako usługi medyczne zarówno przez organizacje, jak i samych pacjentów. Sieci medyczne i stomatologiczne stają się istotną na rynku alternatywą dla prowadzenia własnych praktyk. Zmienia się tym samym sposób myślenia o zawodzie, a efekty korporatyzacji w stomatologii mogą być obserwowalne nie tylko na poziomie organizacji pracy, ale także w tym, jakich lekarzy i jakie spojrzenie na zawód będzie kształtował ten model w perspektywie kolejnych dekad. ●

Odkryj nową generację soniczności od Philips Sonicare



Philips Sonicare – elektryczna szczoteczka soniczna do zębów z aplikacją*

Sprawdź ofertę na www.zamowszczoteczkesoniczna.pl

Elektryczna szczoteczka soniczna Philips Sonicare, zestaw HX7428/02

Szczoteczka soniczna Philips Sonicare 7100 jest wyposażona w technologię soniczną nowej generacji, 4 programy czyszczenia, 3 poziomy intensywności i czujnik siły nacisku. Zestaw zawiera etui podróżne i podstawkę ładującą. Sprawdź ofertę na www.zamowszczoteczkesoniczna.pl

Nowa generacja soniczności to:

- Unikalny, **ultrawrażliwy czujnik** optyczny kontroluje siłę nacisku dla pewności, że za każdym razem skutecznie i bezpiecznie doczyszczasz zęby.
- Laserowo zespojony napęd zapewnia **precyzję, cichą pracę i trwałość**.
- **Aż 21 dni pracy** na pełnym ładowaniu.

* aplikacja dostępna z wybranymi modelami

W zestawie:

Końcówka A3 Premium All-in-One

Jedna końcówka. Kompleksowa pielęgnacja

- do 20x mniej płytki bakteryjnej¹,
- do 10x zdrowsze dziąsła²,
- do 100 proc. mniej przebarwień³.

Końcówka G3 Premium Gum Care

- Skuteczne doczyszczenie, bezpieczeństwo dla dziąseł.
- Do **7x zdrowsze dziąsła** w 2 tygodnie⁴.

Końcówka S Sensitive

- Delikatne i skuteczne czyszczenie wrażliwych zębów i dziąseł.
- Do 10x mniej płytki bakteryjnej⁵.

Pamiętaj o tym, że **wszystkie nasze końcówki pasują do wszystkich szczoteczek Philips Sonicare**. Dla najlepszych efektów wymieniaj co 3 miesiące.



1. W porównaniu ze szczoteczką manualną z końcówką A3 Premium All-in-One; w programie czyszczenia Clean.
2. W porównaniu ze szczoteczką manualną; w ciągu 6 tygodni z końcówką A3 Premium All-in-One; w programie czyszczenia Clean.
3. W badaniu laboratoryjnym i w porównaniu ze szczoteczką manualną; w programie czyszczenia Clean.
4. Philips Sonicare w programie czyszczenia Gum Health; w porównaniu ze szczoteczką manualną, na podstawie wskaźnika krwawień dziąseł (GBI) w ciągu 2 tygodni.
5. W porównaniu ze szczoteczką manualną.

PHILIPS sonicare

Odkryj nową
generację soniczności
od Philips Sonicare



Feel the Care

OpenAI chwali się dokładnością AI w testach, a „Nature” pyta: *gdzie są dowody?*



ARTUR OLESCH
dziennikarz

Najpierw badanie kliniczne, potem publikacja naukowa, a na koniec walidacja w praktyce i analiza wpływu na wyniki leczenia – to obowiązujący standard oceny urządzeń medycznych.

Ponieważ ta miara nie sprawdza się w przypadku modeli AI, firmy AI forsują nowe podejście do oceny wydajności w czasie rzeczywistym oparte na tzw. testach porównawczych (ang. benchmark). Konflikt narasta, a oliwy do ognia dolewają niedopasowane do AI regulacje.

AI JAK EGZOTYCZNE ROZWIĄZANIA. MIARĄ STWORZONĄ DLA JABŁEK MIERZYMY ANANASY

Od kilku miesięcy pogłębia się spór dotyczący zastosowania AI w medycynie, który można podzielić na trzy

akty. 21 kwietnia br. redakcja „Nature Medicine” opublikowała artykuł wzywający firmy AI do przedstawiania realnych dowodów na wartość kliniczną modeli sztucznej inteligencji stosowanych w medycynie. Dwa dni później OpenAI zaprezentowało ChatGPT for Clinicians (dla Lekarzy) oraz tzw. HealthBench – system oceny modeli AI oparty na pomiarze ich skuteczności z wykorzystaniem testów na realistycznych przypadkach klinicznych.

Kilka dni później OpenEvidence – platforma AI pozwalająca lekarzom uzyskiwać oparte na najnowszej literaturze naukowej odpowiedzi na pyta-

nia medyczne – wycofał się z rynku UE i Wielkiej Brytanii. Można by ten fakt zignorować, gdyby nie liczby. W USA z bezpłatnego OpenEvidence korzysta już 860 tys. licencjonowanych lekarzy (40 proc.), co czyni je najpopularniejszym narzędziem wspomagania decyzji klinicznych. Nie bez powodu: model trenowany jest wyłącznie na recenzowanej literaturze naukowej, a firma współpracuje m.in. z „New England Journal of Medicine” oraz American Medical Association.

Problem nie jest nowy. Obecne prawo, w tym m.in. europejska regulacja ds. urządzeń medycznych (Medical De-

vices Regulation, MDR), zupełnie nie nadaje się do oceny systemów generatywnej AI. Przykładowo, ChatGPT dla Lekarzy (nieдоступny w Polsce), podobnie jak OpenEvidence, jest systemem dynamicznym. Model uczy się i zmienia praktycznie z każdym nowym zapytaniem. Tymczasem dostępne przepisy były projektowane do statystycznych urządzeń medycznych, czyli takich, które raz zaprojektowane miały tę samą funkcjonalność przez lata. Na tej zasadzie bazuje też *evidence-based medicine* – lekarz może korzystać z urządzeń, które przeszły przez badania kliniczne, i podejmować decyzje dotyczące leczenia pacjenta wyłącznie na podstawie aktualnych, wiarygodnych i rzetelnych badań naukowych.

Ale co, jeśli teraz skuteczność modeli AI można mierzyć w czasie rzeczywistym? Czy wysokie wskaźniki wydajności, dokładności i bezpieczeństwa wystarczą, aby zaufać modelowi AI i nie czekać na jego oficjalną certyfikację według starych zasad (której może się nie doczekać, bo prawo nie nadała za AI)?

„NATURE” NA STRAŻY STARYCH ZASAD: AI MUSI BYĆ OCENIANE JAK LEK ALBO WYRÓB MEDYCZNY

Artykuł „Show us the evidence for the value of medical AI” (Pokażcie nam dowody na to, że sztuczna inteligencja w medycynie ma wartość) opubli-

kowany przez „Nature Medicine” został odebrany przez część środowiska jako próba ochrony starych zasad. Redakcja podkreśla jednak, że nie jest przeciwko AI, a narzędzia oparte na sztucznej inteligencji są już obecne na wszystkich poziomach systemu ochrony zdrowia, od modeli predykcyjnych i systemów wsparcia decyzji klinicznych po generatywne chatboty używane przez lekarzy i pacjentów.

Problemem jest jednak brak dowodów na realny wpływ tych systemów na wyniki pacjentów. A to powoduje, że technologie wdrażane są często z zachwytem, a nie na podstawie obiektywnej i rzetelnej oceny ich skuteczności i korzyści.

Autorzy zwracają uwagę, że wiele publikacji dotyczących AI skupia się na dokładności modelu, np. w egzaminach lekarskich, benchmarkach (testach porównawczych) albo symulowanych zadaniach, zamiast na tym, czy pacjent rzeczywiście odniesie korzyść z zastosowania modelu AI. „Nature Medicine” podkreśla, że skuteczność AI powinna być oceniana proporcjonalnie do ryzyka i wpływu klinicznego danego rozwiązania, co oznacza konieczność walidacji zewnętrznej, badań implementacyjnych i prospektywnych oraz analizy wpływu na procesy, bezpieczeństwo i wyniki leczenia.

To nie przypadek, że tekst został opublikowany właśnie teraz. Szybko

rośnie wykorzystanie generatywnej AI w medycynie. Według danych OpenAI z ChatGPT Zdrowie każdego dnia korzysta 40 mln pacjentów. Wersja dla lekarzy – czyli ChatGPT for Clinicians – także szybko zyskuje na popularności, i to nawet jeśli nie posiada statusu wyrobu medycznego ani pełnej walidacji klinicznej w rozumieniu klasycznych standardów *evidence-based medicine*.

To nie wszystkim się podoba. „Nature Medicine” przypomina, że medycyna od dekad opiera się na jasno zdefiniowanych standardach dowodowych. Niezależnie od tego, czy chodzi o nowy lek, urządzenie medyczne, czy algorytm AI, wymagane są dowody bezpieczeństwa, skuteczności i wpływu klinicznego. AI nie powinno być wyjątkiem od tej zasady tylko dlatego, że rozwija się szybciej niż tradycyjne technologie medyczne.

HEALTHBENCH. CZY OPENAI CHCE STWORZYĆ KONKURENCYJNY MODEL OCENY AI?

OpenAI nie ma zamiaru biernie czekać na rozwój prawa, tylko chce je współtworzyć. Stąd też HealthBench, czyli test porównawczy dla modeli AI – system oceny wydajności i dokładności modeli AI. Zawiera on 5 tys. wieloetapowych scenariuszy rozmów lekarza z pacjentem opartych na prawdziwych przypadkach klinicznych. Test obejmuje konsultacje z pacjentem, tworzenie do-

medlex.

BENEFITY MOTORYZACYJNE DLA GRUP ZAWODOWYCH

- Doradztwo
- Finansowanie
- Ubezpieczenie



ZESKANUJ I ZAPISZ
KONTAKT

WWW.MEDLEX.CARE



fot. licencja OIL w Warszawie

kumentacji oraz wyszukiwanie i interpretację dowodów klinicznych. Prawidłowa procedura dla każdego przypadku została opracowana przez lekarzy.

Jest to o wiele bardziej wymagający test niż sprawdzanie dokładności modelu, np. na pytaniach egzaminacyjnych na studiach medycznych, co było nadużywane, ale w zasadzie niewiele mówiło o dokładności AI. Nawet ChatGPT uzyskuje już ponad 90-proc. dokładność odpowiedzi, a kiedy halucynuje, potrafi wprowadzić pacjenta w błąd.

HealthBench oprócz poprawności odpowiedzi mierzy też bezpieczeństwo decyzji z punktu widzenia leczenia pacjenta oraz sposób komunikacji z chorym i zgodność z rekomendacjami oraz ścieżkami diagnostycznymi. OpenAI podkreśla, że benchmark dokładnie odzwierciedla sposób podejmowania decyzji przez lekarzy. Zaletą jest też możliwość testowania modelu AI na bieżąco, w czasie rzeczywistym. W efekcie wydajność modelu można zmierzyć tu i teraz. W przypadku klasycznych badań

klinicznych wynik jest wynikiem w chwili przeprowadzenia badania, czyli czasami sprzed miesiąca albo nawet lat. W tym czasie model AI może być już zupełnie inny niż w momencie przeprowadzenia badania.

ChatGPT dla Lekarzy i OpenEvidence chwala się dobrymi wynikami w testach porównawczych. Przykładowo, GPT-5.4 w wersji ChatGPT dla Lekarzy uzyskał wynik 59,0 pkt w teście HealthBench Professional. Lekarze osiągnęli średnio 43,7 pkt – i to mimo że mieli nieograniczony czas i dostęp do internetu.

Benchmark to jednak komercyjna skala, a Europa ma swoje twarde przepisy, które blokują drogę wielu nowym rozwiązaniom AI. To właśnie dlatego pod koniec kwietnia OpenEvidence wycofał swoją platformę z Unii Europejskiej i Wielkiej Brytanii, tłumacząc decyzję *rosnącą niepewnością regulacyjną dotyczącą systemów AI*. Chodzi o niejasności wokół EU AI Act oraz klasyfikacji systemów wspierających decyzje kliniczne – a takim według prawa unijnego jest OpenEvidence – jako systemów wysokiego ryzyka. Oznacza to konieczność spełnienia dodatkowych wymogów dotyczących przejrzystości działania modelu, walidacji klinicznej, monitorowania po wdrożeniu, zarządzania ryzykiem i odpowiedzialności prawnej.

Tych wymagań OpenEvidence nie spełnia i raczej szybko ich nie spełni, bo firma po prostu nie postrzega swojego rozwiązania jako urządzenia medycznego. Zresztą nie musi, bo w USA może swobodnie działać, podobnie jak w wielu innych państwach na świecie. Nawet bez rynku europejskiego firma radzi sobie dobrze. Jej wartość wyceniana jest na 12 mld dol.

CO TO OZNACZA DLA PLACÓWEK ZDROWIA I LEKARZY?

Spór pozostaje nierozwiązany, a placówki zdrowia mają dylemat: kiedy model AI to już urządzenie medyczne? Kiedy wystarczą świetne wyniki testów porównawczych, a kiedy jednak

konieczne są badania naukowe? Czy wolno stosować rozwiązania takie jak OpenEvidence w procesie podejmowania decyzji klinicznych?

No i jeszcze jedno pytanie: skoro narzędzia wspierające decyzje kliniczne (także uzupełnione o AI), już stosowane przez szpitale, są klasyfikowane jako „rozwiązania do przeglądania literatury medycznej” albo „informacyjne”, a nie jako urządzenia medyczne, to dlaczego nie można stosować AI? Powód jest prosty: regulacje nie nadążają za AI.

Trzeba też wziąć pod uwagę, że wysoka skuteczność modelu w testach porównawczych nie zawsze przekłada się na bezpieczeństwo leczenia. Duża część środowiska medycznego podkreśla różnicę między „wydajnością” a „dowodami klinicznymi”. Benchmark może sugerować, że model dobrze radzi sobie w określonych scenariuszach testowych. Nie zmienia to faktu, że benchmark nie daje żadnej odpowiedzi na pytanie,

czy model poprawia wyniki pacjentów, zmniejsza liczbę błędów albo zwiększa bezpieczeństwo terapii.

Pojawiają się pierwsze badania, które podważają wiarygodność optymistycznych wyników z testów porównawczych. Przykładowo „ChatGPT Health performance in a structured test of triage recommendations” (Wyniki ChatGPT Health w ustrukturyzowanym teście dotyczącym zaleceń w triażu). Wynika z niego, że w przypadkach wymagających pilnej pomocy ChatGPT Zdrowie takiej nie zalecał w 51,6 proc. przypadków. Model kierował pacjentów z potencjalnie zagrażającymi stanami zdrowia, takimi jak kwasica ketonowa czy rozwijająca się niewydolność oddechowa, do konsultacji w ciągu 24–48 godz. zamiast na SOR.

Rozwiązania AI utknęły w szarej strefie. Testy porównawcze nie pokazują całej prawdy, a obecny system weryfikacji opóźnia oficjalne dopuszczenie

nowych technologii do użytku. Tymczasem wiele rozwiązań AI, takich jak OpenEvidence, znacznie ułatwia pracę lekarzom. Nic dziwnego, że ci coraz częściej sięgają po nie nieoficjalnie, na własnych smartfonach – zjawisko doczekało się już nawet osobnego określenia: *shadow AI* (AI w cieniu).

