



ISSN 1232-0161 egzemplarz bezpłatny

# X Mazowieckie Spotkania Stomatologiczne

RECEPTA NA ŻYCIE? UBEZPIECZENIE DLA LEKARZY

## Prywatne L4. Bez karencji i ukrytych zapisów!

Zyskaj aż do 80% miesięcznego przychodu przez 24 miesiące w razie choroby lub wypadku, dzięki ubezpieczeniu Utraty Dochodu Leadenhall. Warto się ubezpieczyć.

✓ Świadczenie wypłacane nawet od pierwszego dnia niezdolności do pracy

✓ Nawet do 50 000 zł na miesiąc

✓ Jednorazowe odszkodowanie nawet do 10 mln zł

✓ Ochrona również w przypadku choroby zwyrodnieniowej kręgosłupa

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

*Ulotka nie stanowi oferty w rozumieniu art. 66 Kodeksu cywilnego*

ZADZWOŃ I OTRZYMAJ SPERSONALIZOWANĄ OFERTĘ!

**Jolanta Ślesak-Ciuła**

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

# Spis treści



okładka: Marta Konarzewska

## TEMAT NUMERU

### 4 | Sprawy lekarzy dentystów

Aleksandra Sokalska

### 5 | W zdrowiu najważniejsza jest świadomość

Artur Drobnik

### 16 | LDEK, staż, rezydentura

Anna Prawdzik

### 17 | X Mazowieckie Spotkania Stomatologiczne

### 18 | Zdrowie zaczyna się od zębów

Rozmowa z dr n. med. Ewą Rusyan, specjalistką stomatologii ogólnej i periodontologii, adiunktem w Zakładzie Stomatologii Zachowawczej WUM

### 20 | Senior, szczoteczka i AI

Wywiad z dr. hab. n. med. Piotrem Regulskim, kierownikiem Pracowni Obrazowania Cyfrowego i Wirtualnej Rzeczywistości, prodziekanem ds. współpracy z zagranicą i kierunków lekarsko-dentystycznego w języku angielskim i elektroradiologii Wydziału Lekarsko-Stomatologicznego WUM

### 22 | Szczeka

Jerzy Bralczyk

### 24 | Srebrne tsunami

### 25 | Zdrowie jamy ustnej to sprawa całej medycyny

Wyzwanie 10 x 10

## MEDYCyna

### 6 | 10 dla Serca

Rozmowa z prof. dr. hab. n. med. Piotrem Dobrowolskim z Narodowego Instytutu Kardiologii, konsultantem wojewódzkim w dziedzinie kardiologii, pełnomocnikiem Ministra Zdrowia ds. Narodowego Programu Chorób Układu Krążenia na lata 2022–2032

### 9 | Oszczędności, które kosztują zdrowie

Krzysztof Herman

### 10 | Ostrożny optymizm

Magdalena Flaga-Łuczkiwicz

### 12 | Kręta droga do nieśmiertelności

Paweł Walewski

### 14 | Żywnienie kliniczne – wiedza tajemna czy spektakularne leczenie dostępne dla każdego?

Jacek Sobocki

## ZDROWIE PUBLICZNE

### 30 | Gra o staż

Małgorzata Solecka

### 32 | ChatGPT Health ma dostęp do EDM. Jak działa i co oznacza dla lekarzy?

Artur Olesch

### 34 | Co z tymi cięciami?

Małgorzata Solecka

## PRAWO

### 36 | Zmiany w przepisach

Filip Niemczyk

### 38 | Zachowanie tajemnicy zawodowej w leczeniu psychiatrycznym

Gabriela Pacek

## IZBA BLIŻEJ LEKARZY

### 40 | Lekarz ugotowany w trzech sma(cz)kach

Hanna Odziemska

### 42 | Odmowa zwrotu kosztów podróży lekarzom stażystom

Rzecznik praw lekarza

### 43 | Pierwsze obrady Okręgowej Rady Lekarskiej X kadencji

Relacja z posiedzenia

### 44 | Nowy benefit OIL: na czterech kółkach

Rozmowa z Michałem Łuczakiem, właścicielem medlexu

### 46 | Aktualności Komisji ds. Kultury

### 47 | Aktualności Komisji ds. Sportu

## WYDARZENIA

### 28 | „Zdrowa Polka – profilaktyka, diagnoza, system”

Relacja z konferencji zorganizowanej przez OIL w Warszawie

### 48 | Artificial Intelligence in Medicine (AIMed) 2026 w Krakowie

### 48 | XIX Zjazd Centrum Nauki o Laktacji

### 50 | Matka interna

### 51 | II Światowy Dzień Adherence

## PO DYŻURZE

### 52 | Przypadek, który stał się misją

Wywiad z Lilianą Piwowarczyk, nestorką samorządu lekarskiego



Pobierz  
PDF lub e-book!

# Sprawy lekarzy dentystów



**ALEKSANDRA SOKALSKA**  
redaktor naczelna

**Z**drowie zaczyna się od zębów – to zdanie coraz częściej można usłyszeć nie tylko z ust lekarzy dentystów, ale także lekarzy innych specjalizacji. Dobitnie mówi o tym dla „Pulsu” dr n. med. Ewa Rusyan, specjalistka stomatologii ogólnej i periodontologii, adiunkt w Zakładzie Stomatologii Zachowawczej WUM, która wymieniając listę chorób mających źródło w stanach zapalnych przyzębia, konkluduje: *stan jamy ustnej jest nierozzerwalnie związany ze zdrowiem całego organizmu.*

Z drugiej strony ocena zdrowia zębów może wiele powiedzieć o innych chorobach, bo jak mówi dr hab. n. med. Piotr Regulski, kierownik Pracowni Obrazowania Cyfrowego i Wirtualnej Rzeczywistości: *Jama ustna jest swego rodzaju lustrem organizmu. Choroby ogólnoustrojowe mogą dawać objawy właśnie w niej.* Oboje nasi eksperci udowadniają, że stomatologia jest wymagającą dziedziną, ale też niezwykle rozwijającą, a przede wszystkim absolutnie niezbędną w procesie leczniczym. Tymczasem jednak, jak podsumowuje dr Ewa Rusyan: *jako dentyści wciąż zbyt rzadko występujemy w roli pełnoprawnych partnerów w procesie leczenia ogólnego.*

Dlatego Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie dużą wagę przywiązuje do pracy lekarzy dentystów, dbając o ich możli-

wość rozwoju. Już po raz 10. z jej inicjatywy odbędą się Mazowieckie Spotkania Stomatologiczne, które są jednym z największych wydarzeń dla lekarzy dentystów w Polsce. Dwa dni konferencji, 30 wykładów, 25 punktów edukacyjnych i pięć obowiązkowych punktów radiologicznych do zdobycia. Mnóstwo wiedzy, możliwość wymiany opinii, zadawania pytań, a także zacieśniania kontaktów z ludźmi „z branży”.

W MSS miałam przyjemność uczestniczyć w zeszłym roku i jestem pod ogromnym wrażeniem społeczności lekarzy dentystów. W tym roku będzie podobnie, a może nawet jeszcze lepiej, wszak to jubileuszowe, X Mazowieckie Spotkania Stomatologiczne! Jeszcze trwają zapisy, więc warto skorzystać i jak najszybciej się zgłosić, bo miejsca znikają jak świeże bułeczki\*. Serdecznie zapraszam na konferencję i obiecuję, że „Puls” także się stawi, by zdać relację ze spotkań i warsztatów. Do zobaczenia zatem 19 czerwca w Hotelu Narvil w Serocku.

\* Szczegóły i zapisy na X Mazowieckie Spotkania Stomatologiczne



## Przeciążenie pracą? Wypalenie zawodowe?



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

**Terminy najbliższych spotkań:** 15 maja | 26 czerwca | godz. 18.00–20.30

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



Szczegółowe informacje  
i zapisy na stronie

# W zdrowiu najważniejsza jest świadomość



**ARTUR DROBNIAK**  
prezes ORL w Warszawie

**K**ażde spotkanie środowiska lekarskiego ma sens wtedy, gdy prowadzi do refleksji nad tym, jak lepiej dbać o zdrowie pacjentów i efektywniej organizować naszą pracę. Ostatnie tygodnie przyniosły, a najbliższe przyniosą w naszej izbie wydarzenia, które – choć dotyczą różnych obszarów medycyny – łączy wspólny mianownik: troska o zdrowie pacjentów oraz o przyszłość naszego systemu ochrony zdrowia.

Konferencja „Zdrowa Polka”, którą zorganizowała Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie, była ważnym głosem w dyskusji o zdrowiu kobiet. Rozmawialiśmy o profilaktyce, o dostępie do świadczeń, o wyzwaniach zdrowotnych, które wymagają większej uwagi zarówno ze strony lekarzy, jak i decydentów. Nie sposób przy tym nie zauważyć, że kobiety odgrywają dziś ogromną rolę także w samym środowisku medycznym. Stanowią większość lekarzy, a w stomatologii ta przewaga jest szczególnie widoczna. To właśnie lekarki dentystki w dużej mierze kształtują dziś oblicze tej części medycyny.

Stomatologia, mimo swojej znaczącej roli w zdrowiu publicznym, wciąż mierzy się z wieloma problemami systemowymi. Zdrowie jamy ustnej bywa niesłusznie traktowane jako obszar drugoplanowy, często utożsamiany z estetyką, tymczasem jego znaczenie dla ogólnego stanu zdrowia pacjenta jest nie do przecenienia. Choroby jamy ustnej wpływają na choroby ogólnoustrojowe, jakoś życia, a także na funkcjonowanie społeczne i zawodowe pacjentów.

W praktyce codziennej lekarzy dentystów widać jednak wyraźnie, że system nie nadąża za rzeczywistymi potrzebami zdrowotnymi społeczeństwa. Niedoszacowane świadczenia, ograniczony zakres leczenia finansowanego ze środków publicznych oraz narastające problemy organizacyjne powo-

dują, że ciężar leczenia w dużej mierze przenosi się na sektor prywatny. To rodzi pytania o dostępność leczenia dla pacjentów i o kierunek, w jakim powinna rozwijać się opieka stomatologiczna w Polsce, bo potrzebna jest stała środowiskowa dyskusja o przyszłości tej dziedziny.

W czerwcu odbędzie się jubileuszowa, 10. edycja Mazowieckich Spotkań Stomatologicznych – dziś największej konferencji stomatologicznej organizowanej przez samorząd lekarski w Polsce. Przez lata wydarzenie to stało się ważnym miejscem spotkań środowiska lekarzy dentystów, wymiany doświadczeń oraz dyskusji o kierunkach rozwoju współczesnej stomatologii. Tegoroczna edycja, oprócz wymiaru jubileuszowego, będzie miała również bardzo silny komponent merytoryczny. W programie znajdują się prelekcje wybitnych specjalistów, a wśród prelegentów będą krajowi i wojewódzcy konsultanci w dziedzinach stomatologicznych. Dzięki temu Mazowieckie Spotkania Stomatologiczne pozostają nie tylko ważnym wydarzeniem integrującym środowisko, ale także istotnym forum aktualizacji wiedzy i prezentacji najnowszych osiągnięć naukowych.

Zdrowie jamy ustnej jest integralną częścią zdrowia człowieka. Nie można mówić o nowoczesnym systemie ochrony zdrowia, jeśli ten obszar pozostaje na marginesie. Dlatego tak ważne jest, abyśmy jako środowisko lekarskie konsekwentnie przypominali o jego znaczeniu – zarówno w kontekście zdrowia publicznego, jak i codziennej praktyki medycznej.

Bo zdrowie naprawdę ma swój początek zdecydowanie wcześniej, niż często myślimy – zaczyna się od profilaktyki, świadomości i odpowiedzialności za cały organizm, w tym również za zdrowie jamy ustnej. ●

# 10 dla Serca

Ministerstwo Zdrowia prowadzi różne programy zdrowotne, ale takich, które dotyczą konkretnych chorób, jest niewiele. Wśród nich mocno wyróżnia się Narodowy Program Chorób Układu Krążenia. O jego genezie i sztandarowej ankiecie „10 dla Serca” rozmawiam z **prof. dr. hab. n. med. Piotrem Dobrowolskim** z Narodowego Instytutu Kardiologii, konsultantem wojewódzkim w dziedzinie kardiologii, pełnomocnikiem Ministra Zdrowia ds. Narodowego Programu Chorób Układu Krążenia na lata 2022–2032.

rozmawiała **ALEKSANDRA SOKALSKA**



**S**tworzenie Narodowego Programu Chorób Układu Krążenia (NPChUK) nie dziwi, zważywszy na fakt, że choroby te są najczęstszą przyczyną zgonów w Polsce. Czy widać już jakieś efekty programu?

W 2023 r. za 37 proc. zgonów były odpowiedzialne właśnie choroby układu krążenia, podczas gdy nowotwory złośliwe – „tylko” za 24 proc. Mimo to obywatele boją się bardziej chorób onkologicznych niż sercowo-naczyniowych. Dlatego koniecznie musimy to zmienić.

W 2022 r. stworzono Narodowy Program Chorób Układu Krążenia, który zaczął działać w 2023 r. Od września zeszłego roku zostałem pełnomocnikiem Ministra Zdrowia ds. NPChUK

i mogę potwierdzić, że zdecydowanie widać jego efekty. Jednym z nich jest ankieta „10 dla Serca” przygotowana z myślą o profilaktyce chorób układu krążenia. Jej głównym celem jest redukcja czynników ryzyka, a w konsekwencji zmniejszenie występowania chorób sercowo-naczyniowych.

## Skąd pomysł na ankietę?

„10 dla Serca” powstała we współpracy z Ministerstwem Zdrowia, CeZ i Narodowym Instytutem Kardiologii. Jej inicjatorami byli eksperci Narodowego Instytutu Kardiologii – ja i prof. Aleksander Prejbisz. Inspiracją stała się amerykańska „Ósemka dla zdrowia” przygotowana przez American Heart Association. Kiedy się pojawiła, pomyśleliśmy, że warto tego typu narzędzie przygotować także dla Polaków. Dlatego inspirując się ósemką, na podstawie analizy danych pierwszej i drugiej edycji Wieloośrodkowego Ogólnopolskiego Badania Stanu Zdrowia Ludności (WOBASZ) przygotowaliśmy model oceny ryzyka zgonu z powodu chorób sercowo-naczyniowych. Jednak, patrząc na amerykańskie rozwiązanie i wyniki naszych analiz, doszliśmy do wniosku, że w warunkach polskich „Ósemka dla zdrowia” będzie niewystarczająca. Badania bowiem dobitnie pokazały, że w Polsce alkohol i stres są bardzo dużymi predyktorami występowania miażdżycy i chorób sercowo-naczyniowych. Dlatego owe predyktory włączyliśmy do naszego modelu, który wówczas zdecydowanie bardziej zaczął odzwierciedlać zdrowotne realia w Polsce. I tak z ósemki zrobiła się dziesiątka.

**Patrząc na „10 dla Serca”, można odnieść wrażenie, że stosowanie się do jej zaleceń ma wpływ na zmniejszenie ryzyka nie tylko chorób układu krążenia, ale także poprawę zdrowia ogólnie.**

Dokładnie. W ministerstwie w ramach Narodowego Programu Chorób Układu Krążenia wskazujemy, że to są czynniki ryzyka, które dotyczą tak naprawdę wielu chorób. Począwszy oczywiście od tych układu krążenia (determinujących rozwój miażdżycy), ale także onkologicznych, gastroenterologicznych, neurologicznych, ortopedycznych i wie-

lu, wielu innych. Czyli narzędzie „10 dla Serca” może nam pomóc wyeliminować główne czynniki ryzyka ogromnej liczby chorób. Pewnie zatem trafniejszą nazwą teraz byłaby „10 dla zdrowia”, ale jest dla serca, bo od niego wszystko się zaczęło.

### Gdzie można wypełnić ankietę „10 dla Serca”?

Ankieta jest dostępna w przeglądarce i aplikacji mojeIKP, w zakładce profilaktyka. Aby nikogo nie wykluczać, dla osób, które nie czują się na siłach wypełnić ją online, przygotowaliśmy papierową wersję w PDF – można ją pobrać ze strony internetowej Narodowego Instytutu Kardiologii\* i wypełnić, np. siedząc przed gabinetem i czekając na wizytę.



foto: licencja Oll, w Warszawie

### Czy dane z ankiet są gdzieś zbierane, dzięki czemu będą mogły potem posłużyć do prognozowania np. występowania chorób układu krążenia u Polaków w przyszłości?

Tak, oczywiście. Ale zacznijmy od tego, że „10 dla Serca” ma trzy główne założenia. Po pierwsze, ma służyć Polakom – żeby obywatel Rzeczypospolitej nie stał się szybko pacjentem Rzeczypospolitej. Ankieta składa się z 10 obszarów obejmujących mierniki zdrowia, nawyki i zachowania, które łącznie wpływają na zdrowie serca i naczyń teraz i w przyszłości. To narzędzie edukacyjne dla nas wszystkich – dzięki niemu możemy sprawdzić, jakie czynniki ryzyka powinniśmy wyeliminować ze swojego życia, podpowiada także, jak możemy tego dokonać, ponieważ w ankiecie znajdują się pomocne linki do polecanych diet, rodzaju aktywności, sposobów radzenia sobie ze stresem, brakiem snu itp.

Po drugie, „10 dla Serca” ma za zadanie pomóc nam, lekarzom. Wszyscy wiemy, że na wizytę mamy zwykle tylko 15 min. Nie jesteśmy w stanie w tak krótkim czasie poruszyć tematu profilaktyki, czyli *de facto* porozmawiać na temat tych 10 obszarów zawartych w ankiecie w sposób wyczerpujący. Ale

możemy zarekomendować wszystkim swoim pacjentom – również tym, którzy przychodzą tylko na badania profilaktyczne czy z umownym przeziębieniem – by zajrzeli do narzędzia, odpowiedzieli na wszystkie pytania w nim zawarte i dowiedzieli się, jak wyglądają ich szanse na zdrowe długie życie.

Wreszcie po trzecie, zadaniem ankiety jest dokładne zbieranie informacji na temat częstotliwości występowania czynników ryzyka i – dzięki zgromadzonym danym – kształtowanie polityki zdrowotnej w przyszłości. Zbieramy dane tylko z ankiet online, więc zachęcamy przede wszystkim do tej formy. Chcemy, żeby każda osoba, która wypełniła ankietę, po roku zrobiła to ponownie. W ten sposób będziemy też mogli śledzić zmienność i poprawę bądź brak poprawy czy pogorszenie stanu zdrowia Polaków, a także częstotliwość występowania czynników ryzyka.

Chciałbym jednak przede wszystkim podkreślić funkcjonalność narzędzia dla lekarzy. To może być dla nas naprawdę wielkie ułatwienie – nie musimy poświęcać ogromu czasu na profilaktykę, wystarczy tylko, byśmy poświęcili czas na zachęcenie pacjenta do założenia aplikacji mojeIKP i wypełnienia „10 dla Serca”.

### Jak dużo osób skorzystało już z narzędzia?

Ankietę wypełniło już ponad 200 tys. Polaków, głównie w wieku 30–50 lat. Chcielibyśmy, by wypełnili ją wszyscy, nie tylko osoby, które już mają problemy ze zdrowiem. Ankieta bowiem ma przede wszystkim zadanie profilaktyczne i powinna być impulsem do poprawy stylu życia.

### Czy jednak mimo wszystko nie przeceniamy w tej kwestii ankiety i nie oczekujemy od Polaków zbyt wiele? Przecież oni wiedzą, że palenie szkodzi, a ruch to zdrowie. Skoro mimo to nadal palą i mało się ruszają, to jak ankieta może to zmienić?

Zacznijmy od tego, że nasi obywatele zbyt dużo oczekują od lekarzy, a zbyt mało od siebie. Ankieta ma im pokazać, że ich zdrowie jest w ich rękach. Nie w lekarza, nie w magicznej tabletkę na wszystko. Dlaczego? Dlatego, że siedem na 10 obszarów nie wymaga żadnego lekarza i żadnego leczenia. Wymaga wyłącznie zmiany naszego postępowania. Czyli za swoje zdrowie jesteśmy odpowiedzialni aż w 70 proc.

Na razie zwykle jest tak, że Polak chętniej sięgnie po tabletkę na nadci-



śnienie czy na zaburzenia lipidowe, niż zmieni swoje życie, bo to wydaje się prostsze. Ale to ułuda. Czy wie pani, ile procent pacjentów jest gotowych dla zdrowia zmienić swój styl życia? Tylko 5 proc. Reszta nie zrobi nic. Oczywiście, niby mamy świadomość ryzyka, ale nie mamy poczucia sprawczości. A „10 dla Serca” ma tę sprawczość w nas wywołać. Bo od dawna wiemy, że lepiej zapobiegać, niż leczyć.

Wypełniła pani ankietę?

### Jeszcze nie, ale z całą pewnością to zrobię.

Bardzo zachęcam, bo jej wypełnienie zajmuje tylko 10 min. Przed rozpoczęciem trzeba przygotować wyniki badania cholesterolu LDL i glukozy, no i znać swoją wagę, wzrost, obwód talii i ciśnienie tętnicze. Po wypełnieniu ankiety każdy otrzymuje podsumowanie wszystkich 10 obszarów oraz spersonalizowany wynik wyrażający się w procentowym oszacowaniu ryzyka zgonu. Co więcej, od czerwca zostanie wprowadzona mediana, dzięki czemu po wypełnieniu ankiety każdy zobaczy, jak wy-

pada na tle innych, czy np. znajduje się na 95. centylu na plus czy 95. centylu na minus względem innych obywateli. Ponadto zostanie wprowadzona funkcja, która zobrazuje, jak zmieni się ryzyko śmierci, jeśli w jakimś obszarze się poprawimy. Jeśli np. ktoś zmniejszy masę ciała, ma szansę uniknąć rozwoju nadciśnienia tętniczego, dyslipidemii, a także zapobiec wystąpieniu stanu przedcukrzycowego czy cukrzycy. Tylko jeden czynnik ryzyka, a jak znacząco wpływający na wiele obszarów zdrowia i jak bardzo zależny od nas.

My naprawdę wiele możemy zdziałać, by być zdrowymi i nie brać mnóstwa leków. I możemy to zrobić w każdej chwili, a im wcześniej, tym lepiej. Oczywiście to jest myślenie ideałami, ale naszym celem było pokazanie Polakom, że można – jeśli jest się odpowiedzialnym i sprawczym – przeżyć bardzo długo, w bardzo dobrej formie, bez rozwoju chorób układu krążenia, onkologicznych i wielu innych. Do tego ma służyć „10 dla Serca” i chcielibyśmy, by każdy lekarz właśnie tak ją polecał swoim pacjentom.

### Postscriptum

Za sugestią prof. Piotra Dobrowolskiego wypełniłam „10 dla Serca”. Oczywiście wiedziałam już wcześniej, jak powinien wyglądać zdrowy styl życia, jakie nawyki powinienam zmienić, co poprawić. Bo to wiedza powszechna. Jednak ankieta uzmysłowiła mi przede wszystkim, że to MOJE zdrowie. Nie Kowalskiej, nie Nowaka. To nie oni w razie czego dostaną zaawantu czy zachorują na nowotwór, bo tak mówią statystyki i wiedza ogólna. To moja ankieta, moje odpowiedzi i mój wynik. I to naprawdę działa na wyobraźnię. ●

\* Ankieta „10 dla Serca” jest dostępna także w wersji PDF



# Oszczędności, które kosztują zdrowie



**KRZYSZTOF HERMAN**  
wiceprezes ORL w Warszawie

**W** debacie o ochronie zdrowia wyjątkowo łatwo ulec złudzeniu, że odpowiednio zaprojektowane mechanizmy finansowe są w stanie rozwiązać każdy problem systemu. Wystarczy zmienić sposób rozliczania świadczeń, ograniczyć część wydatków, wprowadzić nowe limity, skorygować zakres finansowania. W dokumentach i tabelach wszystko może wyglądać racjonalnie. Rzecz jednak w tym, że ochrona zdrowia nie jest wyłącznie konstrukcją budżetową. Jest przede wszystkim obszarem odpowiedzialności państwa za bezpieczeństwo zdrowotne obywateli. A w tej sferze źle zaprojektowane oszczędności niemal zawsze okazują się kosztowne.

Z rosnącym niepokojem obserwujemy decyzje i zapowiedzi, które prowadzą do ograniczania dostępności świadczeń specjalistycznych i diagnostycznych. Ich skutki nie sprowadzają się jedynie do pogorszenia bilansu placówek czy trudniejszych negocjacji z płatnikiem. Znacznie poważniejszą konsekwencją będzie wydłużenie ścieżki pacjenta: od pierwszych objawów, przez konsultację specjalistyczną, po diagnostykę i wdrożenie leczenia. To właśnie ten czas, często niedostrzegalny z perspektywy urzędniczych zestawień, ma znaczenie fundamentalne.

Nie trzeba nikogo przekonywać, że we współczesnej medycynie szybka diagnostyka i wczesne rozpoznanie stanowią warunek skutecznego leczenia. Dotyczy to zarówno chorób nowotworowych, schorzeń układu krążenia, jak i wielu chorób przewlekłych, w których zwłoka oznacza większe ryzyko powikłań, gorsze rokowanie oraz wyższe koszty terapii na późniejszych etapach. Ograniczanie finansowania diagnostyki nie jest zatem neutralnym zabiegiem organizacyjnym. To decyzja, która realnie wpływa na moment rozpoznania choroby, a tym samym na szanse pacjenta.

Szczególnie niepokojące jest to, że działania te przedstawiane bywają jako konieczne techniczne dostosowanie systemu do możliwości budżetowych. Tymczasem trudno nie odnieść wrażenia, że mamy do czynienia z próbą przeniesienia ciężaru niedofinansowania ochrony zdrowia na placówki medyczne

i samych pacjentów. Szpitale, poradnie specjalistyczne i pracownie diagnostyczne zostają postawione w sytuacji, w której mają realizować te same oczekiwania zdrowotne społeczeństwa, dysponując coraz mniej stabilnymi warunkami finansowania. Tego rodzaju polityka nie prowadzi do naprawy systemu. Prowadzi jedynie do jego dalszego przeciążenia.

Warto powiedzieć to jasno: kolejki nie są abstrakcyjnym problemem statystycznym. Za każdą z nich stoi konkretny człowiek, który dłużej żyje w niepewności, później trafia do właściwego leczenia, nierzadko z bardziej zaawansowaną chorobą. Za każdą przesuniętą diagnostyką stoi ryzyko, że interwencja, która dziś mogłaby być prostsza i skuteczniejsza, jutro okaże się trudniejsza, bardziej obciążająca i nieporównanie droższa. Ochrona zdrowia jest jednym z tych obszarów, w których pozorna oszczędność niemal zawsze wraca w postaci większych kosztów – klinicznych, społecznych i ekonomicznych.

Nie sposób analizować obecnej sytuacji w oderwaniu od szerszego kontekstu. Polska od lat przeznaczana na ochronę zdrowia relatywnie mniejszą część PKB niż państwa najbardziej rozwinięte. To zasadniczy problem, którego nie rozwiąże żadna korekta taryf, żadne przesunięcie limitów i żadna administracyjna redukcja kosztów. Jeżeli aspirujemy do standardów nowoczesnej, dostępnej i skutecznej medycyny, musimy mieć odwagę powiedzieć, że system ochrony zdrowia wymaga nie tylko lepszego zarządzania, ale również stabilnego i adekwatnego finansowania. Bez tego każda kolejna „racjonalizacja” będzie w istocie jedynie przesuwaniem problemu w czasie.

Środowisko lekarskie ma szczególne prawo, ale i obowiązek, aby o tym przypominać. Nie z pozycji korporacyjnej obrony własnych interesów, lecz z troski o jakość opieki nad pacjentem i o przyszłość systemu. Lekarze widzą bowiem jako pierwsi to, czego często nie widać w ministerialnych tabelach: chorobę rozpoznaną zbyt późno, leczenie wdrożone po czasie, frustrację pacjentów i narastające poczucie bezradności personelu medycznego. ●

# Ostrożny optymizm



**MAGDALENA FLAGA-ŁUCZKIEWICZ**  
pełnomocniczka ds. zdrowia lekarzy

Wielce mnie cieszy fakt, że cały maj od 78 lat\* upływa pod hasłem zdrowia psychicznego. Każdy powód jest dobry, by o nim mówić.

**P**otrzebujemy pretekstów do przypomnienia o ważnych sprawach, ignorowanych lub lekceważonych tematach, kwestiach mało znanych. Przy pobieżnych poszukiwaniach naliczyłam w roku co najmniej osiem dni związanych ze zdrowiem psychicznym: Ogólnopolski Dzień Walki z Depresją (23 lutego), Światowy Dzień Snu (ostatni piątek przed równonocą wiosenną), Światowy Dzień Choroby Dwubiegunowej (30 marca), Światowy Dzień Świadomości Autyzmu (2 kwietnia), Międzynarodowy Dzień Zapobiegania Narkomanii (26 czerwca), Światowy Dzień Zapobiegania Samobójstwom (10 września), Światowy Dzień Psychoterapii (25 września) oraz oczywiście dobrze znany Światowy Dzień Zdrowia Psychicznego (10 października).

A tu mamy cały miesiąc na rozmowy, kampanie, teksty, audycje, wywiady i dyskusje na ważny temat. 30 dni dla zdrowia psychicznego! Czyż nie podkreśla to rangi tego aspektu naszego

zdrowia? Tego, jak ważne jest, by mówić o tym wciąż i wciąż?

Jako lingwistka-hobbystka lubię czasem pobawić się w analizowanie pochodzenia i różnych znaczeń słów. I tak słowo „świadomość” ma wg „Słownika etymologicznego języka polskiego” prasłowiańskie korzenie, używali go nasi pra-(pra)<sup>n</sup>-przodkowie. Ktoś jest świadomy, gdy zdaje sobie z czegoś sprawę, jest w coś wtajemniczony, dobrze o czymś wie, ale świadomością określamy też zdolność człowieka do poznawania i oceniania siebie i otoczenia („Słownik języka polskiego PWN”). Obie perspektywy rozumienia słowa „świadomość” wydają się ważne w kontekście Światowego Miesiąca Świadomości Zdrowia Psychicznego.

## ŚWIADOMOŚĆ JAKO WIEDZA

Może to zabrzmie trochę prowokacyjnie, ale czasem zastanawiam się, czy my, lekarze, zawsze mamy świadomość, że istnieje coś takiego jak zdrowie psychiczne?

Czy pamiętamy, że wg WHO składnikami zdrowia są na równi dobrostan fizyczny, psychiczny i społeczny? Prawdziwa świadomość zdrowia psychicznego nakazuje doceniać wagę aspektów psychologicznych w chorobach *stricte* somatycznych (nowotwory, ból przewlekły, choroby wpływające na funkcjonowanie i wygląd itd.), rozumieć, jak psychika (stres!) wpływa na przebieg chorowania w schorzeniach psychosomatycznych, nie umniejszać cierpienia powodowanego przez objawy wynikające z lęku i somatyzacji oraz traktować zaburzenia i choroby psychiczne równie poważnie jak somatyczne. Deklaratywnie robimy to wszyscy, w rzeczywistości – gdy zajmujemy się swoją wąską dziedziną medycyny, a do tego jesteśmy przeciążeni i zmęczeni – nie zawsze praktykujemy tak wielowymiarowe widzenie pacjenta. Przypomina mi się poruszająca wypowiedź lekarki, która przyznała, że własne doświadczenie zaburzeń lękowych zmieniło jej stosunek do zaleźnionych, zamartwiających się, somatyzujących pacjentów, stała się wobec nich bardziej wyrozumiała i cierpliwa. *Teraz ich rozumiem, wiem, jak bardzo cierpią. Przez bycie pacjentem stałam się lepszym lekarzem*, powiedziała mi pewnego dnia.