Wiele narzędzi AI obiecuje korzyści, które rozbijają się o praktykę kliniczną, ale i tak mogą bardzo pomóc w opiece nad pacjentami. Komisja Europejska już dostrzegła ten problem i pracuje nad uproszczeniem zasad EU AI Act.

W planach jest m.in. przesunięcie terminu wejścia przepisów dla AI wysokiego ryzyka z 2 sierpnia 2026 r. na 2 grudnia 2027 r. Niezależnie od tego benchmark nie jest miarą, którą powinni się kierować lekarze, bo to komercyjny system oceny. I nie zmienia tego fakt, że klasyczna medycyna oparta na faktach też nie oferuje adekwatnych narzędzi. ●

 **HONDA**

RAWSKI GROUP
Warszawa - Marki

Nowy

HR-V

 **HEV**

Już od

124 900 zł

Skorzystaj z oferty dla lekarzy.
Dodatkowe 5% rabatu!



Honda Rawski Group
ul. Majora Billa 2b, Marki k. Warszawy
22 262 0004 | salon@rawski-honda.pl



Promocja dotyczy modeli Honda HR-V e:HEV z roku produkcji 2026 i obowiązuje od 13.05.2026 r. do 30.06.2026 r. lub do wyczerpania zapasów z roku produkcji 2026. Rabat w wysokości 10.000 złotych jest gwarantowany i jest naliczany od ceny obowiązującej u sprzedawcy w dniu sprzedaży. Najniższa cena z 30 dni przed obniżką wynosiła 134 900 zł brutto. Możliwość przedłużenia ochrony gwarancyjnej do 8 lat lub 160.000 km (w zależności od tego co nastąpi wcześniej) dotyczy pojazdów wyprodukowanych w 2026 r. i które zostały zakupione 01 kwietnia 2026 r. lub później.

Zdrowie bezdromnych

Bezdromność kojarzy się z brakiem: domu, pieniędzy, jedzenia... Niewiele jednak mówi się o niej w kategorii zdrowia. A przecież bezdromni, jak wszyscy, chorują i potrzebują leczenia. W Warszawie mogą na nie liczyć w nowo otwartej przychodni Stowarzyszenia „Jesteśmy Nadzieją”. O placówce rozmawiam z **Anną Podrażką-Szczepaniak**, lekarką i prezeską stowarzyszenia, **Agnieszką Fill**, pielęgniarką, wiceprezeską i jednocześnie kierowniczką przychodni, oraz **Aldoną Machnowską-Górką**, zastępczynią prezydenta m.st. Warszawy.

ALEKSANDRA SOKALSKA

Budynek przy ul. Stawki 27, w którym znajduje się przychodnia, przeszedł generalny remont. We wcześniej mieściło się w nim schronisko dla kobiet i samotnych matek z dziećmi prowadzone przez Fundację „Domy Wspólnoty Chleb Życia”, na której czele stoi siostra Małgorzata Chmielewska, znana polska społeczniczka. – *Kiedy fundacja dostała działkę od Warszawy, na której miało powstać nowe schronisko, zaczęliśmy intensywnie myśleć o tym, by budynek przy Stawki wyremontować i przeznaczyć na podobną działalność* – mówi Aldona Machnowska-Góra. – *Siostra Chmielewska także wyraziła taką prośbę, by w miarę możliwości budynek służył podobnym celom, czyli by przeniosła się tutaj poradnia dla bezdromnych* – wyjaśnia Anna Podrażka-Szczepaniak. – *To jedna z tych sytuacji, w których wszy-*

scy są zgodni co do celu i przeznaczenia – podsumowuje zastępczyni prezydenta m.st. Warszawy.

SPEKTAKULARNA ZMIANA WARUNKÓW

Do tego czasu przychodnia dla bezdromnych prowadzona od ponad 30 lat przez Stowarzyszenie „Lekarze Nadziei” (z którego narodziło się Stowarzyszenie „Jesteśmy Nadzieją”) mieściła się przy Wolskiej 172. – *To były stare baraki, oczywiście przystosowane do funkcjonowania punktu medycznego, ale naprawdę stare. Podarowane 30 lat temu przez budowniczych pierwszej linii metra, w tej chwili mają już 50 lat* – wspomina Agnieszka Fill i dodaje: – *100 metrów kwadratowych, trzy małe gabinety. W lato było gorąco, w zimę – zimno. Bardzo trudne warunki. Jednak kiedy przychodził do nas sanepid, zawsze*

był bardzo pozytywnie zaskoczony, że w tak trudnych warunkach można tak dobrze prowadzić podmiot medyczny.

SIŁA DARCZYŃCÓW

Jak się można domyślić, wiadomość, że z takiego miejsca przychodnia przeniesie się do wyremontowanego przez stolicę budynku i zajmie całe pierwsze piętro, wzbudziła ogromną radość. Stowarzyszenie podpisało z miastem umowę użyczenia 16 stycznia br.

Od stycznia przy ul. Stawki 27 zaczęła też działać świetlica finansowana przez jednostkę miejską Warszawskie Centrum Integracji „Integracyjna Warszawa”. Na remont miasto przeznaczyło ok. 3,5 mln zł. – *Trzeba pamiętać, że remont nie dotyczył tylko budynku, ale też jego otoczenia. Poza tym Warszawskie Centrum Integracji finansuje w tym miejscu działania dla osób w kryzysie bezdromności* – wyjaśnia Aldona Machnowska-Góra. W budynku są zapewnione ciepłe napoje, jest możliwość ogrzania się zimą i ochłodzenia w upalne dni, bezdromni mogą skorzystać z podręcznej biblioteczki lub wziąć udział w różnych formach terapii. Można tu także wyprać lub wymienić odzież i skorzystać z sanitariatów. Wieść o nowym miejscu szybko rozszła się wśród osób w kryzysie bezdromności (informacje o nim są dystrybuowane m.in. przez streetworkerów, w schroniskach, noclegowniach, a także poprzez straż miejską). To sprawiło, że już w pierwszym tygodniu skorzystało z niego aż 156 osób w kryzysie bezdromności (w Warszawie jest ich 2104). Dla stowarzyszenia odnowiony budynek był dopiero pierwszym krokiem. Drugim, niemniej ważnym, było medyczne wyposażenie. – *Musieliśmy*



fot. A. Sokalska

jak najszybciej poszukać sponsorów, by móc przyjmować pacjentów – tłumaczy prezeska. I wówczas z ogromną pomocą ruszyła Fundacja Medicover, która znajdowała darczyńców i sama kupowała wyposażenie. Fotel ginekologiczny przekazało Centrum Medyczne Żelazna, poza tym do przychodni trafiły sprzęty do pomiaru ciśnienia, EKG, spirometrii, które zostały podarowane przez Fundację WOŚP już wiele lat temu. W ten sposób w ciągu zaledwie kilku miesięcy udało się wyposażyć sześć gabinetów lekarskich: zabiegowy, internistyczny, okulistyczny, stomatologiczny, laryngologiczny oraz ginekologiczny. W przychodni bezdom-

ni pacjenci mogą wykonać m.in. USG narządów wewnętrznych, USG Doppler, echo serca, EKG, raz w tygodniu wykonywane są także badania diagnostyczne dzięki wolontariackiej umowie z Laboratorium Medycznym Synevo.

Ważne jest również to, że dzięki dostępnym sanitariatom pacjenci przed wizytą lekarską mogą wziąć prysznic – to dla nich (a także dla lekarzy!) ogromny komfort.

Oficjalne otwarcie przychodni odbyło się 12 maja, a przyjęcia pierwszych pacjentów rozpoczęły się tydzień później. – *Nasza nowa przychodnia jest naprawdę wyjątkowa. Śmiejemy się, że przez 30 lat przyjmowania bezdom-*

nych przy Wolskiej nie było u nas tylu delegacji co w ciągu pierwszego tygodnia działalności w nowych murach. Odwiedziły nas już dwie delegacje europejskie – mówi prezeska i dodaje, że zagraniczni goście są zadziwieni skalą i jakością wolontariatu oraz faktem, że można tak świetnie zorganizować wolontariacką pomoc dla ludzi w kryzysie bezdomności.

LEKARZE POSZUKIWANI

W przychodni pracują lekarze wolontariusze. Obecnie to 28 lekarzy różnych specjalizacji. Są interniści, chirurdzy, ortopeda, stomatolodzy, reumatolog, endokrynolog, diabetolog, kardiolog, psychiatra i psycholodzy, neurolog, dermatolog, otolaryngolog oraz położna. Wszyscy pracują za darmo, świadcząc pomoc lekarską dla bezdomnych. – *To ewenement* – podkreśla prezeska. – *Na świecie oczywiście są lekarze, którzy pracują wolontariacko, ale zwykle nie są skupieni w jednym zorganizowanym miejscu, takim jak nasza przychodnia.*

Lekarzy przyjmujących w placówce jest sporo, ale potrzeba jeszcze więcej, bo każdy pomaga tyle, ile swojego wolnego czasu jest w stanie poświęcić. Przychodnia z otwartymi rękami czeka jeszcze m.in. na pulmonologa, okulistę i przede wszystkim na ginekologa. – *Co prawda w naszej bazie jest tylko ok. 20 proc. kobiet, ale one mają niezwykle trudną sytuację. Dla nich każda menstruacja to skrajnie ciężkie doświadczenie – ograniczony dostęp do toalety i środków higienicznych może powodować różne komplikacje* – tłumaczy Agnieszka Fill.

CHĘĆ POMAGANIA

Nie ma co ukrywać – lekarska praca wolontariacka nie jest dla każdego. Anna Podrażka-Szczepaniak tłumaczy, że lekarze decydujący się na przyjmowanie bezdomnych muszą charakteryzować się konkretnymi cechami osobowości, muszą chcieć pomagać innym i mieć specyficzną empatię. – *Trzeba pamiętać, że osoby w kryzysie bezdomności są trudnymi pacjentami, często uzależnionymi od alkoholu czy narkotyków* – wyjaśnia Agnieszka Fill. – *To pacjenci, którzy niekoniecznie będą wypełniać nasze zalecenia, np. odstawią alkohol* –



ZGŁOSZENIA DO PRACY

Przychodnia działa od poniedziałku do piątku w godz. 9–15. Aktualnie poszukuje lekarzy wolontariuszy:

- pulmonologa,
- okulisty,
- ginekologa,
- internisty,
- psychiatry.

Jeśli chcesz włączyć się w działania przychodni, zapraszamy do kontaktu w godz. 9–15 pod nr. tel.:

- 794 502 402,
- 22 836 81 82.

dopowiada prezeska i podkreśla: – *Musimy mieć ogromne pokłady cierpliwości i nie oceniać. Bo nigdy nie wiemy, jaka historia kryje się za danym pacjentem i co spowodowało, że znalazł się w tak trudnej sytuacji.* Jako przykład Anna Podrażka-Szczepaniak wspomina początki swojego wolontariatu, kiedy udzielała pomocy wielu młodym bezdomnym. – *To byli dwudziestoparolatkowie, właściwie jeszcze dzieciaki po domach dziecka, które już na starcie miały gorzej niż inni rówieśnicy.* Przyczyn bezdomności jest naprawdę wiele, to nie tylko różne uzależnienia, ale też konflikty rodzinne, przemoc domowa, a także, o czym mało się mówi, choroby psychiczne. – *Warto zwrócić uwagę, że wśród bezdomnych pojawiają się obcokrajowcy. A w związku z brakiem ochrony zdrowotnej dla Ukraińców musimy być przygotowani na to, że mogą się oni zacząć pojawiać jeszcze częściej* – prognozuje zastępczyni prezydenta.

Brak oceniania musi się łączyć z jeszcze jedną ważną cechą – unikaniem uogólniania. Opinia, że bezdomni zawsze są brudni, nieładnie pachnący i uzależnieni od różnych używek, to krzywdzący stereotyp, któremu nie można ulegać. Wśród nich są ludzie dbający o higienę, inteligentni, kulturalni, kiedyś zajmujący wysokie stanowiska i prowadzący duże biznesy.

CO DAJE WOLONTARIAT?

Anna Podrażka-Szczepaniak 10 lat temu zadecydowała, że chce jakąś część swojej pracy zawodowej poświęcić na wolontariat. Na początku myślała o hospicjum, ale... Był marzec 2016 r. Lekarka zajrzała do komputera i natrafiła na artykuł w „Gazecie Wyborczej” „Odeszła ratowniczką życia” o dr Marii Zoll-Czarneckiej, która była wolontariuszką w przychodni lekarskiej dla osób bezdomnych przy Wolskiej. To ona założyła ponad 30 lat temu przychodnię. – *Ja nie wierzę w przypad-*

ki – mówi lekarka – *i myślę, że doktor przyciągnęła mnie do komputera z zaświatów.* 10 czerwca 2016 r. Anna Podrażka-Szczepaniak przywiozła do przychodni próbki leków i już została. – *Na początku to była ogromna dawka dopaminy i serotoniny, byłam naładowana pozytywną energią* – wspomina i dodaje: – *Tak jest do dziś. Wdzięczność bezdomnych pacjentów za to, że jest ktoś, kto im bezinteresownie pomaga, leczy ich, jest bezcenna. To daje ogromną satysfakcję i napędza do dalszego działania.* ●



fol. A. Sokalska (2)



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
30 września 2026 r.



REHABILITACJA

Uprzejmie informujemy o możliwości ubiegania się przez lekarzy i lekarzy dentyistów, 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 mija
30 września 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



OBIADY w Klubie Lekarza

Komisja ds. Lekarzy Seniorów zaprasza seniorów lekarzy/lekarzy dentyistów

w poniedziałki i czwartki

w godz. **13.00–15.00**

do Klubu Lekarza

przy ul. Raszyńskiej 54 w Warszawie

na dofinansowane przez OIL w Warszawie obiady.

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

Recepty *pro auctore* i *pro familiae*



GABRIELA PACEK
aplikant radcowski

Wystawianie recept *pro auctore* oraz *pro familiae* ułatwia dostęp do leczenia i zapewnia ciągłość terapii, ich stosowanie podlega jednak określonym wymogom prawnym oraz obowiązkom dokumentacyjnym.

Kwestie wystawiania szczególnego rodzaju recept, określanych jako *pro auctore* oraz *pro familiae*, reguluje ustawa z 6 września 2001 r. prawo farmaceutyczne. Ustawodawca umożliwił osobom wykonującym określone zawody medyczne wystawianie recept dla siebie lub najbliższych członków rodziny.

Rozwiązanie to ułatwia dostęp do leczenia farmakologicznego oraz zapewnia ciągłość terapii zarówno lekarza, jak

i jego najbliższych. Korzystanie z tego uprawnienia wiąże się jednak z określonymi wymogami i ograniczeniami. Należy podkreślić, że zarówno receptę *pro auctore*, jak i *pro familiae* można wystawić w formie elektronicznej albo papierowej.

RECEPTY PRO AUCTORE I PRO FAMILIAE – KOMU PRZYSŁUGUJĄ?

Recepta *pro auctore* jest wystawiana przez osobę uprawnioną dla samej siebie. Lekarz może wystawić taką receptę w związku ze swoimi potrzebami zdrowotnymi. Może ona obejmować produkty lecznicze dostępne na receptę, o ile ich przepisanie jest uzasadnione stanem zdrowia osoby wystawiającej dokument.

Recepta *pro familiae* wystawiana jest natomiast dla osób najbliższych lekarza uprawnionego do jej wystawiania. Zgodnie z art. 95b ust. 3 pkt 2 prawa farmaceutycznego do osób uprawnionych do otrzymania recepty zaliczamy zatem: małżonka, osobę pozostającą we wspólnym pożyciu, krewnych w linii prostej, powinowatych w linii prostej, a w linii bocznej do stopnia pokrewieństwa między dziećmi rodzeństwa osoby wystawiającej.

Uprawnienia do wystawiania takich recept mają przede wszystkim lekarze i lekarze dentyści posiadający pełne prawo wykonywania zawodu.

Lekarz, który wystawia receptę dla siebie czy też osób najbliższych wymienionych w ustawie, ponosi pełną odpowiedzialność za zasadność ordynacji przepisanej leku, dokładnie w taki sam sposób jak w przypadku każdej innej recepty. Oznacza to, że powinien uwzględnić indywidualne wskazania medyczne i przeciwwskazania u każdej z osób, którym wystawia receptę, oraz prawidłowo ocenić bezpieczeństwo terapii.

OGRANICZENIA I ZASADY WYSTAWIANIA RECEPT

Możliwość wystawiania recept dla siebie i rodziny nie oznacza całkowitej dowolności w działaniu. Osoba wystawiająca receptę musi działać na podstawie aktualnej wiedzy medycznej, a także zgodnie z obowiązującymi przepisami. Recepty podlegają kontroli, zwłaszcza w przypadku, gdy dotyczą leków refundowanych.

Dodatkowo bardziej szczegółowe ograniczenia mogą obejmować niektóre kategorie produktów leczniczych, zwłaszcza jeśli są to środki o charakterze odurzającym oraz substancje psychotropowe.

DOKUMENTOWANIE WYSTAWIANIA RECEPT PRO AUCTORE I PRO FAMILIAE

Zgodnie z art. 95b ust. 3 ustawy prawo farmaceutyczne recepty *pro auctore* oraz *pro familiae* wystawiane są albo w postaci elektronicznej, albo papierowej. Rozporządzenie ministra zdrowia z 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania w § 1 wskazuje, iż dokumentacja medyczna jest prowadzona przez podmiot, który udziela świadczeń zdrowotnych, w postaci elektronicznej.

Dokumentację medyczną w formie papierowej można prowadzić tylko, gdy przepisy rozporządzenia tak wskazują lub z powodu warunków organizacyjno-technicznych niemożliwe jest prowadzenie jej w formie elektronicznej. Co ważne, dokumentacja może być prowadzona wyłącznie w jednej z tych postaci.

DOKUMENTACJA ELEKTRONICZNA

Art. 2 pkt 6 ustawy z 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia definiuje medyczną dokumentację elektroniczną jako dokumenty, które zostały wytworzone w postaci elektronicznej, opatrzone kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym, podpisem osobistym albo z wykorzystaniem sposobu potwierdzania pochodzenia i integralności danych dostępnego w systemie teleinformatycznym udostępnionym bezpłatnie przez ZUS.

RECEPTY PAPIEROWE

Inaczej natomiast została uregulowana kwestia recept *pro auctore* i *pro familiae* w formie papierowej. Zgodnie z § 66 ust. 1 rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania lekarz, który wystawia tego rodzaju recepty w postaci papierowej, prowadzi dokumentację zbiorczą o charakterze wewnętrznym w formie wykazu. Może on być prowadzony dla wszystkich łącznie albo dla każdej osoby oddzielnie. Wykaz powinien być opatrzone imieniem i nazwiskiem lekarza oraz zawierać poszczególne elementy wskazane w § 66 ust. 3 rozporządzenia: numer kolejny wpisu, datę wystawienia recepty, rozpoznanie choroby, rozpoznanie problemu zdrowotnego lub urazu, numer PESEL osoby, dla której lekarz lub lekarz dentyista wystawia receptę, dawkę produktu leczniczego lub środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego albo

postać, w jakiej wyrób medyczny, środek spożywczy specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub produkt leczniczy ma być wydany.

SZCZEGÓLNE UPRAWNIENIA DLA LEKARZY NIEWYKONUJĄCYCH ZAWODU

Warto podkreślić, że recepty *pro auctore* i *pro familiae* mogą wystawiać nie tylko lekarze i lekarze dentyści aktywnie wykonujący zawód, ale także osoby posiadające prawo wykonywania zawodu, które zaprzestały jego wykonywania. Uprawnienie to obejmuje wystawianie recept dla małżonka, osoby pozostającej we wspólnym pożyciu oraz krewnych i powinowatych w linii prostej. W przypadku recept na bezpłatne leki oraz wyroby medyczne dla osób do ukończenia 18. roku życia i po ukończeniu 65. roku życia krąg uprawnionych obejmuje

również krewnych w linii bocznej do stopnia pokrewieństwa między dziećmi rodzeństwa. Zasady te zostały określone w art. 43a ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

PRO AUCTORE I PRO FAMILIAE: PODSUMOWANIE

Wystawianie recept *pro auctore* oraz *pro familiae* jest uprawnieniem, które przysługuje lekarzom i lekarzom dentytom. Mogą być wystawiane zarówno w postaci papierowej, jak i elektronicznej. Obowiązkiem lekarza wystawiającego recepty papierowe jest prowadzenie dokumentacji zbiorczej w formie wykazu o charakterze wewnętrznym. Każda recepta powinna być wystawiana zgodnie z aktualną wiedzą medyczną oraz z uwzględnieniem indywidualnego stanu zdrowia pacjenta. ●



foto: licencja OIL w Warszawie



Pomoc prawna dla lekarza – Lex Doctor

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



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

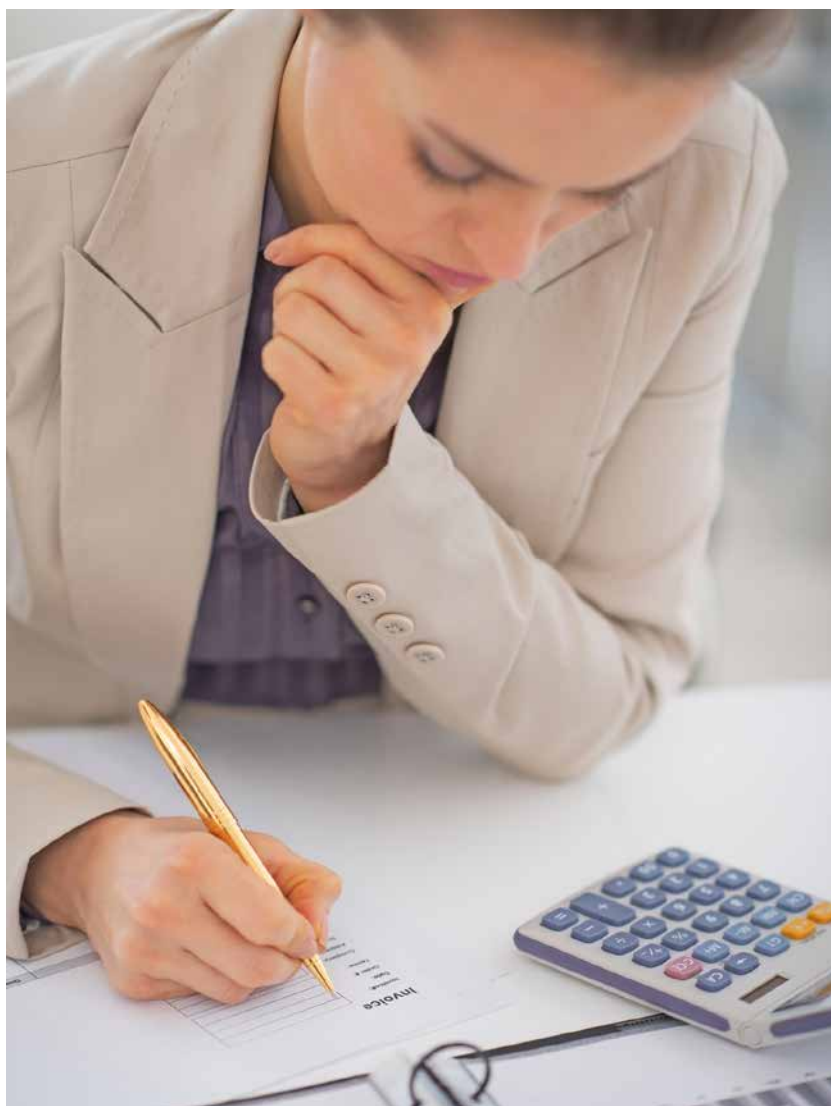


lub poprzez
formularz
zgłoszeniowy



Kompleksowe wsparcie księgowo dla lekarzy i lekarzy dentystów

odpowiedzi przygotował zespół **On-e Fin**



Fot. Licencja OIL w Warszawie

Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie konsekwentnie rozwija ofertę benefitów wspierających lekarzy i lekarzy dentystów nie tylko w codziennej pracy zawodowej, ale także w prowadzeniu działalności gospodarczej. Jednym z takich rozwiązań jest możliwość skorzystania z dofinansowania do kompleksowych usług księgowych, dostępna dla członków samorządu lekarskiego w ramach opłacanej składki członkowskiej.

Program realizowany jest we współpracy z On-e Fin sp. z o.o. i został przygotowany z myślą o lekarzach prowadzących jednoosobową działalność gospodarczą w formie indywidualnej praktyki lekarskiej. Dzięki temu członkowie OIL w Warszawie mogą otrzymać profesjonalne wsparcie w zakresie obsługi księgowej, rozliczeń oraz bieżącej organizacji spraw finansowych związanych z prowadzeniem praktyki. To kolejny element działań Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie, których celem jest wsparcie środowiska lekarskiego oraz ułatwienie prowadzenia działalności medycznej w dynamicznie zmieniających się warunkach prawno-finansowych.

W kolejnych numerach „Pulsu” będziemy prezentować odpowiedzi przygotowane przez ekspertów z firmy On-e Fin na najczęściej pojawiające się pytania.

14 PROC. DLA LEKARZA – KIEDY TO SIĘ OPŁACA, A KIEDY NIE?

Decyzja o wyborze formy opodatkowania to jeden z pierwszych i najważniejszych kroków po przejściu na działalność gospodarczą. W ostatnich latach szczególną popularnością wśród lekarzy cieszy się ryczałt. Powód wydaje się oczywisty – niska, stała stawka podatku, która dla usług medycznych wynosi obecnie 14 proc.

Na pierwszy rzut oka to rozwiązanie niemal idealne. Proste, przejrzyste i – przynajmniej teoretycznie – korzystne finansowo. W praktyce jednak ryczałt działa dobrze tylko w określonych warunkach, a jego wybór bez analizy może prowadzić do niepotrzebnie wyższych obciążeń.

Istotą ryczałtu jest to, że podatek liczony jest od przychodu, a nie od dochodu. Oznacza to, że nie uwzględnia się kosztów prowadzenia działalności. W praktyce więc nie ma znaczenia, czy inwestujesz w sprzęt, szkolenia, czy rozwój gabinetu – podatek zapłacisz od pełnej kwoty przychodu.

Dla lekarzy pracujących w modelu kontraktowym, gdzie koszty są niewielkie, może to być bardzo korzystne rozwiązanie. Dochód jest wtedy zbliżony do przychodu, a uproszczony sposób rozliczeń dodatkowo ułatwia prowadzenie działalności.

Sytuacja zmienia się jednak, gdy działalność zaczyna generować większe koszty. Własny gabinet, leasing sprzętu, inwestycje w rozwój czy zatrudnienie personelu sprawiają, że brak możliwości ich rozliczenia zaczyna mieć

realne znaczenie. W takich przypadkach ryczałt może okazać się mniej opłacalny niż inne formy opodatkowania.

Warto również pamiętać, że ryczałt ogranicza możliwość korzystania z ulg podatkowych, co dla części lekarzy może być dodatkowym argumentem przeciwko tej formie.

Wybór ryczałtu nie powinien być więc decyzją „domyślną”, ale świadomym wyborem dopasowanym do modelu pracy. To rozwiązanie, które potrafi być bardzo korzystne – pod warunkiem że odpowiada realiom prowadzonej działalności.

JAKIE KOSZTY MOŻE WRZUCIĆ W DZIAŁALNOŚĆ LEKARZA? (I CZEGO ABSOLUTNIE NIE)

Prowadzenie działalności gospodarczej przez lekarza to nie tylko leczenie pacjentów, ale również podejmowanie decyzji finansowych. Jednym z najważniejszych elementów wpływających na wysokość podatku są koszty uzyskania przychodu.

Choć temat wydaje się prosty, w praktyce budzi wiele wątpliwości. Granica między wydatkiem firmowym a prywatnym nie zawsze jest oczywista, a błędy w tym obszarze mogą prowadzić do niepotrzebnych problemów.

Zgodnie z przepisami kosztem uzyskania przychodu jest wydatek poniesiony w celu osiągnięcia, zabezpieczenia lub utrzymania przychodu. Kluczowe jest tu zrozumienie, że nie chodzi o sam fakt poniesienia wydatku, ale o jego związek z działalnością. W praktyce oznacza to, że koszt musi

być uzasadniony biznesowo. Lekarz może więc rozliczyć wydatki, które realnie wpływają na jego pracę – takie jak zakup sprzętu medycznego, wynajem gabinetu czy inwestycje w rozwój zawodowy. Szkolenia, kursy czy studia podyplomowe często stanowią naturalny element tej działalności i mogą być uznane za koszt, o ile pozostają w związku z wykonywanym zawodem.

Nieco więcej wątpliwości pojawia się przy wydatkach „pośrednich”, takich jak samochód, telefon czy mieszkanie. W tych przypadkach kluczowe jest ustalenie, w jakim stopniu są one wykorzystywane w działalności. Im większy udział prywatny, tym większa ostrożność powinna towarzyszyć ich rozliczaniu.

Największym błędem jest traktowanie kosztów jako sposobu na „obniżenie podatku za wszelką cenę”. W rzeczywistości koszty powinny być naturalnym efektem prowadzenia działalności, a nie sztucznie tworzonym mechanizmem optymalizacyjnym.

Dobrze prowadzona księgowość nie polega na maksymalizowaniu kosztów, ale na ich właściwym rozumieniu. Każdy wydatek powinien mieć swoje uzasadnienie – zarówno biznesowe, jak i podatkowe.

Świadome podejście do kosztów pozwala nie tylko obniżyć podatek, ale przede wszystkim uporządkować finansanse działalności i lepiej nią zarządzać.

UWAGA – rozliczając się wg ewidencji przychodu (tj. ryczałt 14 proc.), nie odlicza się kosztów prowadzonej działalności. ●



USŁUGI KSIĘGOWE



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



Prowadź księgowość z OIL.

Sprawdź pełną ofertę na stronie internetowej

XVII Krajowy Zjazd Lekarzy

wybory, emocje i nowa kadencja prezesa Jankowskiego

Między 21 a 23 maja w Jachrance odbywał się XVII Krajowy Zjazd Lekarzy – najważniejsze wydarzenie samorządu lekarskiego w Polsce. Delegaci wszystkich 24 izb lekarskich, w sumie 495 osób (naszą izbę reprezentowała grupa 83 delegatów), podsumowali mijającą kadencję oraz wyznaczyli kierunki działań na kolejne cztery lata. Największe emocje wzbudziły wybory prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej.

gospodarczymi, ale też tym, czy obywatel ma poczucie, że kiedy zachoruje, nie zostanie sam – podkreślił. Dodał również, że nie można budować systemu ochrony zdrowia na przeciążeniu personelu i oczekiwać heroizmu jako stałego elementu funkcjonowania ochrony zdrowia.