Jak zwiększać świadomość zdrowia psychicznego? Odpowiedzią jest bezustanna edukacja. Im więcej wiem na jakiś temat, tym więcej dostrzegam, rozpoznaję, rozumiem. Z drugiej strony, ciężko nadążyć za wszystkimi nowinkami, a dostęp do niemal nieograniczonego morza wiedzy wprost z telefonu, choć z pozoru wygodny, komplikuje sprawę przez permanentne przeciążenie informacyjne i decyzyjne. Jak w gąszczu tak łatwo dostępnych informacji znaleźć te ważne, dostosowane do potrzeb, użyteczne w praktyce, jak nie zagubić się w szczegółach i nie tracić cennego czasu na eksplorowanie ślepych zaułków nauki? Nie mam jednoznacznej odpowiedzi na te pytania. Myślę, że każda znalezionej i przyswojonej porcji informacji może być ziarenkiem do naszego ogrodu wiedzy, najważniejsze, by być wciąż ciekawym. Z radością dostrzegam trend, że w programy typowo „somatycznych” konferencji włączane są wykłady powiązane nie tylko z *soma*, ale i z *psyche*. Psychiatrii i psychologowie są coraz



częściej zapraszani przez kardiologów, diabetologów, endokrynologów, pediatrów, onkologów i innych specjalistów, którzy mają – *nomen omen* – świadomość, jak ważne są psychiczne aspekty zdrowia.

## ŚWIADOMOŚĆ SIEBIE I SWOJEGO ZDROWIA

Jako ludzie jesteśmy istotami świadomymi. (Zakładamy, że to właściwość wyłącznie ludzka, choć trudno to ostatecznie rozstrzygnąć, przynajmniej dopóki nie nauczymy się „czytać myśli” innych gatunków zwierząt). Świadomość siebie oznacza, że dostrzegam swoje istnienie, odróżniam siebie od otoczenia, mogę obserwować swój organizm, emocje i myśli, spojrzeć z metapoziomu na własne trwanie w biegnącym czasie. Piękne angielskie nieprzetłumaczalne słowo *mindfulness* i równie malownicze polskie *uwaga* opisują bycie świadomym siebie w danej chwili, „widzenie” działania swojego umysłu i ciała *tu i teraz*. Uwaga wiąże się z autentycznością w relacji z samym sobą, rezygnacją z oszukiwania się, uciekania od emocji, odcinania się od prawdziwego siebie.

Jak jest ze świadomością naszego własnego zdrowia psychicznego? Muszę

przyznać z radością, że coraz lepiej, widzę kolejny dobry trend. Gdy zaczęłam się ponad 10 lat temu interesować zdrowiem psychicznym medyków, odnosiłam wrażenie, że polscy lekarze w ogóle nie posiadali zdrowia psychicznego, jakby ten aspekt w nas nie istniał. Nawet jeśli mieliśmy jako grupa zawodowa niejasne przeczucie, że nie jesteśmy „profesjonalnie” odciętymi od emocji robotami, a nasza własna psychika istnieje, jest równie ważna jak fizyczność, i że może nie zawsze jest z nią u nas najlepiej, to o tym milczeliśmy. Ogólny trend był taki, by sprawę ignorować, bo temat wstydlivy i niepopularny. Minęło trochę lat, po drodze przytrafiła się pandemia, wojna za miedzą, destabilizacja sytuacji geopolitycznej, niekończący się kryzys systemu opieki zdrowotnej. Zrazu nieśmiało, potem coraz częściej zaczęły pojawiać się w przestrzeni publicznej wątki dotyczące naszego lekarskiego zdrowia psychicznego, zainteresowaliśmy się tematami wypalenia zawodowego, stresu pourazowego, depresji. Coraz chętniej uczestniczymy w szkoleniach z zakresu psychiatrii, psychologii i kompetencji miękkich. Korzystamy z pomocy psychoterapeutów, a niektórzy z nas nawet o tym głośno mówią. W nasze

szeregi wkraczają nowe pokolenia, dla których dbałość o zdrowie psychiczne jest oczywistym elementem życia. Od najmłodszych kolegów możemy się uczyć, jak destygmatyzować zaburzenia psychiczne: ze złamaną nogą do ortopedy, z wadą wzroku do okulisty, z zapaleniem wyrostka do chirurga, z trądzikiem do dermatologa, na USG do radiologa, a z depresją do psychiatry, lekarz jak każdy inny, *no big deal*.

Coraz częściej pozwalamy sobie na autorefleksję, rozmawiamy o tym, co psychicznie trudne, dopuszczamy do siebie myśl, że jesteśmy ludźmi ze zwyczajnie ludzkimi fizycznymi i psychicznymi trudnościami, ułomnościami, chorobami. Świadomość zdrowia psychicznego wśród lekarzy rośnie.

Gdy wybierałam swoją ścieżkę lata temu, psychiatria była, delikatnie mówiąc, mało poważana. W ostatnich latach stała się jedną z pożądanych, najczęściej wybieranych specjalizacji.

Reasumując, można spojrzeć w przyszłość z (ostrożnym) optymizmem. ●

\* Obchodzenie maja jako Światowego Miesiąca Świadomości Zdrowia Psychicznego zostało zapoczątkowane w 1949 r. w USA przez Mental Health America.

# Kręta droga do nieśmiertelności



**PAWEŁ WALEWSKI**  
autor jest publicystą „Polityki”

Kto chce być zdrowy, szuka drogi na skróty. Najlepsza byłaby pigułka, bo na budowanie codziennych nawyków brakuje nam czasu i cierpliwości.

**G**dyby o stylu życia Polaków wnioskować wyłącznie na podstawie widoków z warszawskiego Wilanowa albo nadwiślańskich bulwarów w pogodny poranek, można by uznać, że jesteśmy narodem w permanentnym przygotowaniu do triathlonu. Biegacze i rowerzyści stali się tak naturalnym elementem krajobrazu, jak kolejki po pączki w tłusty czwartek. Ale pod tą lśniącą warstwą lycry i koktajli z odżywek z jarmuzem kryje się skomplikowana materia pełna sprzeczności, którą roboczo można nazwać „zdrowiem fasadowym”.

Nie inaczej jest w wielu gabinetach lekarskich, gdzie pacjent, zwykle po

czterdziestce, siada z lekkim uśmiechem samozadowolenia: *Panie doktorze, ja dbam o siebie. Chodzę na siłownię trzy razy w tygodniu, jem dużo białka i prawie nie piję.* Lekarz kiwa głową, zerka w wyniki badań i dostrzega to, co widzi co trzeci lekarz rodzinny w Polsce: nadciśnienie, insulinooporność, wątrobę przypominającą *foie gras*. A to nie jest historia jednostkowa. To polski portret zbiorowy – pełen dobrych intencji, selektywnej pamięci i głębokiego przekonania, że *coś robię dla zdrowia*.

Blisko połowa z nas deklaruje regularną aktywność fizyczną. Brzmi to dumnie, niemal jakbyśmy byli nową Skandynawią. Jednak diabeł – jak to ma w zwyczaju – tkwi w szczegółach technicznych. Nasza aktywność jest często zrywem, aktem ekspiacji za weekend spędzony w objęciach kanapy i cateringu pudełkowego. Jesteśmy społeczeństwem, które potrafi wydać równowartość średniej krajowej na rower szosowy, by następnie jeździć nim wyłącznie do pracy (po zatrutych od spalin ulicach). To zjawisko optymalizacji wizerunkowej. Sport przestał być u nas metodą na zachowanie homeostazy, a stał się walutą społeczną. Na siłowniach widzimy ludzi, którzy z pietyzmem budują masę mięśniową, zapominając,

że serce bardziej domaga się lepszej wydolności niż tylko grubego bicepsa.

Bo w ostatnich latach zdrowie stało się modą. W księgarniach piętrzą się poradniki dietetyczne, media społecznościowe produkują tysiące zdjęć fit śniadań, a branża suplementów rozwija się szybciej niż większość sektorów gospodarki. Problem polega na tym, że zdrowy styl życia – przynajmniej w polskiej wersji – to często w praktyce projekt estetyczny, a nie zdrowotny. Polak chętnie pójdzie na siłownię, ale niekoniecznie położy się spać o rozsądnej godzinie. Zje odżywkę białkową, lecz zapomni o warzywach. Zainstaluje aplikację do liczenia kroków, po czym spędzi wieczór w pozycji półleżącej, oglądając serial.

Krótko mówiąc: zdrowie traktujemy często jak weekendowy projekt, nie jak codzienny nawyk. To trochę tak, jakbyśmy znali zasady gry w szachy, ale rozgrywali ją wyłącznie w wyobraźni.

Badania dotyczące stylu życia pokazują zresztą ciekawą sprzeczność. Polacy mają stosunkowo dużą wiedzę na ten temat – kojarzą go z dietą, aktywnością fizyczną i rezygnacją z używek. Jednocześnie 60 proc. badanych nie próbowało wprowadzić w swoim życiu żadnych zmian, które miałyby poprawić zdrowie.





z najbardziej stabilnych ogniw kultury narodowej. Z drugiej strony zapanowała moda na dietę instagramową: jagody goji, tofu marynowane w sosie sojowym. Ta wersja zdrowia jest nowoczesna, kolorowa i fotogeniczna, ale jednocześnie – wybiórcza. Wykluczamy gluten, laktozę (bo influencerka tak radziła) i cukier do kawy, by pięć minut później zagryźć to wszystko przetworzoną wędliną, w której zawartość mięsa jest kwestią sporną dla biologów molekularnych. To klasyczny mechanizm psycho-

logiczny: kupujemy odpust w postaci drogiego suplementu, by móc bezkarnie grzeszyć przeciwko podstawom fizjologii.

Problem polega na tym, że większość społeczeństwa funkcjonuje gdzieś pomiędzy tymi dwoma modelami. Powstaje wówczas dieta hybrydowa: parówka z „fit bułką”, pizza z rukolą, hamburger z colą zero. Efekt metaboliczny bywa równie chaotyczny jak kompozycja talerza. To kultura fragmentarycznego zdrowia: populacja, która wygląda lepiej na Facebooku, niż czuje się w rzeczywistości.

Współczesna narracja zdrowotna ma jeszcze jeden problem: przerzuca niemal całą odpowiedzialność na jednostkę. To jednostka ma ćwiczyć, zdrowo jeść, spać osiem godzin i nie stresować się – i to w kraju, w którym równowaga między pracą a życiem prywatnym należy do najgorszych w Unii Europejskiej.

W praktyce zdrowy styl życia bywa przywilejem – wymaga czasu, stabilności finansowej i przewidywalnego rytmu dnia. Dlatego rozmowa o nawykach zdrowotnych nie może ograniczać się do moralizatorskiego pytania: *Dlaczego ludzie nie dbają o zdrowie?* Często odpowiedź brzmi po prostu: *Bo życie jest trudniejsze niż poradnik.*

Problem polega na tym, że przez dekadę medycyna komunikowała się z pacjentem z pozycji katedry. *Proszę schudnąć, proszę nie palić.* To działa tak samo dobrze, jak mówienie nastolatki, żeby posprzątał pokój. Pacjent wychodzi z gabinetu, czując ciężar winy, który najskuteczniej zagłusza się kolejną porcją stresu.

Jako naród jesteśmy w fazie „nastolatka zdrowego stylu życia”. Mamy już sprzęt, znamy terminologię, ale brakuje nam dojrzałości, by zrozumieć, że zdrowie to nie jest projekt do „dowiezienia” na koniec kwartału. To nudna, codzienna rzemieślnicza praca, która rzadko nadaje się na efektownego TikToka.

Czy zatem Polacy żyją zdrowo? Odpowiedź brzmi: Polacy bardzo chcą żyć zdrowo, ale wciąż myślą dekorację z konstrukcją. Mamy świetne fundamenty – coraz większą świadomość i dostęp do wiedzy. Brakuje nam jednak połączenia kropek. Lekarz w tym systemie nie może być tylko mechanikiem naprawiającym usterki. Musi stać się kimś w rodzaju kuratora stylu życia, który potrafi sarkastycznie, ale z empatią, wypunktować fasadowość nawyków swojego pacjenta, jednocześnie wskazując mu drogę do autentyczności. Nie wystarczy wręczyć ulotki. Zdrowe nawyki biorą się nie tylko z samej wiedzy – również ze wsparcia i z poczucia ich sensu. Lekarz może być tym, kto pomoże zbudować spójny, a nie fragmentaryczny obraz. Nie ma co się oszukiwać, że stanie się coachem lifestyle’owym, bo to nie ta profesja i brak czasu w gabinecie na dłuższe pogawędki – ale nadaje się do tego, by pomóc pacjentom przestać oszukiwać samych siebie.

Warto tu przypomnieć, że medycyna jest sztuką cierpliwości. Zdrowie nie powstaje w wyniku spektakularnych zrywów. Powstaje z rzeczy nudnych: spacerów, snu, warzyw, regularności. Innymi słowy: z wytrwałej codzienności. I być może właśnie w tym kryje się najważniejsze zadanie dla zdrowia publicznego: nie w przekonywaniu ludzi do heroicznych zmian, lecz w pomaganiu im w drobnych, powtarzalnych decyzjach. Bo zdrowie – wbrew temu, co sugerują reklamy suplementów – rzadko jest wydarzeniem. Najczęściej jest po prostu dobrym nawykiem. ●

W praktyce wygląda to np. tak: 29 proc. dorosłych poświęca na sport co najmniej dwie godziny tygodniowo, a odsetek tych, którzy nie uprawiają żadnego sportu, spadł do najniższego poziomu od 2020 r. (46 proc.). Mężczyźni z shakerem w rękę stali się nowym folklorem miejskim. Problem w tym, że aktywność fizyczna to nie tylko przysiady i wyciskanie. To cały ekosystem.

Według danych GUS i raportów WHO tylko ok. 29–38 proc. osób spełnia minimalne rekomendacje dotyczące aktywności umiarkowanej (150 min tygodniowo). Reszta albo trenuje raz w tygodniu z wyrzutami sumienia, albo w ogóle nie rusza się poza dojściem do samochodu. Spacer – najtańsza i najskuteczniejsza forma ruchu – jest traktowany jak strata czasu. *Nie mam czasu na spacer, idę na crossfit* – słyszy lekarz. A potem pacjent się dziwi, że mimo treningu boli go kręgosłup i nie schodzi tkanka tłuszczowa z brzucha. Bo zapomniał, że mięśnie wyrabia się na siłowni, ale zdrowie buduje się w ruchu codziennym i w regeneracji.

Dieta? Tu mamy prawdziwy festiwal poznawczego dysonansu. Z jednej strony kuchnia tradycyjna: tłusta, sycająca i emocjonalnie bezpieczna. Kotlet schabowy z ziemniakami to wciąż jedno

# Żywnienie kliniczne

## – wiedza tajemna czy spektakularne leczenie dostępne dla każdego?



**PROF. DR HAB. N. MED. JACEK SOBOCKI**  
EMBA, kierownik Katedry i Kliniki Chirurgii  
Ogólnej i Żywnienia Klinicznego Centrum  
Medycznego Kształcenia Podyplomowego

Pod pojęciem żywienia klinicznego rozumiemy sztuczne żywienie, czyli dojelitowe (do żołądka lub do jelita przez zgłębnik lub stomię) oraz żywienie dożylnie (zwane też pozajelitowym, choć jedyną pozajelitową drogą jego podaży jest droga dożylna). W niektórych sytuacjach za żywienie kliniczne można uznać także kompletne doustne suplementy diety (zawierające białko, energię, witaminy i jony).

**Z**ywienie kliniczne w Polsce jest mało popularną terapią, pomimo że wielu pacjentów wymaga takiego postępowania, efekty są spektakularne, a leczenie było stosowane w szpitalu przy ul. Banacha w Warszawie już w latach 70. zeszłego wieku.

W szpitalach bardzo szeroko stosujemy głodówkę jako element leczenia (dieta 0, dieta ścisła), nie monitorujemy także, ile i jakiej wartości pokarmy spożywają nasi pacjenci, zwłaszcza pacjenci starsi lub obłożnie chorzy. Tymczasem, gdybyśmy zdrowemu człowiekowi nie dali jeść przez kilka dni, to przecież osłabnie. Taka sytuacja nie może pozostać bez wpływu na efektywność leczenia i rokowanie. Odżywianie doustne, owszem, nie zawsze jest wskazane lub nie zawsze możliwe,

ale przecież mamy żywienie kliniczne dojelitowe i pozajelitowe. Warto tu przytoczyć dykteryjkę prof. Paula Wishmeyera z Duke University, NC. Nawiązując do badania obserwacyjnego, w którym wykazano, że aż 43 proc. pacjentów w szpitalu miało zleconą dietę ścisłą, profesor zauważył: *Gdybym był naczelnikiem więzienia i nie nakarmił połowy więźniów, zostałbym zwolniony z pracy i prawdopodobnie sam skończyłbym w więzieniu, ale jakoś jest w porządku, że robimy to u bardzo chorych pacjentów hospitalizowanych, którzy potrzebują odżywiania bardziej niż ktokolwiek inny.*

Białko jest kluczowym składnikiem odżywczym zarówno w zdrowiu, jak i w chorobie. Farmakokinetyka, jak i farmakodynamika większości leków

zarówno podawanych doustnie, jak i pozajelitowo zależą od białek transportowych, osoczowych, receptorowych i efektorowych. Niska efektywność leków stosowanych u pacjentów z sarkopenią, niedożywionych lub nieżywionych nierzadko wynika właśnie z tego zjawiska. Żywnienie kliniczne wykazuje spektakularne synergistyczne i adiuwantowe efekty w niemal wszystkich specjalnościach klinicznych, a szczególnie w onkologii, nefrologii, chirurgii, gastroenterologii, neurologii czy intensywnej terapii.

Od dekad leczenie żywieniowe dojelitowe i pozajelitowe jest finansowane w ramach NFZ zarówno w szpitalach, jak i w domu. Mamy wytyczne, procedury i EBM GRADE IA. Posiadamy także polskie ośrodki szkolące, w których wyniki leczenia żywieniowego należą do najlepszych na świecie. W Polsce w przypadku żywienia dożylnego w domu opartego na szkole prof. Marka Pertkiewicza mamy najdłuższe przeżycia, najmniej powikłań, najwyższy odsetek powrotu do samodzielności, najwyższy odsetek wyleczeń i odstawienia przewlekłego żywienia dożylnego.

Gdzie zatem jest luka w systemie? Dlaczego nadal głodzimy pacjentów?

No właśnie, dlaczego? Przecież żywienie kliniczne to nie jest wiedza tajemna. Odpowiedź jest prosta – nie uczymy lekarzy żywienia klinicznego, a uniwersalna prawda, że lekarz nie zapisuje leku, którego nie zna, jest adekwatna także w tym przypadku. W systemie kształcenia na studiach medycznych nie ma takiego przedmiotu, w programach specjalizacji lekarskich żywienia klinicznego nie ma wcale lub jest śladowo

wspomniane. Efekt – skoro nas tego nie uczą, to nie jest to istotny element terapii.

Czy coś się zmieni?

Prof. Bruno Szczygieł od lat 70. zeszłego wieku aż do śmierci w 2024 r. walczył o wprowadzenie przedmiotu „żywnie kliniczne” do programów studiów. I nie na darmo. W marcu 2026 r. przewodniczący KRAUM prof. Wojciech Załuska przedstawił projekt wprowadzenia takiego przedmiotu do studiów medycznych, a PZWL już przygotowuje podręcznik do tego przedmiotu dla studentów medycyny.

Rektor Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego prof. Krzysztof J. Filipiak polecił aktualizację programów specjalizacji w 2026 r. W trakcie konferencji CMKP „Żywnie ma znaczenie w zespole kruchości” wyraził nadzieję, że elementy kształcenia w żywniu klinicznym znajdują się we wszystkich specjalizacjach klinicznych. 27–28 listopada 2026 r. – na kolejnej konferencji CMKP – w trakcie sesji konsultantów krajowych „Kształcenie w żywniu klinicznym w mojej specjalizacji” będziemy podsumowywać efekty tych prac.

Od 2023 r. w polskim systemie prawnym obok specjalizacji lekarskich istnieje umiejętność zawodowe lekarskie. Umiejętność 025 to leczenie żywniowe, którą w Polsce uzyskało już kilkudziesięciu lekarzy. Strona CMKP przekierowuje

do Polskiego Towarzystwa Żywnia Klinicznego akredytowanego do certyfikowania w tej umiejętności.

W marcu 2026 r. nakładem PZWL ukazała się książka „Żywnie kliniczne”. Jest to multimedialny podręcznik przygotowany pod patronatem CMKP przez 10 konsultantów krajowych, a także ekspertów żywnia klinicznego, w którym QR kody odsyłają do filmów, podcastów, infografik, przypadków klinicznych i testów wiedzy. Centrum Egzaminów Medycznych wprowadziło tę pozycję na listę podręczników do Lekarskiego Egzaminu Końcowego. Fakt, że osiągnął on pierwszą pozycję na liście bestsellerów PZWL, daje nadzieję na rozwój żywnia klinicznego w Polsce.

Żywnie kliniczne nie jest wiedzą magiczną i niedostępną. To prosta układanka kilku intuicyjnych zasad: czy pacjent wymaga sztucznego żywnia? (jest niedożywny lub jest głodzony), czy przewód pokarmowy działa prawidłowo, czy potrzebne jest żywnie dożylnie?, którą dietę medyczną (dawniej nazywaną przemysłową) lub którą mieszaninę dożylną zlecić? (wybór prosty z dwóch–trzech diet dojelitowych i dwóch–trzech mieszanin dożylnych). Następnie wypisuję dawkę i obserwuję wynik leczenia. Brzmi prosto? Tak, bo to jest proste. Jeśli chcę się poczuć pewniej, to mogę odbyć krótki

kurs. Korzyść – będę lepiej leczyć pacjentów, ryzyko – efekty leczenia mnie zachwyca i poświęcę więcej czasu tej części mojej praktyki.

Czy jako doświadczony lekarz z wieloletnim stażem mogę sobie pozwolić, aby nie znać żywnia klinicznego, czy to temat dla młodych, niech oni się tego uczą? No cóż, edukacja to decyzja indywidualna, nie każdy musi umieć wszystko i nikt nie wie wszystkiego, ale to, co musimy wszyscy umieć, to jak rozpoznać niedożywnie, to zauważyć, że pacjent ma dietę ścisłą lub po prostu nie zjada posiłków i słabnie, i zlecić żywnie kliniczne na czas hospitalizacji lub choroby. ●

REKLAMA

**Leczenie żywniowe**  
oparte na wiedzy ekspertów  
– od teorii do praktyki



**sprawdź  
teraz!**



## Zapraszamy na szkolenia!

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



Więcej informacji i zapisy:



MAJ 2026

**12.05 | godz. 19.00–21.00** – Przekazywanie niekorzystnej diagnozy i trudnych informacji – Małgorzata Wywrot (online)

**14.05 | godz. 19.00–21.00** – Rola NFZ w systemie ochrony zdrowia w Polsce – dr n. społ. Piotr Bromber, adw. Przemysław Rawa-Kłoczek (online)

**19.05 | godz. 18.00–20.00** – Rzetelność badań i etyka publikowania w erze sztucznej inteligencji: od dobrych praktyk do rozpoznawania nadużyć – prof. Mariusz Panczyk (online)

**27.05 | godz. 19.00–21.00** – Bezpieczna rozmowa z pacjentem – jak mówić zgodnie z prawem – adw. Zuzanna Pierścińska (online)

# LDEK, staż, rezydentura



**ANNA PRAWDZIK**  
Zespół Młodych Lekarzy Dentystów  
Komisji ds. Lekarzy Dentystów

**W** ostatnich miesiącach Ministerstwo Zdrowia ponownie poruszyło temat umiejętności praktycznych lekarzy na początku ścieżki zawodowej, również w kontekście przedstawionego w marcu br. projektu nowelizacji ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentysty, obejmującego zmiany dotyczące m.in. egzaminów LEK i LDEK, stażu podyplomowego oraz specjalizacji. W stomatologii aspekt praktyczny jest fundamentalny dla wykonywania zawodu. Czy w odniesieniu do lekarzy dentystów nadchodzą zmiany, które rozszerzą możliwości nabywania umiejętności praktycznych?

Obecnie systemowo gwarantowanym dla wszystkich lekarzy dentystów etapem umożliwiającym rozwijanie umiejętności praktycznych po zakończeniu studiów jest staż podyplomowy. Zgodnie z proponowanymi w ramach nowelizacji zmianami czas trwania stażu podyplomowego miałby zostać skrócony do sześciu miesięcy, co spotkało się ze stanowczym sprzeciwem środowiska lekarskiego. Ministerstwo Zdrowia przedstawia jednak to rozwiązanie jako kompromisowe w świetle rozważanej całkowitej likwidacji stażu podyplomowego.

W dyskusjach o projekcie ustawy środowisko lekarskie wskazuje liczne wątpliwości dotyczące proponowanych zmian w zakresie szkolenia specjalizacyjnego. Z punktu widzenia lekarza dentysty nadal dużym problemem jest jednak fakt, że tylko 3,4 proc. miejsc rezydentur przeznaczonych jest dla lekarzy dentystów. W kolejnych postępowaniach re-

krutacyjnych na rezydentury powtarza się trend kilkunastu wniosków przypadających na jedno miejsce. Wzrost limitów przyjęć na kierunek lekarsko-dentystyczny bez zapewnienia odpowiednich możliwości kształcenia podyplomowego może pogłębiać tę dysproporcję.

W konsekwencji dla znacznej części lekarzy dentystów kształcenie podyplomowe od razu po stażu bazuje na wymaganiach i oczekiwaniach stawianych przez sektor prywatny. Naturalną kontynuacją jest dążenie do wykorzystywania nabytych umiejętności w praktyce. Ograniczony i nisko wyceniany koszyk świadczeń refundowanych w zakresie leczenia stomatologicznego sprawia, że lekarze dentyści możliwości realizowania się znajdują przede wszystkim w sektorze prywatnym.

Zjawisko to ma wymiar szerszy niż indywidualne decyzje zawodowe. Ograniczona liczba lekarzy dentystów pra-

cujących w ramach umów z NFZ to ograniczona dostępność świadczeń stomatologicznych w ramach NFZ dla pacjentów. Część pacjentów nie ma możliwości korzystania z usług stomatologicznych w ramach NFZ w swojej okolicy, a tam, gdzie są one dostępne, kolejki są długie, szczególnie w ramach leczenia prowadzonego przez lekarzy specjalistów.

Mieszane uczucia budzi również w ostatnich latach wprowadzanie i wycofywanie w krótkiej perspektywie czasu niektórych rozwiązań. Przykładem tego jest planowana w ramach nowelizacji wspomnianej ustawy rezygnacja z wprowadzonej kilka lat wcześniej jawnej bazy pytań egzaminacyjnych na LEK i LDEK. Choć cofanie decyzji wątpliwych z perspektywy jakości kształcenia kadr medycznych to aspekt pozytywny, który odpowiada na apele społeczności lekarskiej, powtarzalność tego typu działań utrudnia traktowanie ich jako elementów strategii dbania o jakość opieki medycznej w Polsce.

W proponowanych w ostatnich latach rozwiązaniach dotyczących kształcenia kadr lekarskich wyraźnie widać, że panuje trend przyspieszenia wejścia lekarzy do zawodu oraz optymalizacji kosztów. Niezbędna wydaje się jednak stosowna priorytetyzacja i szeroka analiza konsekwencji poszczególnych decyzji, nie tylko w odniesieniu do problemu wyjściowego, ale w kontekście całego systemu. Jakość opieki zdrowotnej, kształcenia kadr medycznych i dostępność leczenia powinny pozostawać nadrzędnymi kryteriami oceny skuteczności projektowanych zmian. ●



fol. licencja OIL w Warszawie

# X Mazowieckie Spotkania Stomatologiczne

Pod hasłem **Przyszłość**

**zaczyna się dziś** 19–21 czerwca 2026 r. odbędzie się jubileuszowa, X edycja Mazowieckich Spotkań Stomatologicznych – konferencji od lat integrującej środowisko i wyznaczającej kierunki rozwoju nowoczesnej stomatologii.



fol. materiały organizatora

**T**egoroczna edycja MSS, tak jak poprzednie, zgromadzi uczestników z całej Polski w Hotelu Narvil w Serocku, miejscu sprzyjającym zarówno nauce, jak i wymianie doświadczeń. – *Celem konferencji jest nie tylko przekazywanie wiedzy, ale także inspirowanie lekarzy do wdrażania nowoczesnych rozwiązań w praktyce* – zapowiada dr n. med. Dariusz Paluszek, członek prezydium ORL w Warszawie.

## UROCZYSTE OTWARCIE

Konferencja rozpocznie się wykładem dr. n. med. Marcina Aluchny. Po nim nastąpi uroczyste otwarcie konferencji, które wprowadzi uczestników w trzydniowe spotkanie z najnowszymi technologiami i standardami w stomatologii.

## WYKŁADY I SESJE

Polskie Towarzystwo Stomatologii Dziecięcej pod kierownictwem prof. dr hab. n. med. Doroty Olczak-Kowalczyk po-



prowadzi własną sesję. Następnie odbędzie się wykład pt. „Z jakimi przypadkami spotykamy się w stomatologii dziecięcej – praktyka, praktyka”.

Z kolei Polskie Towarzystwo Stomatologii Geriatrycznej spotka się na sesji pod przewodnictwem prof. dr hab. n. med. Agnieszki Mielczarek. W wykładzie „Quo vadis gerostomatologia?” poruszone zostaną zagadnienia związane ze starzeniem się populacji i kompleksowym leczeniem seniorów.

Nowością w tegorocznej edycji będzie sesja Polskiego Towarzystwa Periodontologicznego pod kierownictwem prof. dr hab. n. med. Elżbiety Dembowskiej.

## RADIOLOGIA I NOWOCZESNE TECHNOLOGIE

Równoległe odbędzie się kurs radiologiczny, którym pokieruje prof. dr hab. n. med. Kazimierz Szopiński. Program obejmie m.in. wykład profesora pt. „Obraz radiologiczny odmian anatomicznych i nieprawidłowości zębowych”.

## ORTODONCJA, PROTETYKA I IMPLANTOLOGIA

Sobota poświęcona będzie kilku ważnym sesjom: ortodontycz-

nej, protetycznej i implantologicznej. Prof. dr hab. Ewa Czochrowska poprowadzi sesję Polskiego Towarzystwa Ortodontycznego. Sesja protetyczna prof. dr hab. Teresy Sierpińskiej skoncentruje się na współpracy lekarza i technika dentystycznego.

– *Cyfrowa protetyka to nie tylko nowe narzędzie, ale całkowicie nowe podejście do planowania leczenia – pozwala przewidzieć efekt końcowy i minimalizować ryzyko błędów klinicznych* – mówi lek. Grzegorz Kwitkiewicz, wiceprezes ORL, przewodniczący Komisji ds. Lekarzy Dentystów.

Ogólnopolskie Stowarzyszenie Implantologii Stomatologicznej pod kierownictwem dr. hab. Kornela Krasnego skupi się na innowacjach w implantologii, profilaktyce powikłań i psychologii pacjenta. – *Zrozumienie pacjenta to fundament skutecznej implantoprotezy* – podkreśla dr Krasny.

Wśród osób po raz pierwszy uczestniczących w MSS znalazł się m.in. lek. dentysta Dawid Pisuk, który poprowadzi w sobotę interaktywne warsztaty z kompozytów.

Uczestnicy X MSS będą mogli zdobyć 25 punktów edukacyjnych, w tym obowiązkowe 5 punktów radiologicznych.

Jubileuszowa edycja będzie nie tylko okazją do podsumowań, ale przede wszystkim do wyznaczania kierunków przyszłości polskiej stomatologii.

Widzimy się w Serocku. ●

# Zdrowie zaczyna się

Coraz częściej podkreśla się fakt, że wiele chorób ogólnoustrojowych zaczyna się od nieleczonych zębów. Dlatego o zdrowiu jamy ustnej rozmawiam z **dr n. med. Ewą Rusyan**, specjalistką stomatologii ogólnej i periodontologii, adiunktem w Zakładzie Stomatologii Zachowawczej WUM.

rozmawiała **ALEKSANDRA SOKALSKA**

## Jakie choroby mające źródło w nieleczonych zębach najczęściej występują u Polaków?

Populacja polska pod tym względem nie różni się od światowej, bo mechanizmy wpływu chorób jamy ustnej na homeostazę organizmu są uniwersalne. To właśnie dysbioza mikrobiomu jamy ustnej, a szczególnie choroby przyzębia, tak silnie oddziałuje na ogólny stan zdrowia. Choć od lat sanacja jamy ustnej jest standardem u pacjentów onkologicznych, kardiologicznych czy kobiet ciężarnych, dziś wiemy, że takie podejście jest zbyt selektywne, bo nie istnieje układ w organizmie człowieka, który byłby izolowany od wpływu patogenów i mediatorów zapalnych pochodzących z jamy ustnej.