Kolejnym punktem było wręczenie odznaczeń państwowych i samorządowych. Medal „Meritus Pro Medicis” otrzymała m.in. Bożena Hoffman-Golańska, była przewodnicząca Komisji ds. Kultury Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie. Dziękując za wyróżnienie, podkreśliła znaczenie lekarzy angażujących się w działalność artystyczną i kulturalną.

– Bez nich moja praca byłaby bezużyteczna – mówiła.

Po raz pierwszy wręczono także odznaki „Amicus Medicorum”, przyznawane osobom spoza środowiska medycznego szczególnie zasłużonym dla lekarzy. Wśród wyróżnionych znaleźli się prof. Paweł Łuków, radca prawny Witold Preiss oraz aktorzy Anna Dymna i Tomasz Kot.

Następnie rozpoczęła się część robocza zjazdu. Na przewodniczącego obrad wybrano Radosława Piwowarczyka, prezesa ORL Beskidzkiej Izby Lekarskiej. W dalszej części dominowały sprawozdania podsumowujące działalność ustępujących władz samorządu. Mówiono o pracach na rzecz obrony niezależności zawodu lekarza, poprawy warunków pracy, organizacji szkoleń oraz integracji środowiska medycznego. Wiele miejsca poświęcono również wyzwaniom związanym z rozwojem sztucznej inteligencji w medycynie.

Delegaci wysłuchali sprawozdań prezesa NRL oraz pozostałych organów samorządu. O północy przyjęto sprawozdania kadencyjne Naczelnej Komisji Rewizyjnej i Naczelnej Rady Lekarskiej.



fot. archiwum NIL

Oficjalną część zjazdu rozpoczęło powitanie gości reprezentujących władze państwowe: Senat, Ministerstwo Zdrowia, Narodowy Fundusz Zdrowia, a także przedstawiciele zawodów zaufania publicznego, rzecznika praw obywatelskich, rzecznika praw pacjenta oraz związków zawodowych.

– To największe święto samorządu lekarskiego. Nasze priorytety to odpowiedzialność, doświadczenie i troska

o najwyższe wartości wykonywanego zawodu – powiedział, otwierając obrady, wiceprezes NRL Klaudiusz Komor.

Szczególnie podniosłym momentem było wspomnienie zmarłych lekarzy, których uczestnicy uczcili chwilą zadumy.

Wystąpienia zaproszonych gości spotkały się z dużym zainteresowaniem delegatów. Wielkie uznanie zdobyły słowa Przemysława Rosatiego, prezesa Naczelnej Rady Adwokackiej. *– Siłę państwa mierzy się nie tylko wskaźnikami*

– *Krajowy Zjazd Lekarzy, już 17. po reaktywacji samorządu lekarskiego w 1989 r., to najważniejsze wydarzenie w życiu naszej grupy zawodowej. Przypominam, że jesteśmy najstarszym samorządem spośród zawodów zaufania publicznego w Polsce – istniejemy od 1921 r. Liczę na merytoryczne obrady oraz wypracowanie rozwiązań, które rozwiążą problemy naszego środowiska, a wybór nowych władz przyniesie dalszy rozwój samorządu* – powiedział Artur Drobnik, prezes ORL w Warszawie.

Najwięcej emocji wzbudziła część wyborcza. O stanowisko prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej ubiegali się dotychczasowy prezes Łukasz Jankowski, startujący pod hasłem „Silny samorząd”, oraz były prezes Śląskiej Izby Lekarskiej Tadeusz Urban, którego kampanii towarzyszyło motto „Z Wami, dla Was”.

Wyniki głosowania ogłoszono dopiero nad ranem. Stosunkiem głosów 266 do 193 zwyciężył Łukasz Jankowski, który tym samym został prezesem Naczelnej Rady Lekarskiej na kolejną kadencję. Funkcję naczelnego rzecznika odpowiedzialności zawodowej powierzono natomiast Jackowi Opincowi z Okręgowej Izby Lekarskiej w Łodzi.

W drugiej kadencji prezes NRL zapowiedział kontynuację działań na rzecz poprawy warunków wykonywania zawodu lekarza, zwiększenia bezpieczeństwa pacjentów oraz wzmocnienia pozycji samorządu w debacie publicznej.

– *Jestem niezwykle wzruszony i wdzięczny za to ogromne poparcie. To dla mnie nie tylko zaszczyt, ale przede wszystkim motywacja. Siła naszego samorządu tkwi w jedności i woli działania. Przez kolejne cztery lata będziemy pracować z jeszcze większym zaangażowaniem, by sprostać wyzwaniom, jakie stawia przed nami przyszłość* – powiedział po ogłoszeniu wyników prezes Jankowski.

W drugim dniu obrad wybrano Naczelną Radę Lekarską. Do NRL X kadencji samorządu lekarskiego wybrano 50 osób, w tym 40 lekarzy i 10 lekarzy dentyistów. Pełny skład NRL liczy 75 członków (oprócz osób wybranych podczas zjazdu w Radzie zasiadają także prezes NRL oraz 24 prezesów okręgowych rad lekarskich). ●

Poza prezesem NRL Łukaszem Jankowskim i prezesem ORL Arturem Drobnikiem naszą izbę reprezentują również:

lek. Paweł Doczekalski
lek. Magdalena Flaga-Łuczkiwicz
lek. Krzysztof Herman
lek. Jan Kowalczyk
lek. Michał Matuszewski
lek. dent. Dariusz Paluszek
lek. Damian Patecki
lek. dent. Andrzej Siarkiewicz
lek. Piotr Wincianas

Członkami Krajowej Komisji Wyborczej z OIL w Warszawie zostali:

lek. Jan Kowalczyk,
lek. Jacek Sowiński,
lek. Zuzanna Wojdyńska
lek. dent. Mery Topolska-Kotulecka

Poniżej pełna lista delegatów na Krajowy Zjazd Lekarzy Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie im. prof. Jana Nielubowicza na okres X kadencji 2026–2030:

lek. Ambroziak Anna
lek. dent. Bednarek Monika
lek. Bieńkowski Carlo
lek. Bogucki Arkadiusz
lek. Bojakowski Adam
lek. Borkowski Mariusz
lek. Czarnecka Kinga
lek. Czubak-Adamus Klara
lek. Deja Michał
lek. Doczekalski Paweł
lek. Drobnik Artur
lek. Flaga-Łuczkiwicz Magdalena
lek. Gadomska vel Betka Łucja
lek. dent. Gawęda Marcin
lek. dent. Główka-Flieger Weronika
lek. Gontkiewicz Michał
lek. Góra Jarosław
lek. Grabczan Wojciech
lek. Gut Grzegorz
lek. Gutkowska Karolina
lek. Herman Krzysztof
lek. Jankowska Irena
lek. Jankowska Maria
lek. Jankowski Krzysztof
lek. Jankowski Łukasz
lek. Kiljan Patryk
lek. Kluska Piotr

lek. Kłosińska Maria
lek. Kowalczyk Jan
lek. Kraśniej-Dębkowska Agnieszka
lek. Krygowska Aleksandra
lek. dent. Kuchta Piotr
lek. dent. Kwitkiewicz Grzegorz
lek. dent. Kwitkiewicz Justyna
lek. dent. Leśniak-Trześniewska Agnieszka
lek. Lewczuk Łukasz
lek. Machowicz Rafał
lek. Madejek Robert
lek. Majdowski Maciej
lek. dent. Małkiewicz Elżbieta
lek. dent. Małkiewicz Konrad
lek. Marszałek Anna
lek. dent. Matuszak Bartłomiej
lek. Matuszewski Marcin
lek. Matuszewski Michał
lek. Matyja Piotr
lek. Mikołajczyk-Korniak Natalia
lek. Możarowski Wiktor
lek. Nowak Oleg
lek. Odolska Jagna
lek. Omasta Bartosz
lek. Paluch Łukasz
lek. dent. Paluszek Dariusz
lek. Patecki Damian
lek. Patena Konrad
lek. dent. Popowski Wojciech
lek. dent. Prawdzik Anna
lek. dent. Reymond Jerzy
lek. Rymarczyk Zuzanna
lek. Sanocki Marcin
lek. Serwan-Hałabuz Agnieszka
lek. dent. Siarkiewicz Andrzej
lek. Skłucka Zofia
lek. Sobczyńska Marta
lek. Sowiński Jacek
lek. Stańczak Ryszard
lek. Stefanowicz Artur
lek. Stępniewski Karol
lek. Stolarek Kacper
lek. Stopiński Marek
lek. dent. Sulma-Urban Bożena
lek. Szpinda Łukasz
lek. Szymczyk Ewa
lek. dent. Śmiechowicz Marcin
lek. Terlecka-Maciejewska Małgorzata
lek. dent. Topolska-Kotulecka Mery
lek. Tronina Olga
lek. Wincianas Piotr
lek. Wiśniewska-Kiljan Kalina
lek. Wojdyńska Zuzanna
lek. Wolny Rafał
lek. Wrzosek Kamil
lek. Zakrzewski Jakub

Samorząd bliżej studentów

Pierwszy kontakt z samorządem nie powinien zaczynać się od biurokracji, przekonuje

Wiktor Możarowski, nowo powołany pełnomocnik ds. studenckich OIL w Warszawie. Jak zamierza dotrzeć do studentów i jakie wyzwania przyszedł medycy zgłaszają dziś najczęściej?

rozmawiała **KAROLINA STĘPNIEWSKA**



Niedawno powierzono panu funkcję pełnomocnika ds. studenckich. Dlaczego samorząd zdecydował się utworzyć takie stanowisko?

Już w ubiegłym roku, wspólnie z prezesem Arturem Drobniakiem, rozpoczęliśmy działania zmierzające do większego otwarcia samorządu na przyszłych lekarzy, m.in. poprzez realizację projektu „Student bliżej izby”. Chodziło przede wszystkim o „odczarowanie” samorządu lekarskiego w oczach studentów. Jak wszyscy wiemy, pierwszy kontakt z izbą następuje zwykle dopiero na etapie składania dokumentów na staż podyplomowy. Często jest to trudne, bo wiąże się z formalnościami i procedurami, a na końcu z informacją o miejscu odbywania stażu – nie zawsze wymarzonym. Czynności kojarzą się trochę z procesem rekrutacji, a to może rodzić pierwsze wątpliwości, czy izba rzeczywiście działa w interesie lekarzy.

Chcemy więc budować relację już na etapie studiów, promować działalność samorządu i utrzymywać stały kontakt między studentami a Okręgową Izbą Lekarską, dzięki czemu moment roz-

poczęcia stażu podyplomowego nie będzie ich pierwszym zetknięciem z izbą.

Czym dokładnie zajmuje się pełnomocnik ds. studenckich?

Moja rola polega przede wszystkim na bieżącym kontakcie ze studentami oraz współpracy z organizacjami studenckimi. Jednocześnie pełnię funkcję przewodniczącego Komisji Młodych Lekarzy, więc te działania się zazębiają. Mam też wrażenie, że studenci coraz chętniej kontaktują się z Okręgową Izbą Lekarską. Dostajemy wiadomości kierowane na adresy mailowe izby z prośbą o spotkanie lub konsultację. To bardzo pozytywny sygnał i jeden z pierwszych wymiernych efektów działań prowadzonych w ostatnim roku, w którym staraliśmy się bardziej otworzyć izbę na studentów i pokazać, że można się do nas zwrócić. Zależy nam na tym, aby młodzi ludzie wiedzieli, że w razie potrzeby mogą liczyć na wsparcie samorządu.

Moja działalność jako pełnomocnika obejmuje więc z jednej strony bieżący kontakt ze studentami, a z drugiej działania o charakterze bardziej syste-

mowym. Wynika to też ze zmian zachodzących w procesie kształcenia lekarzy, np. teraz już w czasie studiów można zdawać Lekarski Egzamin Końcowy. To sprawia, że granica pomiędzy środowiskiem studentów a młodych lekarzy coraz bardziej się zaciera.

Te grupy powinny być traktowane w sposób równorzędny, jeśli chodzi o reprezentację ich interesów. Rolą pełnomocnika jest właśnie łączenie perspektyw studentów i młodych lekarzy, działanie w ich imieniu.

Czyli można powiedzieć, że jako pełnomocnik będzie pan przybliżał studentom zasady działania samorządu i zachęcał do angażowania się w Komisję Młodych Lekarzy?

Oczywiście, mam taką nadzieję. Od dwóch lat realizujemy projekt, który można już uznać za jedno z naszych flagowych działań. Wspólnie z Komisją Stażu oraz Komisją Prawa Wykonywania Zawodu odwiedzamy studentów ostatnich lat kierunków lekarskich. Przy współpracy z dziekanami poszczególnych uczelni organizujemy spotka-

nia, podczas których przedstawiamy zasady funkcjonowania samorządu lekarskiego oraz możliwości zaangażowania się w jego działalność. To dla nas ważne, ponieważ wielu studentów nie ma wcześniej okazji bliżej poznać roli samorządu. Chcemy pokazać, że nie jest on wyłącznie instytucją administracyjną, ale miejscem, które realnie wspiera lekarzy na wielu różnych etapach ich kariery zawodowej.

Prowadzimy też cykliczny newsletter „Komisja Młodych Lekarzy bliżej Was”, skierowany do młodych lekarzy i studentów. To inicjatywa oparta na publikacjach miesięcznika „Puls”. Staramy się wybierać tematy najbardziej interesujące dla młodych odbiorców i umieszczać w nim też informacje branżowe oraz dotyczące działalności izby.

Jaki jest pomysł na komunikację ze studentami, poza newsletterem czy wspomnianymi spotkaniami?

Chcemy wykorzystywać wszystkie dostępne kanały informacyjne izby, ale równie ważna jest dla nas bezpośrednia obecność w środowisku akademickim. Dlatego uczestniczymy w wydarzeniach skierowanych do studentów, współpracujemy z organizacjami studenckimi i staramy się być obecni tam, gdzie młodzi ludzie rzeczywiście funkcjonują.

Studenci coraz częściej zwracają się do nas o patronaty czy wsparcie wydarzeń. Ja staram się angażować osobiście lub przekierowywać sprawy do właściwych osób. Rolą tej funkcji nie jest uczestnictwo w każdej inicjatywie, ale koordynacja i właściwe kierowanie działań.

Trzeba też pamiętać, że nie każda inicjatywa musi być zgodna z celami

samorządu. Dlatego częścią mojej roli jest również selekcja i ocena zgłaszanych projektów.

Czy w najbliższym czasie planowane są jakieś inicjatywy właśnie dla studentów?

Tak. Planujemy np. projekt skierowany do stażystów – coś w rodzaju konferencji „od młodych lekarzy dla przyszłych młodych lekarzy”, który – mamy nadzieję – stanie się cykliczny. W ub.r. realizowaliśmy projekt „Student bliżej izby” w formie staży wakacyjnych. Pokazywaliśmy, że izba to nie tylko administracja, ale też zespoły projektowe, marketing, eventy czy PWZ. Wszyscy stażyści bardzo pozytywnie ocenili ten program i w tym roku chcemy go kontynuować.

Chciałbym też, żeby studenci wiedzieli, że prowadzimy zasadę „otwartych drzwi” i że mogą również uczestniczyć w spotkaniach Komisji Młodych Lekarzy, jeśli chcą zobaczyć, jak funkcjonuje samorząd – informacje o terminach spotkań KML zamieszczamy na social mediach naszej izby.

Jakie problemy i wyzwania zgłaszają dziś studenci?