Badania Stevena Offenbachera z 1996 r. wykazały, że ciężarne z umiarkowaną lub zaawansowaną chorobą przyzębia są niemal ośmiokrotnie bardziej narażone na przedwczesny poród oraz niską masę urodzeniową noworodka w porównaniu z kobietami ze zdrowym przyzęciem.

Współczesna wiedza potwierdza, że bakterie grupowe, szczególnie z tzw. kompleksu czerwonego i pomarańczowego (m.in. *Porphyromonas gingivalis*), przenikają do krwiobiegu, wpływając na rozwój chorób układu sercowo-naczyniowego oraz progresję blaszki miażdżycowej. Ze względu na aspirację drobnoustrojów oraz ich migrację drogą pokarmową stan zapalny przyzębia rzutuje również na układ oddechowy i trawienny. Najnowsze doniesienia naukowe wskazują dodatkowo na korelację między przewlekłym stanem zapalnym w jamie ustnej a ryzykiem wystąpienia chorób neurodegeneracyjnych, takich jak choroba Alzheimera.

Choroby przyzębia są często wymieniane w kontekście zdrowia ogólnoustrojowego, ale jako specjaliści musimy pamiętać, że na kondycję całego organizmu wpływają wszystkie przewlekłe ogniska zakażenia, takie jak zaawansowana próchnica, martwica miażdży czy zmiany okołowierzchołkowe o charakterze zapalnym. Nie wolno pomijać również ubytków pochodzenia niepróchnicowego. Wniosek jest oczywisty: stan jamy ustnej jest nierozdzielnie związany ze zdrowiem całego organizmu.

## A jakie choroby lekarz dentysta może wyczytać z jamy ustnej?

Tych chorób jest bardzo wiele. Jednak z moich obserwacji wynika – choć bardzo chciałabym się mylić – że współczesna stomatologia coraz częściej koncentruje się na wysokospecjalistycznych procedurach, tracąc z oczu fundament, jakim jest wnikliwe badanie przesiewowe jamy ustnej, całej twarzoczaszki. Tymczasem to ono pozwala rozpoznać m.in. zaburzenia odżywiania, takie jak anoreksja czy bulimia. Zmiany erozyjne u tych pacjentów są niezwykle charakterystyczne i specyficznie zlokalizowane, choć bywają mylnie utożsamiane ze starciem patologicznym wynikającym z parafunkcji. Badanie przedmiotowe jest także kluczowe w diagnostyce choroby refluksowej (GERD). Wielu pacjentów nie odczuwa klasycznych objawów, takich jak zgaga czy pieczenie w przełyku, lub nie łączy ich z patologią układu pokarmowego. W przypadku tzw. niemej refluksu jedyne uchwytnie symptomy manifestują się właśnie w obrębie tkanek twardych zębów. To lekarz dentysta może być pierwszym specjalistą, który zwróci uwagę na to schorzenie.

Ocena błony śluzowej jest też kluczowa dla wczesnego wykrywania zmian przednowotworowych oraz nowotworów jamy ustnej. W środowisku stomatologicznym wciąż brakuje dostatecznej czujności onkologicznej. Wielokrotnie zmiany nowotworowe – które w obrębie jamy ustnej rokują wyjątkowo niepomyślnie – są diagnozowane zbyt późno. A to właśnie lekarz dentysta ma szansę zauważyć je jako pierwszy.

Badanie to pozwala także na rozpoznanie manifestacji chorób immunologicznych (np. liszaja płaskiego, pęcherzycy), reakcji alergicznych, niedoborów witamin i chorób hematologicznych.

## Jak przewlekłe stany zapalne w jamie ustnej wpływają na rozwój chorób sercowo-naczyniowych?

Zwracam tu szczególną uwagę na trzy kluczowe mechanizmy łączące jamę



fol. archiwum prywatne

# od zębów

ustną z układem krążenia. Pierwszy z nich, immunologiczno-zapalny, pokazuje, jak cytokiny i mediatory zapalne generowane w jamie ustnej podbijają stan zapalny istniejący już w organizmie. Drugi, mikrobiologiczny, dowodzi bezpośredniej wędrowki patogenów – w badaniach sekcyjnych, m.in. w tkance mózgowej pacjentów z chorobą Alzheimera czy w blaszkach miażdżycowych na zastawkach, odnajdujemy te same bakterie, które pierwotnie bytują w jamie ustnej. Wreszcie trzeci mechanizm, naczyniowy, wiąże się z dysfunkcją śródbłonna; podczas procesu zapalnego naczynia tracą szczelność, co osłabia barierę chroniącą organizm i ułatwia rozwój zmian patologicznych.

## Badania naukowe potwierdzają zależność między chorobami przyzębia a np. chorobami autoimmunologicznymi czy neurologicznymi?

Powstało wiele prac naukowych, które podkreślają kluczową rolę mikrobiomu jamy ustnej i związanych z nim chorób przyzębia w kontekście zdrowia ogólnego. Autorzy wskazują na ich wpływ nie tylko na schorzenia neurodegeneracyjne, ale także na zaburzenia związane ze stresem, przewlekłym lękiem, a nawet demencją. Wiemy, że bakterie takie jak *Porphyromonas gingivalis* nie poprzestają na niszczeniu dziąseł – ich toksyny, tzw. gingipainy, potrafią przenikać barierę krew-mózg. To one są dziś głównymi podejrzanymi w procesach prowadzących do demencji i choroby Alzheimera, bo sprzyjają odkładaniu się toksycznych białek niszczących neurony.

Choroby przyzębia to też wyzwalały procesy autoimmunizacyjnych, który napędza kaskadę zapalną w schorzeniach, takich jak RZS czy toczeń.

## Czy zatem dentyści często kierują pacjentów do lekarzy innych specjalizacji?

Choć brakuje nam jeszcze twardych danych statystycznych na ten temat, z mo-

ich obserwacji wynika, że jako dentyści wciąż zbyt rzadko występujemy w roli pełnoprawnych partnerów w procesie leczenia ogólnego. Nasza komunikacja z lekarzami prowadzącymi ogranicza się najczęściej do pytania o bezpieczeństwo wykonania zabiegu u danego pacjenta, co jest podejściem czysto asekuracyjnym.

Bardzo sobie cenię pracę i postawę dr Agnieszki Bogusławskiej-Kapały z Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Jej współpraca z onkologami, o której mówiła podczas zeszłorocznej konferencji „Zachód-Wschód”, to wzorcowy model tego, jak powinno wyglądać nasze miejsce w systemie. Lekarz dentyista – ale także higienistka stomatologiczna – nie może być tylko „przytankiem” na trasie pacjenta. Powinniśmy być integralną częścią zespołu leczniczego, wzmacniającą szanse na powodzenie terapii ogólnej. Tylko działając jako jeden zespół, przestajemy leczyć objawy, a zaczynamy realnie wpływać na zdrowie pacjentów.

## Nie dzieje się tak?

Niestety, w zdecydowanej większości mogę stwierdzić, że nie – i nie jest to wyłącznie problem polski. Potwierdzają to publikacje, m.in. te analizujące standardy w ośrodkach onkologii dziecięcej w Wielkiej Brytanii. Wynika z nich, że rodzice pacjentów często nie otrzymują wsparcia w zakresie specyficznych potrzeb higienizacyjnych jamy ustnej dzieci podczas leczenia. Nie są świadomi, jak zabezpieczyć uzębienie, gdy terapia onkologiczna drastycznie wpływa na ekosystem jamy ustnej, zaburzając jej naturalne mechanizmy obronne.

Tymczasem homeostaza mikrobiologiczna w tym obszarze jest kluczowa – to przecież drugi co do wielkości, zaraz po jelitach, ekosystem bakteryjny w naszym organizmie. Jeśli ta delikatna równowaga zostanie zaburzona, pacjent staje się narażony na infekcje grzybicze i bakteryjne. Mogą one prowadzić do groźnej bakteriemii, która drastycznie komplikuje leczenie podstawowe. Brak

włączenia dentyisty do zespołu onkologicznego to luka w standardach, która realnie pogarsza rokowania pacjentów.

## Wróćmy do współpracy, a raczej jej braku, między dentyistami a lekarzami. Czy jest jakiś sposób, by jednak zaistniała?

To kluczowe pytanie. Poprawa współpracy musi zacząć się od edukacji kadr medycznych już na poziomie studiów i stażu podyplomowego. Wzorcem jest kampus Banacha, gdzie studenci i rezydenci mają szansę uczyć się pracy w interdyscyplinarnych zespołach, łącząc różne obszary wiedzy w opiece nad pacjentem z wielochorobowością.

Musimy jednak uważać, by w dyskusji o relacjach między specjalistami nie zgubić samego pacjenta. Niestety, brak świadomości prozdrowotnej w naszym społeczeństwie często niweczy wysiłki lekarzy. Podam drastyczny przykład: dwudziestoparoletni pacjent po urazie głowy trafia na neurochirurgię. Diagnostyka wyklucza uraz mózgu, ale wskazuje na tragiczny stan uzębienia, wymagający natychmiastowej interwencji. Reakcja ojca? Radzi synowi, by zamiast leczyć zęby, po prostu usunął wszystkie i nie zawracał sobie głowy. To pokazuje mentalność, z którą się mierzymy.

Dlatego fundamentem musi być wczesna edukacja prozdrowotna, prowadzona już w szkole podstawowej. Kluczowe wzorce prozdrowotne kryształują się do ok. 15. roku życia. To właśnie w tym okresie kończy się proces kształtowania nawyków, które w dorosłości rzadko ulegają trwałej zmianie. Potwierdziły to również nasze badania przeprowadzone ze studentami SKN wśród mieszkańców województwa mazowieckiego. Respondenci zwykle powielali wzorce higieny jamy ustnej wyniesione z przedszkola, szkoły podstawowej i od swoich rodziców, czyli niedostosowane do wieku, sprawności manualnej i aktualnej wiedzy. Autorzytetami w tej dziedzinie powinni być lekarze dentyści i personel medyczny, a tak niestety ciągle jeszcze nie jest.

Smutne jest to, że wielu pacjentów zaczyna traktować zdrowie jamy ustnej priorytetowo dopiero w obliczu poważnej choroby. Ale wtedy zwykle zostają tylko mnogie ekstrakcje zębów. ●

# Senior, szczoteczka i AI

Starzejące się społeczeństwo stawia nowe wyzwania przed stomatologią. Coraz więcej osób powyżej 60. roku życia wymaga nie tylko leczenia, ale przede wszystkim skutecznej profilaktyki. Na ratunek przychodzą nowoczesne technologie. O nich właśnie mówi **dr hab. n. med. Piotr Regulski**, kierownik Pracowni Obrazowania Cyfrowego i Wirtualnej Rzeczywistości, prodziekan ds. współpracy z zagranicą i kierunków lekarsko-dentystycznego w języku angielskim i elektroradiologii Wydziału Lekarsko-Stomatologicznego WUM.

rozmawiała **DOROTA LEBIEDZIŃSKA**



fot. D. Lebedzińska

## **S**połeczeństwo się starzeje. Jak to wpływa na stomatologię i opiekę nad pacjentami senioralnymi?

To jedno z najważniejszych wyzwań współczesnej medycyny i stomatologii. W kolejnych latach udział osób starszych w populacji będzie systematycznie rósł. Oznacza to większe zapotrzebowanie na specjalistyczną opiekę dentystryczną skierowaną do takich pacjentów i ukierunkowanie działań przede wszystkim na profilaktykę. W przypadku osób starszych kluczowe staje się ograniczanie chorób przyzębia, próchnicy oraz utrzymanie jak największej liczby własnych zębów przez możliwie najdłuższy czas. To niezwykle istotne, ponieważ utrata zębów nie wpływa jedynie na estetykę czy komfort życia, ale także na funkcje żywieniowe i ogólny stan zdrowia pacjenta.

## **Czy rzeczywiście stan jamy ustnej jest aż tak istotny dla ogólnego zdrowia?**

Zdecydowanie tak. Jama ustna jest swego rodzaju lustrem organizmu. Choroby ogólnoustrojowe mogą dawać objawy właśnie w jamie ustnej, a w przypadku cukrzycy i chorób sercowo-naczyniowych obserwuje się istotne związki ze stanem zapalnym i chorobami przyzębia. Z drugiej strony, zaniedbania higieniczne czy choroby przyzębia mogą wpływać na rozwój chorób ogólnoustrojowych. U osób starszych, które często cierpią na wielochorobowość, te zależności są szczególnie widoczne. Dlatego nie można lekceważyć stanu jamy ustnej – zdrowe zęby to zdrowe ciało.

## **A jakie wyzwania napotykamy w praktyce gerostomatologicznej?**

Najważniejsze jest dostosowanie leczenia do ograniczeń pacjenta. Seniorzy mogą mieć problemy manualne, ograniczenia ruchowe, trudności w adaptacji nowych technologii. Często też cierpią na choroby przewlekłe, które mogą komplikować leczenie stomatologiczne, np. cukrzycę, osteoporozę czy choroby serca, a także te, które wymagają przyjmowania leków przeciwzakrzepowych. Wymaga to od dentysty nie tylko znajomości procedur, ale również współpracy z lekarzami innych specjalności.

## W takim kontekście nowe technologie mogą być wsparciem?

Tak, i to coraz bardziej. Mamy już aplikacje mobilne, które przypominają pacjentom o codziennej higienie, monitorują czas szczotkowania i jego jakość. Niektóre z nich wykorzystują sztuczną inteligencję, analizując zdjęcia jamy ustnej i pomagając wykrywać nadmierną ilość płytki nazębnej oraz wskazywać obszary mogące sugerować wczesne zmiany próchnicowe. Informacje te mogą być przekazywane lekarzowi, co pozwala na szybką reakcję i lepsze dostosowanie leczenia. W ten sposób technologie stają się narzędziem wspierającym profilaktykę i monitorowanie zdrowia jamy ustnej u osób starszych.

## Ale czy seniorzy faktycznie korzystają z takich aplikacji?

To jedno z głównych ograniczeń. Część osób starszych ma trudności w obsłudze smartfonów czy aplikacji mobilnych, zwłaszcza jeśli wcześniej nie używały nowoczesnych technologii. Dlatego powstają również rozwiązania skierowane do opiekunów. Dzięki nim możliwa jest zdalna kontrola stanu zdrowia pacjenta, przypomnienia o higienie jamy ustnej, a nawet instrukcje postępowania w nagłych przypadkach – np. przy urazach zębów. Coraz częściej w aplikacjach stosowane są także funkcje sterowania głosowego, co ułatwia ich obsługę osobom z ograniczeniami manualnymi.

## Jakie funkcje aplikacji są najbardziej przydatne w codziennej opiece nad seniorami?

W praktyce najważniejsze są trzy obszary.

Pierwszy to monitorowanie higieny jamy ustnej – aplikacja przypomina o szczotkowaniu, analizuje jego czas i skuteczność, a niektóre mogą nawet wskazywać obszary mogące sugerować zmiany próchnicowe.

Drugi obszar to kontakt z opiekunem lub lekarzem – w razie problemów pacjent może szybko zgłosić niepokojące objawy, a opiekun lub dentysta otrzymuje powiadomienie.

Trzeci polega na analizie stanu zdrowia i generowaniu raportów – aplikacje mogą integrować dane o zdrowiu jamy

ustnej z informacjami pochodzącymi z innych urządzeń, obejmującymi parametry ogólne, takie jak ciśnienie, poziom glikemii czy EKG, tworząc kompleksowy obraz stanu zdrowia seniora.

Dzięki temu lekarz, lekarz dentysta i higienistka dentystyczna mają dostęp do bieżących informacji, co zwiększa skuteczność profilaktyki i leczenia, nawet jeśli pacjent nie może regularnie odwiedzać gabinetu.

## Czy takie rozwiązania są popularne w Polsce?

Trudno powiedzieć, ponieważ brakuje dokładnych danych. Wiemy, że aplikacja na rynku jest wiele, ale tylko nieduża część jest przeznaczona dla osób starszych. Z punktu widzenia praktyki gerostomatologicznej najważniejsze jest nie tylko istnienie aplikacji, ale również ich dostosowanie do potrzeb seniora, prosty interfejs, czytelne przyciski, możliwość sterowania głosem.