Najczęściej dotyczą one zmian w Lekarskim Egzaminie Końcowym. Pojawiają się coraz to nowe informacje o planach odejścia od bazy pytań, co budzi niepewność studentów. Sama idea zmian może być racjonalna, ale kluczowy jest sposób ich wprowadzenia – powinny być zapowiedziane z wyprzedzeniem i z okresem przejściowym, aby nie stawiać studentów przed faktem dokonanym.

Drugim problemem jest rosnąca liczba uczelni medycznych przy ograniczonej liczbie miejsc szkoleniowych i stażowych. To rodzi obawy o dostęp do staży i specjalizacji. Kolejna kwestia to konkurencja na specjalizacje – już dziś bardzo duża i rośnie wraz z liczbą absolwentów. Pojawiają się też głosy dotyczące standaryzacji kształcenia i jakości uczelni. To są realne bolączki, bo mają wpływ na życie tych ludzi, nie więc dziwnego, że pojawiają się znaki zapytania i obawy o przyszłość.

Na koniec – jak student może się skontaktować z izbą? I dlaczego warto, żeby to zrobić?

Wkrótce uruchomimy adres e-mail dla studentów. Będzie służył do kontaktu w różnych sprawach, zgłaszania pomysłów i inicjatyw.

Dlaczego warto? Ponieważ samorząd lekarski ma realny wpływ na kształtowanie przyszłości zawodu lekarza – od kształcenia, przez staże, po specjalizacje i zmiany legislacyjne. Naszym celem jest reprezentowanie środowiska i dbanie o jego interesy. Cele studentów i samorządu są w wielu obszarach wspólne, dlatego im wcześniej zaczniemy współpracę, tym lepiej.

Z własnego doświadczenia mogę powiedzieć, że zaangażowanie w działalność studencką – m.in. w IFMSA-Poland czy działalność naukową – pozwoliło mi lepiej zrozumieć środowisko i naturalnie przejść do pracy w samorządzie. Dlatego jeśli ktoś już dziś działa aktywnie lub chce działać w przyszłości, izba jest otwarta. To może być naturalna kontynuacja aktywności rozpoczętej jeszcze na studiach. ●



PROGRAM STYPENDIALNY



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

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

Granice lekarza



HANNA ODZIEMSKA
lekarz, publicysta, zastępca rzecznika
odpowiedzialności zawodowej
OIL w Warszawie

Lekarz ma obowiązek. Lekarz powinien. Lekarzowi nie wolno. Lekarz musi. Kodeks etyki lekarskiej. Ustawa o zawodzie lekarza. Prawo karne. Kodeks cywilny. Zawód lekarza powszechnie kojarzy się od razu z katalogiem powinności i konsekwencji, które lekarz ma ponosić w przypadku ich niedopatrzenia.

Oczywiście, lekarz ma również prawa – tak jak wszystkim innym, mają je zapewniać konstytucja, prawo powszechnie i prawa człowieka. W praktyce prawa lekarza jako człowieka i obywatela w społecznej świadomości są drobnym druczkiem na wąskim marginesie karty jego obowiązków, a naruszanie granic lekarza ma silne umocowanie systemowe i społeczne.

Mirka dobiega siedemdziesiątki, pracuje od lat w POZ.

– Jestem zmęczona, mam nadwagę, cukrzycę, oba stawy biodrowe po endoprotezoplastyce. Chciałabym iść na emeryturę, ale wiem, że się z niej nie utrzymam, a poza tym jeśli odejdę, to koleżankom będzie ciężko, a i pacjentów, których dobrze znam, nie mogę tak zostawić.

– Mówiłaś, że masz doświadczenie przekraczania granic.

– No tak. To było wtedy, kiedy jeszcze były papierowe recepty i dokumentacja, pacjenci stali w kolejce od czwartej rano, żeby się do mnie zapisać, zawsze było drugie tyle dodatkowych. Przerwa

na posiłek była fikcją, bo właśnie w tej przerwie, zamiast zjeść, przyjmowało się dodatki, zostawanie do dwóch godzin po czasie pracy było normą. Pamiętam, kiedy pacjentka, dobra i wrażliwa osoba, przyniosła mi zupę w słoiku, weszła z tym do gabinetu, postawiła przede mną na biurku otwarty słoik i podając łyżkę, powiedziała: *ja tylko po receptę, masz, kotuś, jedz, bo ostatecznie*. To był naprawdę dobry, serdeczny gest z jej strony, ale... wiesz, jak się poczułam? Jak zwierzę pociągowe, którego litościwy gospodarz dokarmia podczas orki. I zamiast wdzięczności czułam upokorzenie. Ale to nie pacjentka mnie upokorzyła, tylko system, który narzucił mi taki nieludzki rygor pracy.

Damian pracuje w szpitalu powiatowym, mieszka w małej miejscowości niedaleko miejsca pracy. Wszyscy się tu znają.

– To była Wigilia, szykowaliśmy się z żoną i dziećmi do moich rodziców, wszystko było już zapakowane do samochodu, mieliśmy wsiadać i odjeżdżać. Kiedy zamykałem bramę, zadzwoniła

znajoma. Mieszkała z rodzicami jakieś 20 km od nas, prosiła, żebym przyjechał do taty, bo źle się czuje. Zawahałem się chwilę, patrzyłem na zniecierpliwioną żonę i na podekscytowane dzieci. Zawahałem się też, bo sypał gęsty śnieg, ruch na drogach był duży, a wiedziałem, że po wizycie w domu znajomej będę musiał jechać w tych warunkach po zmroku, narażając moją rodzinę na trudną podróż. Próbowałem wytłumaczyć znajomej, że opóźnia pomoc dla ojca, wzywając mnie zamiast ratowników, ale usłyszałem, że ojciec nie chce karetki, tylko mnie. Zdecydowałem, że trzeba jechać. Rzeczywiście, okazało się, że chory wymagał pilnej pomocy, wezwałem ratownictwo i zaczekaliśmy, aż go zabiorą do szpitala. Wszystko skończyło się dobrze, dojechaliśmy szczęśliwie na kolację wigilijną i nie mam wątpliwości, że postąpiłem dobrze. Nadal jednak uważam, że córka powinna wezwać karetkę do ojca, zamiast opóźniać pomoc, wzywając mnie. I czasem wraca do mnie refleksja, że ludzie wykonujący inne zawody nie muszą rozwiązywać takich dylematów, mają swoje ustalone granice, a ja... właściwie nie mam granic.

Agnieszka jest rezydentką ortopedii. Atrakcyjna, wesoła, kontaktowa.

– Może to mnie gubi, że jestem zbyt ufna. Nie rozpoznaję nieczystych intencji. Zanim się zorientuję, że ktoś chce mnie wykorzystać, już nieświadomie pozwalam skracać dystans i oferuję czystą przyjaźń. A dostaję... pogardę, mizoginię, seksizm. Kiedy staje się jasne, że pacjent, któremu w dobrej wierze przyzwoliłam na mniej oficjalny ton rozmowy, próbuje sugerować coś niestosownego, jest mi z tym bardzo źle. I nie umiem na to reagować. Po prostu zaczynam rozpaczliwie walczyć o przywrócenie dystansu, a w rezultacie odcinam się, wracam do pokoju lekarskiego i przeżywam wstyd. A przecież to nie mój wstyd, ja nigdy nie flirtuję z pa-



cjentami. Jeszcze gorzej jest, gdy chodzi o moich kolegów lekarzy, zwłaszcza tych znacznie starszych ode mnie i utytułowanych. Oni są dla mnie merytorycznie autorytetami i mistrzami, tym bardziej boli, kiedy bezceremonialnie dotykają mnie, komentują mój wygląd albo opowiadają przy mnie niewybredne żarty. Czuję się wtedy uprzedmiotowiona, czuję się nikim. I znowu ten mój wstyd, który jednak uwiera mnie. Pytasz o granice? Moje granice są zdeprawowane, a poczucie własnej wartości leży na podłodze.

Łukasz pracuje na SOR.

– O jakich granicach mówisz? Nie ma kiedy zjeść, napić się czegoś ciepłego, nie ma kiedy wyjść do toalety. Na każdym dyżurze słyszę przeróżne kombinacje obelg i wyzwisk pod moim adresem, straszenie izbą lekarską, sądami, rzecznikiem praw pacjenta, bo przecież

jestem nierobem bez wiedzy, przez którego pacjenci czekają po kilkanaście godzin, a powinienem każdego i natychmiast obsłużyć, bo podobno na tym polega przysięga Hipokratesa. Oberwać też nie jest trudno, bo agresywny pacjent to codzienność SOR, a procedura bezpieczeństwa brzmi: *radź sobie sam, jak potrafisz*. A zatem granic nie ma, jest tylko śmiertelne zmęczenie i strzępki godności, które możesz ocalić, jeśli nie dasz się ponieść emocjom.

Aneta pracuje w prywatnej sieciówce.

– Tu wszyscy bez zahamowań naruszają granice lekarza. Pracodawca co miesiąc wzywa mnie na rozmowę i podsumowuje koszty badań, które zlecam. Zawsze mu wychodzi, że zlecam za dużo, dlatego nie dostaję podwyżki. Jeśli pacjent jest zadowolony z moich usług, to recepcja wręcza mu ankietę i QR kod do opinii, żeby pochwalił firmę, nie

mnie przecież. Pacjenci przychodzą często z listą życzeń, żeby im wystawić skierowania na badania, których potrzebuje ich trener personalny, dietetyk albo trycholog. Jeśli odmawiam, to jest reklamacja, czyli skarga. Ostatnio miałam pacjenta z taką listą. Nie chodziło o trenera personalnego, tylko pacjent zażądał wystawienia skierowania na wszystkie badania, jakie ma w pakiecie, bo chce iść na rentę. Zaczął mnie wypytywać, ile trzeba dać łapówki w ZUS, żeby ją dostać, a kiedy zaproponował, że po wizycie zabierze mnie samochodem do ZUS, abym sobie wyrobiła tam znajomości i mu pomogła tę rentę załatwić, to naprawdę poczułam, że mocno naruszył moje granice. Pomyślałam wtedy, że to może być człowiek zaburzony i jeśli by mnie zaatakował, to jestem sama z nim w gabinecie, daleko od recepcji i nie mam szans na ucieczkę. Przecież w gabinetach biurka są tak ustawione, że lekarz jest uwięziony w przestrzeni między biurkiem a ścianą i w drodze do drzwi musi minąć agresywnego pacjenta, więc jest duże prawdopodobieństwo, że nie uciekniesz.

Pytać, czy lekarz ma prawo do poszanowania swoich granic, to jak zastanawiać się, czy lekarz ma prawo być człowiekiem. Stawiamy sobie bardzo wysokie wymagania jako środowisko i to sprzyja dbałości o dobro pacjenta oraz etos zawodu. Może jednak warto pochylić się nad określeniem i poszanowaniem granic lekarza, bo przecież nie sposób być lekarzem, nie będąc człowiekiem. Parafrazując naszego heroicznego kolegę Janusza Korczaka, nie róbmy z siebie nieskazitelnego ideału, bo prawda o nas może być dla naszych pacjentów nie do zniesienia. ●



Polubowne rozstrzygnięcie 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

Rzecznik po stronie lekarzy

Nie tylko reaguje w sytuacjach kryzysowych, ale pomaga też rozwiązywać codzienne problemy związane z wykonywaniem zawodu. O planach, nowych formach kontaktu i najczęstszych problemach środowiska lekarskiego rozmawiam z **Pawłem Doczekalskim**, rzecznikiem praw lekarza Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie.

rozmawiała **KAROLINA STĘPNIEWSKA**

Dlaczego zdecydował się pan zostać rzecznikiem praw lekarza?

Zainterесował mnie przede wszystkim charakter tej funkcji. Rzecznika praw lekarza można w pewnym sensie porównać do obrońcy w sprawie sądowej czy procesnej. Lekarze często kojarzą izbę głównie

z rzecznikiem odpowiedzialności zawodowej, który pełni rolę zbliżoną do prokuratora. Tymczasem rzecznik praw lekarza zajmuje się wspieraniem lekarzy i lekarzy dentyistów w problemach związanych z wykonywaniem zawodu.

To bardzo ciekawa funkcja, ale przede wszystkim daje możliwość realnej pomocy koleżankom i kolegom w rozwiązywaniu trudności, które napotykają w swojej pracy zawodowej.

A jakie są pana priorytety na początek tej kadencji?

Przede wszystkim chciałbym usprawnić kontakt lekarzy z biurem rzecznika praw lekarza. Oprócz dotychczasowych form kontaktu – telefonicznej i mailowej za pośrednictwem formularza dostępnego na stronie internetowej – planujemy uruchomić możliwość konsultacji w formie telerozmowy. Dzięki temu lekarze będą mogli szybko omówić swoje wątpliwości i uzyskać potrzebne wsparcie.

Lekarze często nawet nie wiedzą, że jest taka funkcja w Okręgowej Izbie Lekarskiej jak rzecznik praw

lekarza. I że izba nie tylko bada, czy nie popełniliśmy błędu zawodowego, ale również upomina się o prawa lekarzy, stawia się w sądzie w ich imieniu.

Bardzo zależy mi na zwiększeniu świadomości środowiska lekarskiego na ten temat. Podkreślmy: izba nie tylko zajmuje się oceną odpowiedzialności zawodowej, ale także aktywnie wspiera swoich członków, stoi na straży ich praw i reprezentuje ich interesy, również przed sądami.

Coraz powszechniejszym zjawiskiem staje się cyfrowy hejt wobec lekarzy i lekarzy dentyistów. Czy planowane są działania mające na celu większe wsparcie lekarzy w walce z mową nienawiści?

Oczywiście. W przypadku zjawiska hejtu wobec lekarzy i lekarzy dentyistów działania podejmuje cała Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie. Natomiast Biuro Rzecznika Praw Lekarza udziela wsparcia w indywidualnych sprawach. Otrzymujemy zgłoszenia dotyczące zniesławień, gróźb czy agresji i podejmujemy odpowiednie działania.

Pomagamy już na etapie postępowania przygotowawczego, wspierając lekarzy w kontaktach z policją i prokuraturą. Uczestniczymy również w postępowaniach sądowych. Podobnie działamy w przypadkach agresji wobec medyków.

Na czym polega taka pomoc?

Monitorujemy przebieg sprawy, pomagamy przygotować zawiadomienie o podejrzeniu popełnienia przestępstwa, wspieramy lekarza na kolejnych etapach postępowania i zapewniamy opiekę prawną. Krótko mówiąc, towarzyszymy poszkodowanemu lekarzowi przez cały proces i pomagamy mu odnaleźć się w często bardzo stresującej sytuacji.

Jak wygląda procedura po zgłoszeniu problemu?

Każde zgłoszenie analizujemy wspólnie z działem prawnym. Oceniamy sytuację, ustalamy możliwe działania i wybieramy najlepszą ścieżkę wsparcia. W niektórych przypadkach konieczna jest natychmiastowa interwencja, np. gdy doszło do naruszenia nieetykalności



foto. Marcin Faliński

cielesnej lekarza. W innych sprawach podejmujemy działania prawne, mediacyjne lub kontaktujemy się z odpowiednimi instytucjami.

Z jakimi sprawami lekarze mogą zgłaszać się do Biura Rzecznika Praw Lekarza?

Znaczną część zgłoszeń stanowią sprawy związane z prawem pracy. Dotyczą one m.in. rozliczania czasu pracy, dyżurów medycznych, różnych form zatrudnienia czy interpretacji przepisów regulujących wykonywanie zawodu.

Pomagamy również lekarzom analizować proponowane umowy, w tym umowy kontraktowe. Jeżeli ktoś ma wątpliwości dotyczące warunków zatrudnienia lub chce skonsultować dokument z prawnikami izby, może liczyć na nasze wsparcie.

Kolejnym obszarem są sprawy związane z hejtem internetowym, naruszeniem dóbr osobistych czy nieuprawnionym wykorzystywaniem danych lekarzy, ich nazwisk lub wizerunku. Coraz częściej spotykamy się także z sytuacjami, w których profile lekarzy są wykorzystywane przez różnego rodzaju portale bez ich wiedzy lub zgody.

Istotnym elementem naszej działalności są również mediacje. Dotyczą one konfliktów pojawiających się między lekarzami, a także relacji przełożony – podwładny. Naszym celem nie jest rozstrzyganie sporów, lecz pomoc w znalezieniu porozumienia i zapobieganie eskalacji konfliktu.

W tym zakresie ściśle współpracujemy z mediatorem działającym przy izbie. Warto podkreślić, że mediacja nie dotyczy wyłącznie relacji lekarz – pacjent. Równie często potrzebna jest wewnątrz środowiska lekarskiego.

Podsumujmy jeszcze, jak lekarz może skontaktować się z Biurem Rzecznika Praw Lekarza.

Do dyspozycji pozostają dwie dotychczasowe formy kontaktu. Pierwsza to kontakt telefoniczny za pośrednictwem Biura Rzecznika Praw Lekarza. Druga to formularz dostępny na stronie internetowej Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie. Po jego wypełnieniu zgłoszenie trafia bezpośrednio do nas, dzięki czemu możemy szybko zapoznać się ze sprawą i w razie potrzeby skontaktować się z lekarzem w celu uzupełnienia informacji.

Nowością są natomiast konsultacje online. To krótkie, 15–20-minutowe wideospotkania, podczas których lekarz może bezpośrednio opowiedzieć o swojej sytuacji i uzyskać wstępną pomoc. Często łatwiej jest przedstawić problem w rozmowie, niż opisać go w formularzu czy wiadomości e-mail.

Oczywiście nadal istnieje możliwość osobistego spotkania w izbie. Zdajemy sobie jednak sprawę, że lekarze mają bardzo napięte harmonogramy, dlatego konsultacje online mogą być dla wielu osób wygodniejszym rozwiązaniem.

Jak można zapisać się na takie spotkanie?

Na stronie internetowej dostępny jest formularz rejestracyjny wraz z harmonogramem dyżurów. Lekarze mogą wybrać dogodny termin spośród dostępnych godzin i samodzielnie zapisać się na konsultację.

Czy podczas dyżurów rzecznika można przyjść do izby bez wcześniejszego umawiania się?

Jeżeli ktoś chce porozmawiać bezpośrednio ze mną, warto wcześniej umówić konkretny termin. Łatwiej wtedy

zagwarantować odpowiednią ilość czasu na rozmowę.

Oczywiście osoby, które zgłoszą się bez zapowiedzi, również otrzymają pomoc. W biurze zawsze dostępni są pracownicy oraz prawnicy, którzy mogą przeprowadzić wstępną konsultację. Jeżeli będzie taka potrzeba, możliwe jest również późniejsze spotkanie ze mną.

Rozmawialiśmy już o priorytetach na początek kadencji, a jakie są pana największe nadzieje związane z pełnieniem funkcji rzecznika praw lekarza?

Mam nadzieję, że uda się doprowadzić do większej jednolitości w interpretacji przepisów prawa pracy dotyczących lekarzy i lekarzy dentyków. Obecnie obserwujemy bardzo duże różnice w podejściu poszczególnych placówek do kwestii czasu pracy, dyżurów czy form zatrudnienia.

Wynika to między innymi ze specyfiki naszego zawodu. Inaczej wygląda organizacja pracy chirurga, inaczej internisty, a jeszcze inaczej radiologa czy medyka nuklearnego. Obowiązujące przepisy nie zawsze uwzględniają tę różnorodność, co prowadzi do rozbieżnych interpretacji, często niekorzystnych dla lekarzy.

Prowadzimy rozmowy z instytucjami zajmującymi się ochroną praw pracowniczych, w tym z przedstawicielami Rady Ochrony Pracy. Chcemy wypracować bardziej przejrzyste i spójne rozwiązania, które ułatwią lekarzom wykonywanie zawodu i zapewnią większą pewność co do przysługujących im praw. To jeden z najważniejszych celów, które stawiam sobie na początku kadencji.

Zachęcam do kontaktu z Biurem RPL. Jesteśmy tu dla państwa. ●



Lekarzu, czujesz, że Twoje prawa są łamane?

Skontaktuj się z **Biurem Rzecznika Praw Lekarza**

Dyżury rzecznika praw lekarza
Pawła Doczekalskiego



wtorki 10.00–14.00 i środy 14.00–17.00



rzecznikprawlekarza@oilwaw.org.pl



22 542 83 28 | 691 224 246

Galeria sztuki w BOL

Chcemy, aby Biuro Obsługi Lekarza Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie nie było wyłącznie miejscem załatwiania spraw administracyjnych. Staramy się, aby była to również przestrzeń poznawania pasji lekarzy, którzy poza wykonywaniem zawodu rozwijają swoje talenty artystyczne. Temu celowi służy właśnie działająca w BOL galeria Art Medicis.



fol. A. Ludwikowska

W siedzibie OIL w Warszawie 10 czerwca odbyło się uroczyste otwarcie kolejnej wystawy, na której zaprezentowano obrazy Sekcji Malarskiej Komisji ds. Kultury powstałe podczas drugiego pleneru malarskiego w Radziejowicach oraz zdjęcia autorstwa lekarzy fotografików. Ekspozycja pokazuje, jak różnorodne zainteresowania rozwijają przedstawiciele środowiska lekarskiego i jak twórczo

potrafią łączyć medycynę z działalnością artystyczną.

Gości powitali wiceprezes ORL Jakub Zakrzewski oraz przewodnicząca Komisji ds. Kultury Justyna Kwitkiewicz. O działalności Sekcji Malarskiej oraz jej dorobku artystycznym opowiedział Włodzimierz Cerański, który od lat wspiera rozwój twórczości plastycznej wśród lekarzy i integruje środowisko skupione wokół sztuki.

Prezentowana wystawa jest kolejnym dowodem na to, że pasja lekarzy nie kończy się na medycynie. Fotografia, malarstwo i inne formy artystycznej ekspresji pozwalają spojrzeć na świat z wielu perspektyw, rozwijają kreatywność i wrażliwość, a jednocześnie stają się źródłem inspiracji w życiu zawodowym i prywatnym. Wystawę można oglądać w siedzibie OIL w Warszawie przy ul. Puławskiej 18. ●

Między medycyną a sztuką



fol. 1

Za nami XXIII Ogólnopolska i VI Międzynarodowa Wystawa Malarstwa Lekarzy. To wyjątkowe wydarzenie po raz kolejny udowodniło, że światy medycyny i sztuki doskonale się przenikają, a lekarze mają niezwykle wrażliwość artystyczną.

Tegoroczna edycja zgromadziła 55 autorów z 29 miejscowości w Polsce oraz ze Szwecji, którzy zaprezentowali aż 100 prac wykonanych w różnorodnych technikach. Wśród ekspozowanych dzieł znalazły się m.in. obrazy olejne, akwarele, prace wykonane tuszem alkoholowym, podziwialiśmy malarstwo na jedwabiu, a także patchworki i kompozycje łączące różne formy artystycznego wyrazu.

Mnogość technik i tematów sprawiła, że wystawa stała się niezwykle barwną opowieścią o głębokich emocjach, podróży, naturze i osobistych inspiracjach twórców.

Każda z prezentowanych prac była świadectwem indywidualnej wrażliwości autora i dowodem na to, że sztuka może być ważną przestrzenią wyrażania emocji, refleksji i pasji.

W tym roku Brązową Paletę za zestaw prac „Wenecja” i „Grecja” (fol. 1) otrzymał Tadeusz Wolski reprezentujący Okręgową Izbę Lekarską w Warszawie. Wyróżnienie zaś przyznano m.in. Annie Grzybowskię, również z naszej izby, za obraz „Tańcząca galaktyka” (fol. 2).

Wystawa po raz kolejny była miejscem do spotkania ludzi połączonych nie tylko zawodem, ale także miłością do sztuki. Była okazją do rozmów, wymiany doświadczeń i pokazania, że twórczość artystyczna może być dopełnieniem pracy lekarza oraz źródłem inspiracji zarówno dla autorów, jak i odbiorców. ●



fol. 2

Dzień, który nas łączy



JAKUB ZAKRZEWSKI
wiceprezes ORL w Warszawie

Tegoroczny Lekarski Dzień Dziecka po raz kolejny pokazał, jak ważne są spotkania, które pozwalają choć na chwilę oderwać się od codziennych obowiązków i spędzić czas w gronie rodziny oraz przyjaciół. Cieszy nas, że wydarzenie organizowane przez Okręgową Izbę Lekarską w Warszawie z roku na rok przyciąga coraz więcej uczestników. Tym razem 30 maja w Farmie Iluzji w Mościskach spotkało się prawie 4 tys. osób współtworzących wyjątkową atmosferę, z której słychać nasze rodzinne spotkania.

Szczególną wartością tego dnia były nie tylko przygotowane atrakcje, ale przede wszystkim obecność Państwa i Państwa bliskich.

Dużą satysfakcję przynosi nam również fakt, że dzięki zaangażowaniu całego zespołu pracującego przy organizacji wydarzenia oraz dzięki pozyskiwaniu nowych sponsorów możemy co roku wzbogacać program wydarzenia o kolejne atrakcje, a jednocześnie obniżyć koszt udziału przypadający na jedną osobę. Dzięki temu Lekarski Dzień Dziecka staje się jeszcze

bardziej dostępny dla lekarzy i ich rodzin. Nieustannie staramy się też doskonalić wydarzenia organizowane przez Okręgową Izbę Lekarską w Warszawie i jak najlepiej odpowiadać na oczekiwania naszych członków. Dlatego po zakończeniu Lekarskiego Dnia Dziecka przesłaliśmy do Państwa ankietę, której wyniki pomogą nam jeszcze lepiej przygotować kolejną edycję. Każda opinia i sugestia będzie dla nas cenną wskazówką na przyszłość.

Dziękujemy wszystkim, którzy byli z nami podczas tegorocznego Lekarskiego Dnia Dziecka. To właśnie Państwa obecność, energia i życzliwość sprawiają, że takie spotkania mają niepowtarzalny charakter. Razem tworzymy wspólnotę, która potrafi być nią nie tylko w pracy, ale także podczas odpoczynku, zabawy i rodzinnego świętowania.

Siłą samorządu lekarskiego są jego członkowie. To dzięki Państwa aktywności, zaangażowaniu i poczuciu wspólnoty budujemy środowisko, które nie tylko integruje, ale także skutecznie odpowiada na potrzeby lekarzy. ●

fot. Marcin Falirński

e-Izba dla lekarzy
i lekarzy dentyistów

Nowoczesny dostęp do danych



prosta aktualizacja
wygoda
bezpieczeństwo



Okręgowa
Izba Lekarska
w Warszawie



zaloguj się i sprawdź



Lekarski Dzień Dziecka w Farmie Iluzji



Rodzinny piknik Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie po raz kolejny okazał się wielkim sukcesem. W sobotę 30 maja niemal 4 tys. uczestników – lekarzy – rodziców, dziadków, ich dzieci i wnuków – wspólnie świętowało Dzień Dziecka w Edukacyjnym Parku Rozrywki Farma Iluzji w Mościskach. Było kolorowo, radośnie i naprawdę magicznie.

Lekarze wraz z rodzinami już po raz czwarty spotkali się na wspólnym świę-

towaniu, a po raz pierwszy gospodarzem wydarzenia była Farma Iluzji. Malownicze miejsce, pełne zieleni, atrakcji i niezwykłych zakątków, okazało się idealną przestrzenią do rodzinnej zabawy i odpoczynku na łonie natury.

Od samego rana na uczestników czekały liczne atrakcje przygotowane zarówno dla najmłodszych, jak i starszych dzieci oraz dorosłych. Na terenie parku można było spotkać całe rodziny – dzieci biegały między kolejnymi strefami

zabaw, rodzice i dziadkowie wspólnie odkrywali tajemnice Farmy Iluzji, a towarzyszyły im śmiech, dobra energia i wyjątkowa atmosfera integracji.

Ogromnym zainteresowaniem cieszyły się widowiskowe show tematyczne w klimacie pirackim i kowbojskim. Nie zabrakło emocji i zabaw prowadzonych przez animatorów. Dzieci chętnie uczestniczyły także w warsztatach i konkursach przygotowanych specjalnie na tę okazję.

Jednym z najbardziej magicznych miejsc była kraina Ilumisia – przestrzeń pełna czarów, iluzji i niezwykłych doświadczeń. To właśnie tam rzeczywistość mieszała się z magią, a mali i duzi goście mogli odkrywać zaskakujące zagadki, poznawać tajemnicze zakamarki i dać się porwać wyobraźni.

Równie dużym powodzeniem cieszyła się kraina Zefirka – miejsce stworzone dla odkrywców spragnionych przygód i spotkań z fantastycznymi stworzeniami. Każdy zakątek krył nową historię i zachęcał do wspólnej zabawy, a dzieci z ogromnym entuzjazmem ruszały na kolejne wyprawy.

W krainie Farmusia uczestnicy mogli odbyć niezwykłą podróż w czasie i przestrzeni. To wyjątkowa strefa łącząca do-



foto. Marcin Fajfński (6)

brą zabawę z odkrywaniem świata, różnych kultur i epok. Atrakcje edukacyjne połączone z rozrywką sprawiły, że zarówno dzieci, jak i dorośli z ciekawością eksplorowali kolejne miejsca.

Nie zabrakło także wodnego szaleństwa w krainie Iskierki. Plaża i wodne atrakcje dawały chwilę ochłody i mnóstwo radości wszystkim uczestnikom. Było dużo śmiechu, ruchu i wspólnego relaksu w prawdziwie letniej atmosferze.

Przez cały dzień odbywały się animacje i warsztaty. Dużym zainteresowaniem cieszyły się sale warsztatowe Hokus-Pokus, Czary-Mary i Abrakadabra. Na uczestników czekały dmuchańce, strzelnica, tor przeszkód, warsztaty taneczne, fotobudki, malowanie twarzy oraz zajęcia sportowe przygotowane przez akademię piłkarską.

Tegoroczny Lekarski Dzień Dziecka pokazał, jak ważne są wspólne chwile spędzane poza codziennymi obowiązkami. Była to doskonała okazja do in-



tegracji środowiska lekarskiego, rodzinnego odpoczynku i wspólnego celebrowania dziecięcej radości.

Dziękujemy wszystkim uczestnikom za obecność i wspólnie spędzony czas. Cieszymy się, że tak wielu lekarzy wraz

z rodzinami po raz kolejny odpowiedziało na nasze zaproszenie. Już dziś z niecierpliwością czekamy na kolejne spotkanie i wspólne świętowanie w gronie lekarskiej społeczności. Nie możemy się doczekać!



ORGANIZATOR



PARTNERZY



PATRON MEDIALNY



Emocje do ostatniego gwizdka

fot. Michał Krawczyk



Oficjalne zakończenie wiosennej edycji Lekarskiej Ligi Mistrzów OIL odbyło się 31 maja w Bemowskim Ośrodku Piłki Nożnej w Warszawie. Po rozegraniu ostatnich spotkań sezonu uroczyście wręczono medale, puchary oraz nagrody indywidualne dla najlepszych drużyn i zawodników.