## Jakie są największe ograniczenia w stosowaniu takich technologii?

Po pierwsze, ograniczenia samego użytkownika: sprawność manualna, zdolności poznawcze, wzrok. Po drugie, bezpieczeństwo danych. Aplikacje mobilne gromadzą wrażliwe informacje, dlatego kluczowe jest korzystanie ze sprawdzonych rozwiązań i odpowiednie zabezpieczenia. Warto wybierać aplikacje od znanych producentów, które spełniają wymogi europejskich i krajowych regulacji dotyczących ochrony danych osobowych.

## A co z ryzykiem wycieku danych?

To realne zagrożenie, zwłaszcza w kontekście prób wyludzeń. Seniorzy mogą zostać wprowadzeni w błąd przez osoby podszywające się pod operatorów aplikacji. Dlatego edukacja cyfrowa seniorów jest kluczowa. Warto uczyć ich rozpoznawania fałszywych wiadomości i korzystania tylko z zaufanych aplikacji.

## Jakie innowacje technologiczne mogą zrewolucjonizować gerostomatologię?

Duży potencjał mają biomateriały aktywne biologicznie – wspomagające regenerację tkanek, ograniczające rozwój bakterii i zmniejszające ryzyko próchnicy. W połączeniu z aplikacjami mobil-

nymi i sztuczną inteligencją technologia może np. monitorować higienę pacjenta, wskazywać najbardziej zagrożone zęby i sugerować konkretne materiały lub metody leczenia. Już dziś skanery i algorytmy AI potrafią analizować zdjęcia radiologiczne, wykrywać ubytki i oceniać poziom utraty kości wyrostka w chorobie przyzębia, choć skuteczność w wykrywaniu próchnicy wciąż wymaga poprawy.

## Czy w takim razie roboty zastąpią dentystów?

Nie w najbliższym czasie. Pojawiają się już pierwsze systemy robotyczne i nawigacyjne wspomagające leczenie chirurgiczne i implantologiczne, ale pełne zastąpienie lekarza wymaga jeszcze wielu lat rozwoju. Kontakt z pacjentem i doświadczenie kliniczne pozostają nie do przecenienia. Wciąż jesteśmy niezastąpieni, szczególnie w diagnostyce i leczeniu złożonych przypadków.

## Czy system ochrony zdrowia w Polsce jest gotowy na wprowadzenie nowych technologii?

System ochrony zdrowia raczej będzie musiał się dostosować. Jeśli aplikacje mobilne i narzędzia AI okażą się skuteczne, wdrożenie stanie się koniecznością. Umożliwią one szerszy dostęp do opieki i monitorowanie pacjentów, którzy nie mogą regularnie odwiedzać gabinetu.

## Jakie korzyści płyną dla seniorów z takich rozwiązań?

Najważniejsza jest możliwość utrzymania zdrowych zębów jak najdłużej. To przekłada się na komfort życia, ogranicza potrzebę skomplikowanego leczenia protetycznego i zmniejsza ryzyko chorób ogólnoustrojowych związanych ze złym stanem jamy ustnej.

## Jaka rada dla dentystów, którzy chcieliby wdrożyć aplikacje mobilne do swojej praktyki?

Nie bać się nowych technologii. Warto śledzić rynek, wybierać sprawdzone rozwiązania z intuicyjnym interfejsem i wdrażać je w taki sposób, aby były przyjazne dla seniorów. To kierunek, którego nie da się zatrzymać i który wkrótce stanie się standardem w opiece gerostomatologicznej. ●

# SZCZĘKA



**JERZY BRALCZYK**  
językoznawca

Jeden z wyrazów homonimicznych: może to być rzeczownik w liczbie pojedynczej (ten akurat bodaj częściej jest używany w liczbie mnogiej), rodzaju żeńskiego, może to być też czasownik w czasie teraźniejszym, w trzeciej osobie. Relacja homonimiczna nie wiąże się z bliskością znaczeniową, tu jednak taki związek w pewnym sensie odczuwamy – zdarza nam się szczękać zębami, a zęby to przecież szczęka. Nie możemy wszakże, że ktoś *szczęka szczęką*. Czasownik *szczękać* ma prawdopodobnie pochodzenie dźwiękonaśladowcze, podobnie zresztą jak *szczekać*, choć dźwięki tak wydawane nie przypominają ich nazwy. Natomiast z nazwą *szczęki* jako lokalizacji dla zębów jest nieco inaczej – ale jak dokładnie, nie wiadomo.

Etimologia słowa *szczęka* (jako rzeczownika) jest niepewna. Rosyjska (też ukraińska) *szczoka* i białoruska *szczaka* to ‘policzek’; prasłowiańska *szczeka* to była ‘dolna część twarzy’. Może był tu jakiś ślad staronordyckiego *skogg*, co oznaczało ‘brodę’, ale też ‘szpic’ (*skagi* to był ‘przyłodek, cypel’).

Obok *szczęki* mamy też *paszczękę*, która wszelako oznacza ‘otwór gębowy zwierząt’ lub gdy chcemy człowieka do zwierzęcia przyrównać, także ludzi. To taka bardziej wyrazista *paszcza*, która przecież sama w sobie jest mocnym słowem.

*Szczękę* ze *szczękaniem* łączy też to, że nosowość *ę* jest wtórna: dawniej było i *szczękanie* jako ‘szczękanie’, i *szczeka* jako ‘szczęka’ (*paszczęka* też była kiedyś *paszczęka*). Uważa się, że ta nosowość jest dodana dla ekspresji, żeby słowa były bardziej wyraziste. Dziś to wytłumaczenie nie jest dla nas całkiem przekonujące.

Szczęka to albo kość, w której osadzone są zęby, albo dolna część twarzy – te znaczenia właściwie są tak bliskie, że nie bardzo je rozróżniamy. To część głowy człowieka, ale i zwierząt. W historii szczęki ośle i końskie zaznaczyły się jako groźna broń, biblijny Samson „poraził osłą szczęką” rzesze Filistynów,

o szczękach końskich jako broni kozackiej pisał Sienkiewicz. Z rosnącym drzewem zespolona szczęka swoją twardością miała wielką siłę. Dziś, jeśli widzimy jakieś związki szczęki z walką, to raczej z potoczną frazą *dać* lub może częściej *dośćać w szczękę*, która nie zawsze do szczęki anatomicznej musi się odnosić.

Szczęki mamy dwie, górną i dolną, ale częściej chyba jako o szczęce myślimy o tej dolnej, ruchomej, zwanej też *zuchwą*, od prasłowiańskiego czasownika *zuchati*, ‘zuć, przeżuwać’ (*cha* dodano do *zuti* też podobno dla ekspresywności). Obie *zaciskamy*, gdy przychodzi nam się mierzyć z bólem czy kłopotami. Mocno zarysowane dają wrażenie siły, więc i męskości; czasem zbyt wyraźne bywają mniej przychylnie zwane *końskimi*, co zwłaszcza dla pań komplementem nie jest.

A kiedy ktoś jest bardzo, ale tak bardzo zdziwiony, zaskoczony, że przestaje kontrolować mimikę, to *szczęka mu opada*.

W każdym razie *szczęka* (czy raczej *szczęki*) jest dla nas wspaniałym narzędziem i, co ważne, zastępowalnym. *Sztuczna szczęka* (tu często liczba pojedyncza do obu naraz szczęk się odnosi) to w języku bardzo częsty związek frazeologiczny, a dla funkcjonowania naszego organizmu taka proteza to niezrząd bardzo dobre wyjście.

Konstrukcja anatomiczna szczęki sprawiła, że pojawiły się przenośność. W samochodach, w nartach, w imadłach to części, które inaczej trudno byłoby nazwać. A jakiś czas temu, wraz z przańnym początkiem naszego kapitalizmu, pojawiło się jeszcze inne znaczenie tego wyrazu. Zaczął on mianowicie oznaczać ‘przenośny stragan’, wygodnie zamykany na noc.

Tak to anatomia daje nam asumpt do językowej kreatywności, choć czasem wyobrażenie związku między częściami naszego ciała a urządzeniami może być trudne i niekoniecznie przyjemne.



# Ubezpieczenie OC w składce

## Specjalna oferta ubezpieczeń dla członków Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie



Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie zapewnia lekarzom **bezpłatnie (w ramach opłacanej składki członkowskiej)** ochronę obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej (OC) lekarza lub dobrowolnego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej, jeśli lekarz nie podlega ubezpieczeniu obowiązkowemu.



**Pamiętaj o wznowieniu ubezpieczenia.**



Każdy ubezpieczony lekarz otrzyma **do 20% zniżki na wybrane ubezpieczenia** (m.in. komunikacyjne, mieszkaniowe, turystyczne).

Oferujemy Ci ochronę nie tylko podczas wykonywania zawodu, ale także w życiu prywatnym.



**Ubezpieczenie utraty dochodu** – odszkodowanie nawet do 180 tys. zł



**Ubezpieczenie ochrony prawnej** nawet do 500 tys. zł



**Ubezpieczenie OC** nadwyżkowe – zakres ubezpieczenia możesz rozszerzyć o medycynę estetyczną lub chirurgię plastyczną do wysokości aż 6 mln zł



**Ubezpieczenie następstw nieszczęśliwych wypadków (NNW)** związane z ekspozycją na HIV/WZW



**Ubezpieczenie PZU Wojażer** dla lekarzy na cały rok

### Korzyści z ubezpieczenia

- ✓ Podstawowy zakres ochrony prawnej
- ✓ Szeroki zakres ubezpieczenia
- ✓ Do 6 mln zł sumy gwarancyjnej – dopasowanej do wysokiego ryzyka wykonywania zawodu medycznego.
- ✓ Preferencyjna składka ustalona dla lekarzy Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie
- ✓ Przeznaczona specjalnie dla lekarzy ścieżka obsługi szkód
- ✓ Dostęp do polisy w dowolnym momencie i z dowolnego miejsca
- ✓ Uprozczone formalności i oszczędność czasu
- ✓ Aplikacja online do zawierania ubezpieczeń
- ✓ Dedykowana infolinia/czat
- ✓ Możliwość opłacania składki online



PZU SA jest reprezentowany przez 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](mailto:biuro@ins-med.pl),
- ✓ za pośrednictwem strony: [ins-med.pl](http://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](http://ins-med.pl) w zakładce „Ubezpieczenia dla lekarzy”. Promocja jest skierowana do lekarzy przystępujących do programu do końca trwania ubezpieczenia. Szczegóły promocji znajdziesz również w zakładce „Ubezpieczenia dla lekarzy”.

# Srebrne tsunami

W Centrum Dydaktycznym Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego 20 marca 2026 r. odbyła się konferencja naukowa poświęcona wyzwaniom współczesnej stomatologii geriatrycznej, zorganizowana z okazji Międzynarodowego Dnia Zdrowia Jamy Ustnej.



**S**potkanie zgromadziło lekarzy dentystów, naukowców oraz studentów, stając się ważnym forum wymiany doświadczeń i aktualnej wiedzy dotyczącej opieki nad pacjentem senioralnym.

Organizatorem konferencji był Wydział Lekarsko-Stomatologiczny WUM we współpracy z Okręgową Izbą Lekarską w Warszawie, Komisją ds. Lekarzy Dentystów ORL w Warszawie, Polskim Towarzystwem Stomatologicznym oraz Polskim Towarzystwem Stomatologii Geriatrycznej. Patronat honorowy nad konferencją objął prof. dr hab. n. med. Rafał Krenke, rektor WUM.

Uroczystego otwarcia konferencji dokonała prof. dr hab. n. med. Agnieszka Mielczarek, która podkreśliła rosnące znaczenie interdyscyplinarnej opieki nad osobami starszymi oraz konieczność dostosowania praktyki stomatologicznej do potrzeb starzejącego się społeczeństwa. Przed zjawiskiem tym nie uciekniemy, ponieważ przemawiają tu liczby. – *Według prognoz GUS w 2060 r. liczba ludności w Polsce spadnie poniżej 30 mln, z czego 40 proc. będą stanowili pacjenci w wieku senioralnym, czyli tacy, którzy przekroczyli 65. rok życia.*

*Dlatego zasadne jest, byśmy zmierzili się z tym problemem i zaczęli myśleć jak pacjent stomatologiczny w wieku senioralnym – jakiej będzie potrzebował opieki i jak przygotować się do tego wyzwania – powiedziała prof. Mielczarek.*

Pierwszy wykład wygłosiła prof. Ewa Rodakowska z Uniwersytetu w Bergen, prezentując analizę systemu opieki stomatologicznej nad pensjonariuszami domów opieki w Norwegii. Prelegentka zwróciła uwagę na różnice systemowe oraz wyzwania organizacyjne, a przede wszystkim rolę higienistek, które wpływają na dostępność i jakość świadczeń stomatologicznych w tej grupie pacjentów. Kolejna prelekcja, przedstawiona przez dr hab. Joannę Peradzińską, dotyczyła zjawiska immunosenescencji oraz jego znaczenia dla profilaktyki chorób jamy ustnej. W wystąpieniu podkreślono konieczność wdrażania nowoczesnych strategii profilaktycznych, uwzględniających zmiany zachodzące w układzie odpornościowym osób starszych. Z kolei dr n. med. Justyna Zaorska omówiła problem stosowania leków przeciwbólowych w populacji senioralnej, zwracając uwagę na ryzyko działań niepożądanych oraz interakcji

lekowych. Wykład miał istotne znaczenie praktyczne, szczególnie w kontekście codziennej pracy lekarzy dentystów.

Następnie uczestnicy wysłuchali prelekcji dr. hab. Piotra Reguńskiego, który przedstawił możliwości wykorzystania aplikacji mobilnych w monitorowaniu stanu zdrowia pacjentów starszych. Wskazano na rosnącą rolę technologii cyfrowych w poprawie jakości opieki oraz komunikacji między pacjentem a personelem medycznym. Istotnym elementem programu był również wykład prof. dr hab. n. med. Jolanty Kostrzewy-Janickiej poświęcony zależnościom między funkcjonowaniem mięśni żucia a pracą mózgu. Prelegentka zaprezentowała aktualne doniesienia naukowe wskazujące na złożone powiązania między układem stomatognatycznym a funkcjami poznawczymi.

Konferencję zwieńczyła debata nad kierunkami rozwoju stomatologii geriatrycznej w Polsce. Dr n. med. Dariusz Paluszek podkreślił, że *skuteczne leczenie pacjentów geriatrycznych wymaga podejścia interdyscyplinarnego, uwzględniającego ścisłą współpracę stomatologów z lekarzami innych specjalności. Tylko kompleksowe spojrzenie na stan zdrowia pacjenta geriatrycznego pozwala na właściwe planowanie terapii i poprawę jakości życia osób starszych.*

Ekspertcy zwrócili również uwagę na konieczność zwiększenia świadomości wśród personelu medycznego oraz istotną rolę, jaką w opiece nad pacjentem geriatrycznym mogą odgrywać higienistki stomatologiczne. Wskazano na niedostateczną liczbę krajowych opracowań oraz brak jednolitych standardów postępowania, co utrudnia wdrażanie skutecznych rozwiązań w praktyce klinicznej. W związku z tym postulowano rozwijanie programów badawczych, wspieranie młodych naukowców oraz tworzenie platform współpracy między ośrodkami akademickimi i placówkami medycznymi.

Debata zakończyła się wnioskiem, że rozwój stomatologii geriatrycznej w Polsce powinien stać się jednym z priorytetów systemu ochrony zdrowia, a podejmowane działania muszą mieć charakter długofalowy i skoordynowany, tak byśmy byli przygotowani na nadciągające właśnie srebrne tsunami. ●

# Zdrowie jamy ustnej to sprawa całej medycyny

Dzień po Międzynarodowym Dniu Zdrowia Jamy Ustnej – 21 marca – odbyło się w Warszawie spotkanie sygnatariuszy inicjatywy **Wyzwanie 10 x 10**. Konferencja zgromadziła przedstawicieli wielu środowisk medycznych oraz instytucji zaangażowanych w działania na rzecz poprawy zdrowia jamy ustnej w Polsce.