Mistrzowski tytuł po raz trzeci z rzędu wywalczyła drużyna **Chłopcy Do Bicia**. Srebrne medale trafiły do zespołu **Dynamo Wołoska**, a brąz zdobyła **Sorentina**. Królami strzelców zostali *ex aequo* Piotr Gajewski (FC Stylus) oraz Marek Sanecki (Dynamo Wołoska), którzy zdobyli po 13 bramek. Najwięcej asyst zanotowali Krzysztof Bardecki (Najlepsi) i Kacper Jackowicz (Dynamo Wołoska). Tytuł MVP sezonu otrzymał Marek Sanecki (Dynamo Wołoska). Najlepszym bramkarzem wybrano Jakuba Falkowskiego, a najlepszym obrońcą Marka Kozakowskiego – obaj z Chłopców Do Bicia. Gratulujemy wszystkim wyróżnionym oraz dziękujemy zawodnikom, kibicom i partnerom. Do zobaczenia jesienią! ●

23.
IGRZYSKA
LEKARSKIE
CETNIEWO
26-30 sierpnia 2026

Rejestracja:






fot. Unsplash

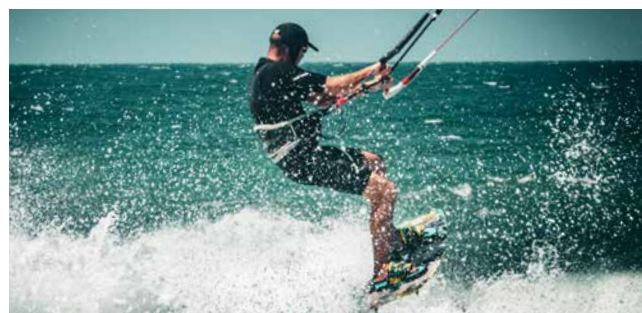
Rowerowy piknik

Komisja ds. Sportu ORL w Warszawie już po raz szósty organizuje rowerowy piknik dla lekarzy i lekarzy dentyistów. Spotkajmy się 20 września na Polanie Rekreacyjnej „Opaleń” w Kampinoskim Parku Narodowym!

W tym roku lekko zmieniamy format na bardziej rekreacyjny i rodzinny. Do wspólnego piknikowania w leśnym kompleksie Puszczy Kampinoskiej zachęcamy nie tylko miłośników kolarstwa, ale wszystkich fanów rowerowych kółek. Prosimy o zabranie koca do siedzenia oraz okrycia.

Rozkład jazdy:

- 11.00 – zbiórka uczestników, podział cyklistów na trasy i rozpoczęcie pikniku,
- 11.00–14.00 – gry i zabawy rodzinne, dmuchańce, animacje dla dzieci,
- 12.00–16.00 – ognisko i grill.



fot. Unsplash

VII Lekarski Obóz Surf & Kite 2026



Szczegóły
i zapisy

Komisja ds. Sportu ORL w Warszawie zaprasza lekarzy i lekarzy dentyistów na VII Lekarski Obóz Surf and Kite 2026 organizowany we współpracy ze Szkołą Kite Crew na Kampingu Chałupy 6 na Półwyspie Helskim.

W programie dwa razy dziennie nauka kitesurfingu oraz innych sportów wodnych, m.in. surfing, surfskate, SUP i wingfoila. Dla uczestników organizatorzy przewidzieli dwa terminy tygodniowych obozów (w tym siedem noclegów): 23–30 sierpnia i 30 sierpnia – 6 września. ●



Okręgowa
Izba Lekarska
w Warszawie

Klub Lekarza Przedsiębiorcy

Dla lekarzy i lekarzy dentystów
prowadzących własną działalność



Szkolenia menadżerskie,
prawne i księgowo



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



O karmieniu piersią bez granic

fot. Centrum Nauki o Laktacji



XIX Zjazd Centrum Nauki o Laktacji połączony z konferencją „Karmienie piersią bez granic”, który odbył się 29–30 maja 2026 r. w Warszawie, zgromadził lekarzy, położne i pielęgniarki zajmujących się opieką okołoporodową i poradnictwem laktacyjnym. Konferencja toczyła się w formule hybrydowej – stacjonarnie w Airport Hotel Okęcie oraz online. Patronem medialnym wydarzenia był miesięcznik „Puls”.

W trakcie konferencji omawiano globalne wyzwania WHO dotyczące żywienia dzieci, w tym zwiększenie do 2030 r.

odsetka dzieci karmionych wyłącznie mlekiem matki w szóstym miesiącu życia do 60 proc., co w kontekście wchodzącego w życie nowego Standardu Organizacyjnego Opieki Okoloporodowej w Polsce było cennym przesłaniem, zważywszy na niskie wskaźniki polskie. Podjęto też temat

niekorzystnego wpływu dokarmiania dzieci mieszankami sztucznymi w okresie stabilizacji laktacji, kiedy pokarmem pierwszego wyboru jest mleko matki.

Eksperti omawiali też systemy organizacji opieki laktacyjnej z udziałem lekarzy – certyfikowanych doradców laktacyjnych – prof. Anne Eglash z Uniwersytetu Wisconsin w USA oraz dr Liny Barskiej z Ukrainy.

W związku z tematem konferencji szeroko omawiano bezpieczeństwo szczepień ochronnych kobiet ciężarnych i karmiących oraz zagadnienia

związane z medycyną podróży. Dużą część programu stanowiły sesje warsztatowe poświęcone m.in. pierwszej pomocy w nagłych wypadkach, neurobiologii matki i dziecka, zaburzeniom snu dziecka oraz quiz przypadków klinicznych na podstawie aktualnych protokołów postępowania.

Uczestnicy podkreślali, że rozwój opieki laktacyjnej wymaga nie tylko aktualizacji wiedzy medycznej, wzmocnienia współpracy pomiędzy lekarzami, położnymi i pielęgniarkami, ale też wdrażania przez zarządzających ochroną zdrowia sprawdzonych strategii WHO, aby zapewnić pacjentkom skuteczną, przyjazną opiekę i realizować cele zdrowia publicznego.

Zjazd Centrum Nauki o Laktacji po raz kolejny stał się platformą wymiany doświadczeń i dyskusji o kierunkach rozwoju opieki nad matką i dzieckiem, a także miejscem spotkania środowiska zaangażowanego w poprawę jakości opieki okołoporodowej. ●

Innovation Day 2026

O bezpieczeństwie lekowym i przyszłości systemu ochrony zdrowia debatowano 9 czerwca 2026 r. w siedzibie Polskiej Agencji Prasowej w Warszawie podczas VIII edycji konferencji Innovation Day.

Wydarzenie odbyło się pod hasłem „Bezpieczeństwo lekowe Polski i Europy. Nauka, medycyna, rozwój” i zgromadziło przedstawicieli administracji publicznej, środowiska naukowego, instytucji badawczych oraz sektora ochrony zdrowia. Patronatu medialnego konferencji udzielił miesięcznik „Puls”.

Podczas spotkania eksperci dyskutowali o kluczowych wyzwaniach związanych z zapewnieniem bezpieczeństwa lekowego, rozwojem innowacyjnych terapii oraz odpornością systemu ochrony zdrowia w kontekście zmian geopolitycznych i gospodarczych.

Ważnym punktem programu był panel „Nauka i kadry – kapitał naukowy

i kadry dla bezpieczeństwa lekowego”. Uczestniczący w nim eksperci rozmawiali o znaczeniu współpracy między nauką a praktyką kliniczną, rozwoju kadr medycznych, oraz

budowaniu potencjału badawczego w Polsce. Podkreślano, że stabilne zaplecze kadrowe i naukowe stanowi jeden z fundamentów bezpieczeństwa lekowego. W debacie wzięł udział Artur Białoszewski, dyrektor Ośrodka Strategii i Analiz Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie. Dyskusja koncentrowała się wokół roli współpracy instytucji publicznych, środowiska medycznego i naukowego w tworzeniu warunków sprzyjających rozwojowi innowacji oraz wzmocnianiu systemu ochrony zdrowia.

Uczestnicy konferencji zwracali uwagę, że bezpieczeństwo lekowe nie może



fot. J. Jurkiewicz

być rozpatrywane wyłącznie w wymiarze dostępności produktów leczniczych. Obejmuje ono również rozwój badań naukowych, inwestycje w kadry oraz budowę stabilnych mechanizmów współpracy między sektorem publicznym a naukowym i przemysłowym.

Innovation Day 2026 stworzył okazję do refleksji nad najważniejszymi wyzwaniami stojącymi przed systemem ochrony zdrowia w Polsce i Europie. Wnioski z debat wskazują na potrzebę długofalowych działań wzmocniających odporność systemu oraz rozwijających jego potencjał badawczy i organizacyjny. ●



Lekarski Uniwersytet Trzeciego Wieku „Nestor”



Tematy wykładów w I semestrze V roku akademickiego (2026/2027)

- 6.10.2026 r.** Inauguracja roku akademickiego
Sylwetka doktora Kazimierza Wica – prof. dr hab. Michał Musielak
- 20.10.2026 r.** **Emerytura – złoty czas odpoczynku czy syndrom pustego gniazda i depresja**
– Halina Chmielewska
- 3.11.2026 r.** **Zamach na ambasadę PRL w Bernie** – płk Marek Purzycki
- 17.11.2026 r.** **Wiek to nie metryka, a psychika** – dr Ewa Kucharczyk-Deja
- 1.12.2026 r.** **Lwów i jego orlęta** – dr Andrzej Szteliga
- 15.12.2026 r.** **Spotkanie przedświąteczne**
- 12.01.2027 r.** **Nowoczesna kardiologia zapalenia mięśnia serca i osierdzia**
– dr hab. n. med. Olga Dzikowska-Diduch
- 19.01.2027 r.** **Komu jest potrzebny kodeks etyki lekarskiej** – prof. dr hab. Paweł Łuków
- 2.02.2027 r.** **Jak przeżyć kryzys** – dr Piotr Zakrzewski

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!

Podlasie. Magiczne czy medyczne?



MONIKA MIŁOŚZ
humanistka medyczna

Podlasie pachnie macierzanką, miętą i rumiankiem. Mieni się drewnem, słomą i olejem lnianym. Na tych ziemiach rośliny lecznicze od pokoleń były cennym dziedzictwem – źródłem wiedzy, troski i nadziei na zdrowie. Tutejsza historia medycyny prowadzi od pałacowych sal i akademickich gablot po praktykowane „pod strzechą” domowe wierzenia.

Warszawa i Białystok – co je łączy? Na pewno rodzina Branickich – jeden z najważniejszych rodów magnackich dawnej Rzeczypospolitej. Ich warszawska rezydencja przy Miodowej 6 znajduje się vis-à-vis Pałacu Paca, obecnej siedziby MZ. Ciekawym zbiegiem okoliczności również białostocki Pałac Branickich ma swoją medyczną historię.

WERSAL PODLASIA

Pałac powstał na miejscu wcześniejszego, XVI-wiecznego dworu obronnego. Barokowy rozmach zawdzięcza przebudowie zarządzonej przez hetmana wielkiego koronnego Jana Klemensa Branickiego. Medyczna historia tego miejsca zaczęła się jeszcze w XVIII w.: w 1790 r., za sprawą żony hetmana Izabeli Branickiej, powołano tu Pałacową

Szkołę Położnych. Po śmierci Branickich rezydencja stopniowo traciła swój magnacki charakter. Gdy w czasie I wojny światowej front przesunął się przez Białystok, pałac zajęły wojska niemieckie i urządziły w nim szpital polowy.

II wojna światowa przyniosła pałacowi poważne zniszczenia. W 1944 r., podczas odwrotu Niemców, budynek został spalony i zdewastowany. Od 1950 r. pałac należy do Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku i jest jego główną siedzibą. W reprezentacyjnych przestrzeniach mieszczą się m.in. rektorat, Aula Magna oraz Muzeum Medycyny i Farmacji.

Muzeum prowadzi zwiedzających przez rekonstrukcję dawnej podlaskiej apteki oraz sale tematyczne poświęcone m.in. chirurgii, radiologii, stomatologii i okulistyce. W gablotach stoją stare naczynia apteczne, mikroskopy, narzędzia dentystyczne, aparaty rentgenowskie i preparaty anatomiczne. Pałac, który był sceną magnackiego życia, wojennego lazaretu i powojennej uczelni, dziś opowiada historię medycyny przez pryzmat kolejnych epok.

„KURACISTO” ZNACZY LEKARZ

W Białymstoku w 1859 r. urodził się Ludwik Zamenhof – lekarz okulista pochodzenia żydowskiego, znany światu przede wszystkim jako twórca języka esperanto. Dorastał pośród wielu kultur: Polaków, Żydów, Rosjan i Niemców. Wspominał później, że od dzieciństwa słyszał różne języki i dostrzegł napięcia między ludźmi, którzy żyli obok siebie, ale nie potrafili się porozumieć. Z tego doświadczenia miało narodzić się esperanto – próba znalezienia lekarstwa na podziały. Okulista, który dobrze wiedział, jak ważne jest widzenie, stworzył język mający pomóc ludziom lepiej zobaczyć siebie nawzajem. O Zamenhofie przypominają zarówno ekspozycja w Muzeum w Pałacu Branickich, jak i wystawa stała w Centrum Ludwika Zamenhofa działającym przy Białostockim Ośrodku Kultury.

Warto dodać, że Zamenhof nie jest jedynym medykiem związanym z Białymstokiem, którego nazwisko zapisało się szerzej w historii. Z miastem związane są również Karol Buluk – odkrywca XIII czynnika krzepnięcia krwi, Albert



Muzeum w Pałacu Branickich w Białymstoku



Wystawa „Ręcznikowe ogrody” Muzeum Obojga Narodów

Sabin – lekarz i wirusolog, twórca doustnej szczepionki przeciw polio, oraz Tadeusz Dzierżykray-Rogalski – lekarz, antropolog i paleopatolog, uczestnik ekspedycji antropologicznych w Egipcie i Sudanie.

PRZYSZEDŁ ZNACHOR DO APTEKI...

Kolejnym punktem podróży jest Bielsk Podlaski. To tutaj, w rynku, stoi budynek, który wielu widzów rozpoznaje z filmowej adaptacji „Znachora” w reżyserii Jerzego Hoffmana. Na parterze mieścił się sklep, w którym pracowała córka profesora Rafała Wilczura. Po 1951 r. w tym samym lokalu działała apteka. Dziś jest tam sklep obuwniczy, ale pamięć o filmowej i aptekarskiej historii miejsca przechowuje znajdujące się naprzeciwko Muzeum Obojga Narodów.

Wystawa stała poświęcona jest ziołolecznictwu i praktykom znachorskim na Podlasiu. Wśród zasuszonych roślin i plansz informacyjnych pojawiają się gatunki dobrze znane – melisa, nagietek, rozmaryn – ale też bardziej tajemnicze: przytulia, jasnota czy bukwica. Ekspozycja pokazuje znachorstwo nie jako folklorystyczną ciekawostkę, lecz jako zjawisko wyrastające z konkretnych potrzeb: braku dostępu do lekarzy, wysokich kosztów leczenia i nieufności wobec oficjalnej medycyny.

Na piętrze mieści się wystawa czasowa „Ręcznikowe ogrody”, którą można oglądać do końca wakacji. Kolekcja liczy ponad 450 ręczników zdobionych haftami kwiatowymi i koronkowymi zakończeniami. Wśród haftowanych

róż, bratków i ptaków kryje się opowieść o ludzkim ciele. Ręcznik ludowy na Podlasiu nie był wyłącznie przedmiotem codziennego użytku. Towarzyszył człowiekowi od pierwszych chwil życia aż po jego kres: zawijano w niego niemowlę, ozdabiano nim dom, wykorzystywano podczas uroczystości rodzinnych, a na końcu życia pojawiał się przy obmywaniu ciała zmarłego. Był więc znakiem ciągłości – delikatną nicią łączącą ciało, dom i pamięć.

Z WIZYTĄ W DOMKU SZEPTUCHY

Ostatnim punktem podróży jest Ziołowy Zakątek w Korycinach – kompleks agroturystyczny, który na powierzchni prawie 20 ha skupia podlaską kulturę, tradycyjną zabudowę, rękodzieło

i przede wszystkim zioła. Zgromadzone tu rośliny używane dawniej i dziś w kuchni, lecznictwie, barwiarstwie, tkactwie, a także w celach magicznych.

Na mapie kompleksu znajdują się m.in. zielarnia, w której prowadzone są warsztaty ziołowe, ogród z dziko rosnącymi roślinami leczniczymi, Różany Domek – swoiste muzeum róży pokazujące, jak powstają olejki eteryczne – oraz domek szeptuchy. Szeptucha to kobieta, która w dawnej tradycji pośredniczyła między człowiekiem a siłą wyższą: używając magicznych sposobów, odganiała choroby i „zamawiała” u Boga zdrowie.

Dziś w Ziołowym Zakątku także można coś zamówić – choćby słynne sery korycińskie albo mniej oczywiste zupy: pokrzywową czy różaną. Zachęcam do odwiedzenia pobliskiego Podlasia latem. Nie jest to daleka trasa, ale wyprawa z pewnością odległa pod względem liczby doznań: zapachów, smaków, faktur i opowieści.

INFORMACJE PRAKTYCZNE

Muzeum Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku i Pałacu Branickich
Białystok, ul. Jana Kilińskiego 1
Cena biletu: 30–35 zł

Centrum im. Ludwika Zamenhofa
Białystok, ul. Warszawska 19
Cena biletu: 8 zł

Muzeum Obojga Narodów
Bielsk Podlaski,
ul. Adama Mickiewicza 45
Cena biletu: 12 zł



Chata w Ziołowym Zakątku w Korycinach

Jadwiga Słowińska-Srzednicka

PROF. DR HAB. N. MED. WOJCIECH ZGLICZYŃSKI

kierownik Kliniki Endokrynologii CMKP

dyrektor ds. klinicznych Szpitala Bielańskiego w Warszawie



fot. archiwum prywatne

W Szpitalu Bielańskim w Warszawie, z którym przez 48 lat związana była zawodowo, na wieczny dyżur odeszła 18 maja 2026 r. śp. prof. dr hab. n. med. Jadwiga Słowińska-Srzednicka.

Wybitny lekarz, ceniony specjalista w dziedzinie chorób wewnętrznych i endokrynologii, nauczyciel akademicki oraz wieloletni organizator medycznego kształcenia podyplomowego. Odeszła, pozostawiając trwały ślad w polskiej medycynie oraz w środowisku endokrynologów.

Profesor Jadwiga Słowińska-Srzednicka ukończyła Warszawską Akademię Medyczną w 1967 r. Przez pierwszych pięć lat pracowała w oddziale chorób wewnętrznych Szpitala Praskiego, a następnie od 1978 r. związała

swoją działalność zawodową i naukową z Kliniką Endokrynologii Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego w Szpitalu Bielańskim.

W 1978 r. uzyskała specjalizację II stopnia z chorób wewnętrznych, w 1980 r. stopień doktora nauk medycznych, a w 1981 r. specjalizację z endokrynologii. Stopień doktora habilitowanego otrzymała w 1989 r., tytuł profesora w 1997 r., zaś stanowisko profesora zwyczajnego objęła w 2001 r.

W latach 1998–2002 pełniła funkcję zastępcy dyrektora CMKP ds. dydaktycz-

nych i naukowych, natomiast w latach 2002–2008, przez dwie kadencje, była dyrektorem tej uczelni. W tym okresie przeprowadzono restrukturyzację CMKP, powołano nowe kliniki i zakłady, zintensyfikowano działalność dydaktyczną i naukową oraz odzyskano dla CMKP, jako organu założycielskiego, szpitale kliniczne im. Tadeusza Orłowskiego w Warszawie i im. Adama Grucy w Otwocku. Utworzono również studia doktoranckie. Przebudowano i wyremontowano budynek CMKP, a także zmodernizowano i wyposażono sale wykładowe.

Jako dyrektor CMKP, a następnie od 2009 r. jako pełnomocnik dyrektora, nadzorowała przygotowanie i realizację projektów współfinansowanych ze środków Europejskiego Funduszu

Společnego, przyczyniając się do rozwoju nowoczesnego systemu kształcenia kadr medycznych w Polsce.

Była autorką i współautorką ponad 200 publikacji naukowych, doniesień zjazdowych oraz rozdziałów w podręcznikach z zakresu chorób wewnętrznych, endokrynologii klinicznej i hipertensjologii.

Dorobek naukowy prof. Jadwigi Słowińskiej-Srzednickiej koncentrował się na badaniach dotyczących roli czynników hormonalnych w patogenezie chorób o istotnym znaczeniu społecznym, w szczególności nadciśnienia tętniczego, choroby wieńcowej, menopauzy oraz androgenizacji.

Za wybitne zasługi została uhonorowana Krzyżem Oficerskim Orderu Odrodzenia Polski, Krzyżem Kawalerskim Orderu Odrodzenia Polski, Złotym Krzyżem Zasługi, Medalem Edukacji Narodowej, Odznaką Honorową „Zasłużony dla Warszawy” oraz Odznaką Honorową „Zasłużony Pracownik Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego”. Polskie Towarzystwo Endokrynologiczne nadało Jej godność Członka Honorowego.

Dla współpracowników, kolegów i uczniów była wzorem odpowiedzialności i rzetelności, kompetencji i profesjonalizmu, a także lojalności i skromności.

Na zawsze pozostanie w pamięci wszystkich, którzy mieli zaszczyt z Nią pracować.

Profesor Jadwigę Słowińską-Srzednicką pożegnaliśmy w sposób dostojny i uroczysty 29 maja 2026 r. na Cmentarzu Północnym w Warszawie. ●

**UCHWAŁA NR 226/R-X/26
OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W WARSZAWIE
Z 10 CZERWCA 2026 R.**

w sprawie powołania rady programowej biuletynu Miesięcznik Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie im. prof. Jana Nielubowicza „Puls”

Na podstawie art. 25 pkt 10 i pkt 16 ustawy z 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (t.j. Dz.U. z 2021 r., poz. 1342 z późn. zm.), w zw. z § 4 pkt 12 Regulaminu Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie stanowiącego załącznik do uchwały nr 24/Z-IX/26 Okręgowego Sprawozdawczo-Wyborczego Zjazdu Lekarzy Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie z 15 marca 2026 r., a także w zw. z uchwałą 390/R-IX/24 Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie z 4 września 2024 r. w sprawie powierzenia pani Aleksandrze Sokalskiej funkcji redaktora naczelnego biuletynu Miesięcznik Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie im. prof. Jana Nielubowicza „Puls” – uchwała się, co następuje:

§ 1

Okręgowa Rada Lekarska w Warszawie powołuje radę programową biuletynu Miesięcznik Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie im. prof. Jana Nielubowicza „Puls” w następującym składzie:

Krzysztof Herman,
Małgorzata Terlecka-Maciejewska,
Aleksandra Sokalska,
Dorota Lebedzińska,
Mariusz Borkowski,
Marcin Aluchna,
Katarzyna Zakrzewska,
Anna Prawdzik.

§ 2

Traci moc uchwała nr 180/R-IX/24 Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie z 8 maja 2024 r. w sprawie powołania rady programowej biuletynu Miesięcznik Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie im. prof. Jana Nielubowicza „Puls”.

§ 3

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

-20%

na wszystkie atrakcje i
przeżycia Super Prezentów!*

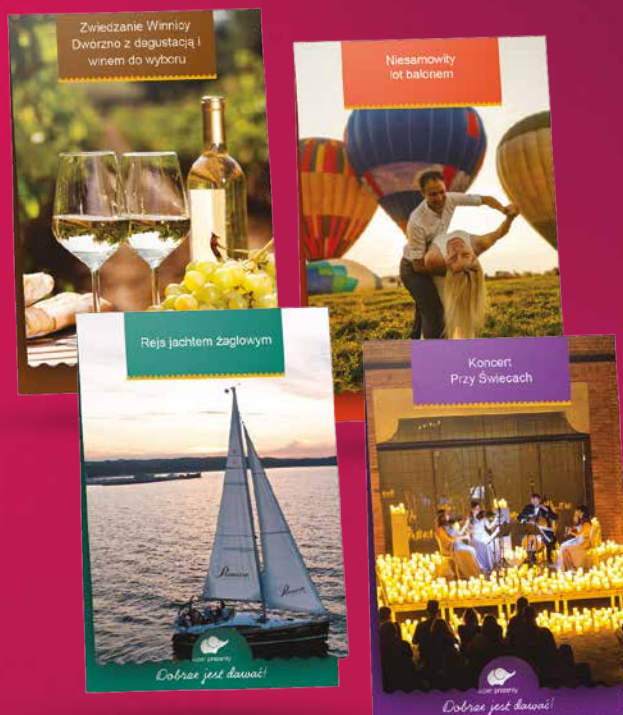
KOD RABATOWY:

OILWAW20

Relaksujące masaże, przejażdżki sportowymi samochodami, wykwintne kolacje i degustacje, loty widokowe, romantyczne pobyty w najpiękniejszych zakątkach Polski, super atrakcje dla dzieci i wiele więcej!

Podaruj niezapomniane przeżycie sobie lub bliskiej osobie!

* Kod rabatowy obowiązuje w terminie 01.07-30.09.2026 r., wyłącznie na www.superprezenty.pl. Rabat nie dotyczy bonów podarunkowych, kart podarunkowych do sklepów i centrów handlowych oraz przeżyć oferowanych przez wybrane firmy.



Z głębokim żalem i smutkiem zawiadamiamy,
że 19 maja 2026 r. odeszła na wieczny dyżur

**śp. prof. dr hab. n. med.
Jadwiga Słowińska-Srzednicka**

wybitny lekarz, specjalista chorób wewnętrznych
i endokrynologii, nauczyciel akademicki, naukowiec
oraz wieloletni Dyrektor Centrum Medycznego
Kształcenia Podyplomowego.

Przez 48 lat swojej działalności zawodowej
była związana z Kliniką Endokrynologii CMKP
w Szpitalu Bielańskim w Warszawie. Wniosła
nieoceniony wkład w rozwój polskiej endokrynologii,
będąc autorką licznych publikacji naukowych oraz
wychowawcą wielu pokoleń lekarzy.

Pełniąc funkcję dyrektora CMKP, przyczyniła się
do rozwoju tej uczelni oraz medycznego kształcenia
podyplomowego w Polsce.

Za swoją działalność naukową, dydaktyczną
i organizacyjną została uhonorowana wieloma
odznaczeniami państwowymi i środowiskowymi,
a Polskie Towarzystwo Endokrynologiczne nadało
Jej godność Członka Honorowego.

Pozostanie w naszej pamięci jako wybitny Lekarz,
wzór odpowiedzialności, kompetencji i lojalności
oraz Człowiek wielkiej wiedzy, kultury i skromności.

prof. Wojciech Zgliczyński
z Zespołem Kliniki Endokrynologii CMKP
w Szpitalu Bielańskim w Warszawie

Z głębokim smutkiem przekazujemy
wiadomość o śmierci

dr n. med. Elżbiety Rusieckiej-Kuczałek

Pani doktor była zaangażowana w działalność
samorządu lekarskiego. Od 1993 r. była delegatem
na zjazd, od 1997 r. członkiem Okręgowego Sądu
Lekarskiego. W latach 2005–2013 pełniła funkcję
Przewodniczącej Okręgowego Sądu Lekarskiego
(V oraz VI kadencji).

Pani doktor pozostanie w naszej pamięci nie tylko
jako wybitny Lekarz i wieloletni działacz samorządu
lekarskiego, ale przede wszystkim jako Człowiek o wielkim
sercu, życzliwości i niezwyklej empatii. Zawsze otwarta
na potrzeby innych, służyła pomocą, radą i wsparciem,
dzieląc się wiedzą, doświadczeniem i mądrością.
Potrafiła dostrzec człowieka tam, gdzie inni widzieli
jedynie problem. Swoją postawą budowała atmosferę
wzajemnego szacunku i zaufania. Była bez reszty oddana
idei samorządności lekarskiej, a pracą na rzecz środowiska
lekarskiego wykonywała z ogromnym zaangażowaniem,
odpowiedzialnością i troską o dobro wspólne.

Jej oddanie pacjentom, lekarzom oraz samorządowi
lekarskiemu pozostanie trwałym świadectwem Jej
wyjątkowej osobowości i służby drugiemu człowiekowi.

Delegacja Okręgowego Sądu Lekarskiego w Warszawie
pożegnała dr n. med. Elżbietę Rusiecką-Kuczałek
podczas uroczystości pogrzebowych, które odbyły się
9 czerwca 2026 r. o godz. 12.00 w Kościele św. Karola
Boromeusza na Powązkach 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 Lebiedzińska
SEKRETARZ REDAKCJI: Karolina Stępniewska – k.stepniewska@oilwaw.org.pl

WSPÓŁPRACUJĄ: Magdalena Flaga-Łuczkiwicz, Maria Libura,
Agata Ludwikowska, Hanna Odziemska, Artur Olesch, Gabriela Pacek,
Zuzanna Pierścińska, Paweł Walewski

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

Małgorzata Terlecka-Maciejewska WICEPREZES ORL

Jakub Zakrzewski WICEPREZES ORL

Grzegorz Kwitkiewicz WICEPREZES ORL DS. LEKARZY DENTYSTÓW

Karol Stępniewski WICEPREZES ORL, PRZEWODNICZĄCY DELEGATURY RADOMSKIEJ

Magdalena Flaga-Łuczkiwicz PEŁNOMOCNIK OIL DS. ZDROWIA LEKARZY I LEKARZY DENTYSTÓW

Piotr Winciunas PEŁNOMOCNIK PREZESA ORL DS. OPERACYJNYCH

Agnieszka Skoczylas PEŁNOMOCNIK OIL DS. OPIEKI SENIORALNEJ I GERIATRII

Robert Madejek PEŁNOMOCNIK OIL DS. PRZECIWDZIAŁANIA DYSKRYMINACJI

Wiktor Możarowski PEŁNOMOCNIK OIL DS. STUDENCKICH

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, LUTW „NESTOR”,
RODZIN LEKARSKICH, SPRAW LEKARZY SENIORÓW**

Kontakt przez zespół obsługi komisji tel. 22 542 83 33 | zok@oilwaw.org.pl

DS. ZWOLNIEŃ LEKARZY Z OBOWIĄZKU OPLACANIA 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

Oral-B

iO™



o 100%
czystsze zęby*



Guerra
AMBASADORKA
ZDROWYCH NAWYKÓW

* w porównaniu z użyciem zwykłej szczoteczki manualnej