**K**onferencję otworzyła Magdalena Rozkrut z firmy elmex, podkreślając znaczenie daty wydarzenia. – *To czas, kiedy szczególnie mocno wybrzmiewa przekaz o wpływie zdrowia jamy ustnej na kondycję całego organizmu i jakość życia pacjentów* – zaznaczyła.

Wśród uczestników znaleźli się przedstawiciele środowiska stomatologicznego, na czele z prof. dr hab. Dorotą Olczak-Kowalczyk, prezesem Polskiego Towarzystwa Stomatologii Dziecięcej, oraz prof. dr hab. Agnieszką Mielczarek, wiceprezesem Polskiego Towarzystwa Stomatologii Geriatrycznej. Obecni byli również reprezentanci innych zawodów medycznych: położne, dietetycy, farmaceuci, higienistki stomatologiczne, a także przedstawiciele samorządu lekarskiego, dr n. med. Dariusz Paluszek oraz mec. Krzysztof Gołębiewski z Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie. W wydarzeniu uczestniczyli również studenci kierunku lekarsko-dentystycznego.

Głównym tematem spotkania była potrzeba wzmocnienia współpracy międzydziedzinowej w zakresie profilaktyki próchnicy. Dyskusja objęła zaangażowanie dziesięciu grup zawodowych – od dentyków i higienistek stomatologicznych, przez ginekologów, pediatrów po farmaceutów i dietetyków. Podkreślano, że tylko spójne, systemowe działania mogą przynieść realne efekty zdrowotne. Skala problemu jest ogromna. – *Szacuje się, że próchnica dotyczy ponad 80 proc. dzieci w wieku szkolnym, a w populacji*

*dorostych sięga nawet 90 proc. Bez współpracy między zawodami medycznymi nie osiągniemy trwałej poprawy tych wskaźników* – wielokrotnie podkreślała prof. Olczak-Kowalczyk. Z kolei prof. Mielczarek zwróciła uwagę na rosnące potrzeby zdrowotne pacjentów w wieku podeszłym: – *Starzenie się społeczeństwa wymaga lepszego przygotowania systemu do opieki stomatologicznej nad seniorami. Interakcje pomiędzy zażywającymi przez seniorów lekami prowadzą do wielu schorzeń, przede wszystkim do kserostomii, a to drastycznie zwiększa ryzyko próchnicy.*

Program konferencji podzielono na trzy bloki. W pierwszym zaprezentowano krótkie wystąpienia eksperckie, koncentrujące się na aktualnych wytycznych i dobrych praktykach profilaktycznych. Drugi blok miał charakter

panelu dyskusyjnego i dotyczył odpowiedzialności zawodów medycznych za ograniczanie próchnicy w różnych grupach pacjentów. Jego moderator dr Dariusz Paluszek odniósł się do kwestii praktycznego wdrażania profilaktyki: – *Kluczowe jest przełamanie bariery między medycyną ogólną a stomatologią. W praktyce oznacza to choćby krótką ocenę stanu jamy ustnej podczas wizyty lekarskiej i kierowanie pacjenta do dentysty, zanim pojawi się ból* – zaznaczył.

W trzeciej części omówiono zagadnienia związane z edukacją przeddyplomową i przygotowaniem przyszłych lekarzy dentyków do pracy w modelu opieki interdyscyplinarnej.

Istotnym elementem wydarzenia było podpisanie wspólnej deklaracji „Wyzwania 10 x 10”, która zakłada intensyfikację działań profilaktycznych, edukacyjnych i systemowych w najbliższych latach. Sygnatariusze zadeklarowali m.in. rozwijanie współpracy między środowiskami oraz zwiększanie świadomości zdrowotnej pacjentów.

– *Wnioski płynące ze spotkania wskazują jednoznacznie, że skuteczna walka z próchnicą wymaga skoordynowanych działań całego środowiska medycznego. Integracja kompetencji lekarzy i lekarzy dentyków, przy wsparciu innych zawodów medycznych, stanowi kluczowy element poprawy zdrowia publicznego w tym obszarze. Jeśli dalej będziemy tak intensywnie działać, wiemy, że nasz cel zostanie osiągnięty* – powiedziała prof. Olczak-Kowalczyk. ●



foto: D. Lebedzińska

# Oral-B Professional

## wsparcie edukacyjne dla lekarzy dentyistów

**D**ynamiczny rozwój stomatologii sprawia, że lekarze dentyści muszą stale aktualizować swoją wiedzę oraz umiejętności kliniczne. W odpowiedzi na te potrzeby powstała platforma edukacyjna online dostępna pod adresem [www.oralbprofessional.pl](http://www.oralbprofessional.pl), która oferuje szeroki zakres materiałów edukacyjnych i webinarów związanych ze zdrowiem i higieną jamy ustnej. Tematyka szkoleń obejmuje m.in. profilaktykę próchnicy oraz chorób przyzębia, leczenie nadwrażliwości, a także zagadnienia z zakresu estetyki uśmiechu i fotografii stomatologicznej.

### **PARTNER W USTAWICZNYM KSZTAŁCENIU LEKARZY DENTYSTÓW**

Platforma została stworzona z myślą o lekarzach dentyistach, studentach stomatologii oraz higienistkach stomatologicznych. Jej głównym celem jest udostępnianie rzetelnej wiedzy klinicznej oraz praktycznych informacji opartych na aktualnych badaniach i doświadczeniach ekspertów. Jednym z najważniejszych zasobów oferty edukacyjnej Oral-B Professional są webinary prowadzone przez uznanych specjalistów stomatologii, m.in. dr. hab. n. med. Bartłomieja Górskiego, prof. dr hab. n. med. Ewę Czochrowską, dr. n. med. Michała Sobczaka czy lek. dent. Dorotę Stankowską.

Webinary często prowadzone są w formie wykładów połączonych z prezentacją przypadków klinicznych oraz możliwością zadawania pytań ekspertom. Dodatkowo część szkoleń jest akredytowana przez Naczelną Izbę Lekarską i pozwala na uzyskanie punktów edukacyjnych, które są wymagane w ramach ustawicznego kształcenia. System punktowy stanowi istotny element doskonalenia zawodowego i jest regulowany przepisami dotyczącymi obowiązku podnoszenia kwalifikacji przez lekarzy dentyistów.

### **WEBINARY W TRYBIE „LIVE”**

Kilka razy do roku organizowane są webinary na żywo, podczas których uczestnicy mają okazję do zadawania pytań prowadzącym za pośrednictwem czatu odbywającego się w czasie rzeczywistym. Aby być na bieżąco z nadchodzącymi wydarzeniami, zachęcamy do obserwowania [@oralb\\_professional\\_pl](https://www.instagram.com/oralb_professional_pl) w mediach społecznościowych. Ponadto dzięki zapisowi do

newslettera użytkownicy są na bieżąco informowani o tematach i terminach zbliżających się webinarów.

### **WEBINARY W JĘZYKU ANGIELSKIM**

Poza bogatą ofertą wykładów w języku polskim platforma [www.oralbprofessional.pl](http://www.oralbprofessional.pl) oferuje również treści przygotowane przez zagranicznych prelegentów. „Artificial intelligence – the future is now: Get your practice ready!”, „Effects of periodontal treatment on markers of systemic health” czy „Oral health and systemic co-morbidities a global health concern” to przykładowe tematy przedstawiane przez światowe autorytety w dziedzinie stomatologii.

### **MATERIAŁY EDUKACYJNE DLA PACJENTÓW**

Oral-B nieustannie wspiera lekarzy dentyistów w codziennej pracy. Specjalnie opracowane materiały edukacyjne ułatwiają komunikację z pacjentem. Dzięki grafikom, opisom, planszom, atlasom i materiałom wideo rozmowy o etiologii chorób stomatologicznych, zaleceniach pozabiegowych oraz instruktażu higieny jamy ustnej są dużo łatwiejsze i bardziej efektywne.

### **BEZPŁATNY DOSTĘP DO WIEDZY**

Korzystanie z platformy edukacyjnej Oral-B Professional jest bezpłatne i wymaga utworzenia konta użytkownika. Rejestracja pozwala uzyskać dostęp do pełnej bazy materiałów edukacyjnych, w tym nagrań dostępnych w trybie na żądanie, interaktywnych kursów, artykułów merytorycznych, badań naukowych oraz treści edukacyjnych w postaci ulotek, infografik lub atlasów do pobrania. Po zalogowaniu użytkownicy uzyskują dostęp do wszystkich zasobów oraz certyfikatów potwierdzających udział w szkoleniach. Baza darmowych materiałów jest nieustannie aktualizowana i powiększana, a ich tematyka jest bogato zróżnicowana, tak aby każdy mógł znaleźć coś dla siebie.

Dzięki bezpłatnemu dostępowi, szerokiej tematyce szkoleń oraz możliwości zdobywania punktów edukacyjnych platforma Oral-B Professional jest wartościowym narzędziem wpływającym na rozwój zawodowy dentyistów oraz higienistek stomatologicznych, promując wzrost kompetencji całych zespołów pracujących w gabinetach.

# PLATFORMA EDUKACYJNA



Dołącz do [oralbprofessional.pl](https://oralbprofessional.pl)

Zarejestruj się i obejrzyj certyfikowane, punktowane, akredytowane, bezpłatne webinary dla lekarzy dentystów:



**Ortodoncja dorosłych  
- możliwości i ograniczenia**  
prof. dr hab. n. med.  
Ewa Czochrowska



**Prace estetyczne. Jak spełnić  
oczekiwania pacjenta?**  
lek. dent. Dorota Stankowska



**Periodontologia: decyzje,  
które mają znaczenie**  
dr hab. n. med.  
Bartłomiej Górski



**Zapobieganie i leczenie  
próchnicy u dzieci**  
dr n. med.  
Michał Sobczak



Przejdź do strony

# Zdrowa Polka – profilaktyka, diagnoza, system

14 kwietnia 2026 r. w Warszawie odbyła się konferencja **Zdrowa Polka – profilaktyka, diagnoza, system**, zorganizowana przez Okręgową Izbę Lekarską w Warszawie. Eksperci, przedstawiciele instytucji publicznych, środowiska medycznego oraz mediów dyskutowali o roli systemu ochrony zdrowia, profilaktyce i komunikacji w budowaniu świadomości zdrowotnej kobiet.

Konferencję poświęconą zdrowiu kobiet otworzyła redaktor naczelna miesięcznika „Puls” Aleksandra Sokalska, a prezes ORL w Warszawie Artur Drobniań powitał gości, w tym przedstawiciele partnera wydarzenia – Grzegorza Kryckiego, prezesa zarządu PZU Zdrowie, członków zarządu grupy: Weronikę Dejnekę, Piotra Lizukowa, Marcina Mikosa i Tomasza Wilmowskiego.

Wśród znakomitych gości i prelegentów znaleźli się przedstawiciele administracji publicznej: Katarzyna Kotuła – Sekretarz Stanu i Pełnomocniczka Rządu ds. Równości, Tomasz Maciejewski – Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia, Renata Kaznowska – Zastępca Prezydenta m.st. Warszawy, Elżbieta Stefaniuk – Mazowiecki Państwowy

Wojewódzki Inspektor Sanitarny, dyrektor Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Warszawie. Wśród prelegentów byli też eksperci zdrowotni oraz przedstawiciele mediów: dr Artur Drobniań, Piotr Dobrowolski – konsultant wojewódzki w dziedzinie kardiologii, Paweł Koczkodaj – prof. Narodowego Instytutu Onkologii, Łukasz Paluch – prof. CMKP, Aleksandra Krasowska – psychiatra, seksuolog z WUM, Iwona Bocian-Zaciewska – rzecznik prasowy WSZ w Skierniewicach. Perspektywę pacjentki, ale i ekspertek w swoich dziedzinach, przybliżyły Joanna Kryńska – dziennikarka TVN i TVN24, Alżbeta Lenska – aktorka, założycielka Fundacji Happy Brain, Katarzyna Zakrzewska, rezydentka dermatologii i wenerologii, lekarka medycyny estetycznej. O sile

kobiet opowiedziała Joanna Przetakiewicz-Rooijens, przedsiębiorczyni i aktywistka, inicjatorka ruchu społecznego Era Nowych Kobiet, a o wyzwaniach ochrony zdrowia w kontekście sektora prywatnego, ale i współpracy z państwowym systemem – Weronika Dejneka, członek zarządu PZU Zdrowie SA.

W swoim wystąpieniu ministra Katarzyna Kotuła podkreśliła związek między zdrowiem kobiet a równością: *– O zdrowiu kobiet nie da się mówić w oderwaniu od równego traktowania, bo jeśli na wizytę u specjalisty w małym mieście czeka się miesiącami, jeśli kobieta słyszy „proszę nie przesadzać”, kiedy zgłasza ból, i jeśli badania profilaktyczne są dostępne gdzieś w teorii, ale nie w realnym życiu, to nie jest to problem tylko systemu ochrony zdrowia, to problem równości i praw kobiet.*

W trakcie konferencji wielokrotnie wybrzmiewało, że sama dostępność programów profilaktycznych nie wystarczy. Bariery takie jak brak czasu, trudności w dojeździe do lekarza, lęk przed diagnozą czy wcześniejsze negatywne doświadczenia sprawiają, że wiele kobiet nie korzysta z badań. *– Profilaktyka musi być blisko, po ludzku i bez stygmatyzacji* – mówiła ministra Kotuła, a jej słowa powracały w wystąpieniach kolejnych gości.

Program wydarzenia podzielono na dwa panele dyskusyjne, które poprzedził wykład Podsekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia dr. n. med. Tomasza Maciejewskiego. Zaprezentowane przez ministra dane dotyczące stanu zdrowia kobiet unaocniły skalę wyzwań epidemiologicznych. Stały się one punktem wyjścia do dalszej, pogłębionej dyskusji o koniecznych zmianach systemowych i kobiecym zdrowiu.

Pierwszy panel – „Kobieta w systemie ochrony zdrowia”, moderowany przez dyrektora Ośrodka Strategii i Analiz OIL w Warszawie Artura



foto. Marcin Fajliński (3)



Białoszewskiego – zgromadził grono decydentów i ekspertów zaangażowanych w kształtowanie polityki zdrowotnej. Uczestnicy dyskusji omawiali m.in. kwestie dostępności świadczeń, koordynacji opieki i potrzebę lepszego dostosowania systemu do specyfiki zdrowia kobiet. O programach zdrowotnych w Warszawie i konieczności docierania z informacją o nich do pacjentek mówiła wiceprezydent Renata Kaznowska, Piotr Dobrowolski w ramach profilaktyki zachwalał dostępną w aplikacji IKP ankietę „10 dla Serca”, a Elżbieta Stefaniuk mówiła o barierach, które PWIS identyfikuje w korzystaniu przez kobiety z profilaktyki: – *Są to bariery systemowe, behawioralne i komunikacyjne* – wliczyła inspektor. – *Mamy do czynienia z paradoksem dostępności – kobiety znają te programy, słyszały o nich, ale brakuje wsparcia, motywacji ze strony systemu* – wyjaśniała, wskazując m.in. na potrzebę personalizacji zaproszeń do udziału w programach przesiewowych.

Prezes ORL w Warszawie Artur Drobnik podkreślał dużą rolę lekarzy rodzinnych i ginekologów w tym, by edukować zdrowotnie pacjentki na przestrzeni całego ich życia, nie skupia-

jąc się wyłącznie na problemie, z którym zgłaszają się na wizytę. – *W gestii lekarzy i lekarzy dentyków leży, abyśmy poświęcili kobiecie czas, bo kontakt z nią to informacja przekazywana jej córce, jej matce i jej koleżankom. W ten sposób możemy najbardziej wpłynąć na to, żeby dobrostan kobiet w Polsce był na wyższym poziomie* – mówił.

Drugi panel, prowadzony przez wiceprezes ORL w Warszawie Małgorzatę Terlecką-Maciejewską, koncentrował się na profilaktyce i komunikacji zdrowotnej. Aleksandra Krasowska zwróciła uwagę, że zarówno system, jak i sami

lekarze muszą wziąć większą odpowiedzialność za zdrowie kobiet. Podkreśliła, że pacjentka pozostawiona sama sobie – zniechęcona długim oczekiwaniem na wizytę i powierzchownym podejściem – nie będzie w stanie skutecznie dbać o profilaktykę. Z kolei Paweł Koczkodaj wskazał konkretne rozwiązania mogące zwiększyć udział kobiet w programach profilaktycznych, takie jak wprowadzenie imiennych zaproszeń na badania. Duże znaczenie miały także osobiste świadectwa uczestniczek panelu – Joanny Kryńskiej, Alżbety Lenskiej oraz Katarzyny Zakrzewskiej – które opowiadały, jak doświadczenie choroby przełożyło się na ich zaangażowanie w edukację zdrowotną. Jak podkreślały, otrzymują liczne sygnały od kobiet, które dzięki ich działalności zdecydowały się na badania – niekiedy w samą porę, by podjąć leczenie.

Konferencja pokazała, że poprawa zdrowia kobiet w Polsce wymaga skoordynowanych działań – zarówno na poziomie systemowym, jak i społecznym. Ważne jest nie tylko rozwijanie programów profilaktycznych, ale też skuteczne docieranie do pacjentek, edukacja zdrowotna i budowanie ich zaufania do systemu ochrony zdrowia. ●



## PATRONAT HONOROWY



## PATRONI MEDIALNI



## PARTNERZY WYDARZENIA



## PATRONI MERYTORYCZNI



# Gra o staż



**MAŁGORZATA SOLECKA**  
dziennikarka

*Zapewne wielu z Was zginie, ale jest to poświęcenie, na które jestem gotów* – kultowy i memiczny cytat (niezupełnie) nie na temat, ale dziwnie trafnie oddający ducha rozmów, jakie toczy Ministerstwo Zdrowia w sprawie zmian w kształceniu podyplomowym lekarzy i lekarzy dentystów.

**R**esort chwali się w mediach społecznościowych zdjęciami, dokumentując otwartość na dialog, ale zdecydowanie warto wyjść poza rolki i oficjalny przekaz, by dostrzec jakość owego dialogu. Ostatnia odsłona w sprawie zmian w ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentysty, dotyczących m.in. skrócenia stażu podyplomowego, to spotkanie ze środowiskiem młodych lekarzy i studentów kierunku lekarskiego, które co prawda nie przyniosło większej (żadnej?) wartości merytorycznej, ale za to pozwoliło zaprezentować swoją logikę Ministerstwa Zdrowia, które chce postawić na uprządkowanie kształcenia przez ograniczenie znaczenia stażu (i być może jego likwidację). Na papierze (czy też w PowerPointach) wszystko się zgadza: uprządkowanie ma sięgnąć w głąb studiów, już na szóstym roku – a może i wcześniejszych latach – studenci nabywaliby umiejętności pracy z pacjentem, a nie tylko „zakuwali”. Staż w takich warunkach stawałby się – zdaniem MZ – zbędny.

Są jednak, jak się można domyślać, okoliczności, które stawiają ten plan pod bardzo dużym znakiem zapytania. Okoliczności, które można definiować i postrzegać z wielu różnych perspektyw. Swoją podczas marcowego Kongresu Wyzwań Zdrowotnych przedstawił pro-

rektor ds. kształcenia podyplomowego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego dr hab. n. med. Oskar Kowalski, który zadeklarował, że jest zdecydowanym przeciwnikiem likwidacji stażu podyplomowego. W jego ocenie obecnie zbliżający się do końca studiów nie mają szans pracować z pacjentami w unikalnym dla stażu charakterze: już lekarzy, którzy mogą wykonywać określone czynności, pozostając pod nadzorem opiekunów. – *Mówi się o zmianach, tak by szósty rok był bardziej praktyczny. To fantastyczny pomysł. Tylko na naszej uczelni na szóstym roku mamy 800 osób. Aby zapewnić grupy dwuosobowe, byłaby konieczność zatrudnienia kilkuset nowych wykładowców. To jest niemożliwe* – podkreślił, zaznaczając, że problemem są zarówno pieniądze, jak i fizyczny brak chętnych do pracy na uczelni.

Przedstawiciel wiodącej uczelni w kraju podzielił więc podstawowe obawy, jakie pomysł zmian w stażu budzi po stronie środowiska lekarzy oraz tych, którzy dopiero kształcą się w kierunku zawodu lekarza i lekarza dentysty (warto wspomnieć, że z KRAUM wychodzą też sygnały o wsparciu kierunku, w jakim chce podążać Ministerstwo Zdrowia). Można powiedzieć, że obawy te odnoszą się przede wszystkim do braku gotowości systemu (standardów kształ-

cenia, finansów, kadr) do takiego przeprowadzenia zmiany, by nie przyniosła uszczerbku na jakości.

Ministerstwo Zdrowia na problem patrzy jednak inaczej, przechodząc do porządku dziennego nad wątpliwościami i pytaniami zgłaszanymi nie tylko przecież przez tych, którzy się kształcą, ale też tych, którzy za to kształcenie odpowiadają. I tak, również widzi zagrożenia dla jakości kształcenia – przede wszystkim po stronie studentów i stażystów. Ma im brakować, mianowicie, motywacji i chęci do nauki. – *Wskazywano na brak chęci młodych lekarzy do pracy oraz ograniczone zainteresowanie studentów zajęciami klinicznymi, które objawia się np. przeglądaniem treści w internecie podczas seminariów* – relacjonowali uczestnicy spotkania, jakie odbyło się w resortu zdrowia 31 marca. W opinii resortu usunięcie lub skrócenie stażu również miałoby pełnić rolę „psychologiczną” w postaci motywowania do nauki i zwiększenia zaangażowania studentów na szóstym roku.

– *Życie nie zawsze sprostą oczekiwaniom, więc trzeba się pogodzić z tym, że się tego nie nauczymy* – usłyszeli również uczestnicy spotkania. I to cytat zupełnie i absolutnie na temat. Wiceminister Katarzyna Kęcka, odpowiedzialna za prace nad zmianami w ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentysty, nie pozostawiła (raczej) złudzeń, że oczekiwania dotyczące jakości kształcenia można mieć, ale nie należy zakładać, że „życie” (system, rozwiązania, jakie przygotowują decydenci, etc.) im sprosta. I mądrzej zrobią ci, którzy się z tą prawdą pogodzą.

Pacjenci, którzy mają oczekiwania, że ich problemami zdrowotnymi będą się zajmować odpowiednio przygotowani specjaliści medyczni, też powinni dostać szansę, by móc zawczasu przepracować swoje rozczarowanie, jeśli w ich przypadku lekarz (a w zasadzie życie) nie sprosta tym oczekiwaniom. Choć należy wątpić, by w praktyce to podejście przyniosło coś więcej niż frustrację, po każdej ze stron. Może oprócz decydentów. Tu sprawa jest jasna, oszczędności na stażu wpisano do planu równoważenia finansów ochrony zdrowia. Minister finansów oczekuje, że plan zostanie zrealizowany. ●

## 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 czerwca 2026 r.**

## REHABILITACJA

Koleżanki i Koledzy,

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

(Szczegóły na stronie Fundacji Pro Seniore)

**Termin składania wniosków mija  
30 czerwca 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 dentystów w **poniedziałki i czwartki** w godz. **13.00–15.00** do **Klubu Lekarza** przy ul. **Raszyńskiej 54** w Warszawie na dofinansowane przez OIL w Warszawie obiady.

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

# ChatGPT Health ma dostęp do EDM.

## Jak działa i co oznacza dla lekarzy?



**ARTUR OLESCH**  
dziennikarz

W styczniu br. OpenAI zaprezentował ChatGPT Zdrowie, a w marcu swoją premierę miał Copilot Zdrowie Microsoftu. Każdy może wczytać do nich dokumentację medyczną, aby otrzymać personalizowane porady zdrowotne. A to oznacza upowszechnienie doradców zdrowia działających poza systemem zdrowia.

**D**otąd był jeden ChatGPT od wszystkiego, niezależnie od tego, czy pytaliśmy o ułożenie zabawnego wiersza z życzeniami urodzinowymi, zaplanowanie wakacji, czy poradę zdrowotną. Ale wiodące koncerny generatywnej AI, jak OpenAI, Anthropic czy Microsoft, zdają sobie sprawę, że zdrowie to temat, o który użytkownicy pytają wyjątkowo często.

### AI ZYSKUJE, BO SYSTEM ZDROWIA MA PROBLEM

Jednym z powodów jest to, że systemy ochrony zdrowia na całym świecie są przeciążone – brakuje lekarzy, rosną koszty leczenia bez przełożenia na wyniki, pacjenci czekają miesiącami na wizyty u specjalistów, zmieniają się oczekiwania w zakresie profilaktyki i opieki napędzane innowacjami cyfrowymi w innych sektorach.

Jak jasno pokazują nam ostatnie dane, ChatGPT codziennie obsługuje ok. 40 mln zapytań związanych ze zdrowiem – to ponad 5 proc. wszystkich rozmów z AI. Co czwarty użytkownik przynajmniej raz w tygodniu pyta o zdrowie. Z kolei Microsoft podaje, że jego systemy AI (Bing i Copilot) odpowiadają każdego dnia na ponad 50 mln pytań zdrowotnych.

Samoleczenie nie jest żadną nowością. Pacjenci zawsze szukali rozwiązania swojego problemu zdrowotnego poza gabinetem lekarskim, w encyklopediach zdrowia, prasie, potem Google'u. Wraz z upowszechnieniem internetu i smartfonów dostępność wiedzy była coraz większa. Jednak AI to coś więcej niż tylko pasywne źródło informacji, bo autonomicznie podejmuje decyzje i „rozmawia” z pacjentem.

### PERSONALNY CZATBOT Z DOSTĘPEM DO DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

W ChatGPT Health, Claude albo Copilot Health użytkownik może udostępnić swoją dokumentację medyczną. Czatbot widzi wszystkie dane pacjenta, takie jak wyniki badań, historię leczenia czy zażywane leki. Do tego można jeszcze podłączyć urządzenia ubieralne, jak inteligentne zegarki czy opaski fitness.

Copilot deklaruje, że integruje już dane od 50 tys. świadczeniodawców i 50 urzędów medycznych. W ten sposób wszystkie one trafiają do jednego miejsca i są na bieżąco analizowane przy każdej rozmowie o zdrowiu. Kiedy zapytamy, jakie badania profilaktyczne wykonać, albo poprosimy o zaplanowanie posiłków na kolejny tydzień, ChatGPT zajrzy do EDM i dopasuje zalecenia do stanu zdrowia i poziomu biomarkerów.

Taka bezpośrednia integracja czatbota AI z EDM jest na razie możliwa tylko w USA. W Europie blokadą pozostają restrykcyjne przepisy dotyczące ochrony danych osobowych. Przynajmniej na razie. W Polsce nic nie stoi na przeszkodzie, aby pacjent pobrał sobie dokumentację medyczną z Internetowego Konta Pacjenta (IKP) i wczytał do ChatGPT Zdrowie. Jest to okrzęna droga, nie tak prosta jak w USA, ale i tak już teraz wiele osób po prostu skanuje wydruki kartotek zdrowia i udostępnia je AI, aby zapytać o diagnozę i porady dotyczące leczenia. I nieważne, że jest to ryzykowna praktyka, bo dane mogą wyciec na zewnątrz, a AI może podać błędne wskazówki – dla wielu pacjentów liczy się szybka pomoc w zasięgu ręki.

### CO POTRAFIĄ NOWE ROZWIĄZANIA AI DLA PACJENTÓW?

OpenAI, Anthropic i Microsoft podkreślają, że nie chodzi o zastępowanie lekarza, ale o to, aby pacjent zrozumiał swoje dane i lepiej przygotował się do wizyty. Z badania przeprowadzonego przez OpenAI wynika, że pacjenci korzystają z czatbotów najczęściej po godzinach pracy gabinetów lekarskich oraz w miejscowościach, gdzie dostęp do lekarza jest trudny. Pytania dotyczą interpretacji wyników badań laboratoryjnych oraz



intymnych dolegliwości, ale także diagnozy i zaleceń lekarskich.

ChatGPT Health, Claude czy Copilot tłumaczą prostym językiem wyniki badań krwi (np. poziomu glukozy, cholesterolu) w kontekście historii choroby oraz wyszukują niepokojące wzorce z ostatnich lat. Dodatkowo Copilot gromadzi dane z aplikacji mobilnych (liczba kroków, jakość snu, tętno) i w ten sposób może podpowiedzieć, czy np. wzrost masy ciała może mieć związek ze zmianą diety lub leków, oraz zalecić zmiany w stylu życia.

Boty sugerują też pytania, jakie warto zadać lekarzowi odnośnie do konkretnych objawów. Jeśli wpisujemy symptomy, AI poda prawdopodobną diagnozę, a gdy objawy są niejednoznaczne – wskaże możliwe opcje do rozważenia i omówienia z lekarzem. A to oznacza, że pacjenci będą coraz częściej przychodzić na wizytę już po pierwszej opinii AI.

Jest też sporo funkcji profilaktycznych. Chatbot można zapytać o zalecane szczepienia w danej grupie wiekowej oraz nowe wyniki badań naukowych dotyczące konkretnych schorzeń. W tym przypadku modele AI sięgają do wiarygodnych źródeł, jak WHO czy organizacje zdrowia publicznego, CDC (Centrum Kontroli Chorób i Prewencji). W skomplikowanym amerykańskim systemie ubezpieczeń zdrowotnych AI pomaga w rozliczeniu kosztów leczenia i szukaniu najlepszych planów ubezpieczeniowych.

OpenAI i Microsoft podkreślają, że asystenci AI nie są przeznaczeni do

leczenia, a w razie wątpliwości i niepokojących objawów należy skonsultować się z lekarzem.

### AI CZASAMI WPADNIE NA TROP RZADKIEJ CHOROBY, A CZASAMI WPROWADZI W BŁĄD

Już kilka lat temu sztuczna inteligencja potrafiła zdać egzamin lekarski, uzyskując lepsze wyniki niż lekarze. Ale egzamin a praktyka lekarska to zupełnie inne światy. W badaniu NOHARM przeprowadzonym przez zespół naukowców z uniwersytetów Stanforda, Harvarda oraz kilku innych instytucji akademickich, najlepsze spośród 31 badanych modeli AI osiągały wyniki na poziomie ok. 60 proc. – a to oznacza, że tylko 6 na 10 rekomendacji było zgodnych z wiedzą medyczną.

Z kolei eksperyment Oxford Internet Institute sugeruje, że choć AI prawidłowo identyfikuje chorobę w 95 proc. przypadków, to podczas rozmowy z prawdziwymi pacjentami często zawodzi i się myli. Niektóre wyniki badań są niepokojące. Naukowcy z Icahn School of Medicine at Mount Sinai w Nowym Jorku pokazali, że w rzeczywistych przypadkach klinicznych AI działa dobrze i prawidłowo wskazuje potrzebę pilnej pomocy. Problem pojawia się przy bardziej złożonych, niejednoznacznych objawach – wtedy system często się myli. W ponad połowie przypadków uznanych przez lekarzy za pilne AI nie rozpoznało konieczności szybkiej interwencji.

### CZY CZATBOTY MEDYCZNE TO WIĘCEJ SZKODY, CZY POŻYTKU?

Czatboty AI mają jasne i ciemne strony. Mogą zwiększyć świadomość pacjentów i wypełnić luki w dostępie do opieki, wyjaśnić wyniki badań i przebieg leczenia także poza godzinami pracy placówek, odpowiedzieć na pytania dotyczące wstydlivych chorób, z których czasami trudno im się zwierzyć drugiemu człowiekowi, nawet zaufanemu lekarzowi.

Największym wyzwaniem pozostaje jednak ryzyko halucynacji. Systemy AI mogą generować odpowiedzi, które brzmią wiarygodnie, ale nie są zgodne z wiedzą medyczną. W skrajnych przypadkach może to prowadzić do błędnych decyzji dotyczących zdrowia. OpenAI i Microsoft zostały już wielokrotnie pozwane do sądu za błędne porady medyczne.

Istotnym problemem jest także prywatność danych. Korzystanie z AI często oznacza przekazywanie wrażliwych informacji firmom technologicznym, a więc ich przetwarzanie nie podlega tym samym regulacjom, co przetwarzanie danych w systemach IT placówek medycznych.

Jednak mimo to narzędzia AI zyskują na popularności. A to oznacza kilka zmian dla lekarzy. Przybywać będzie pacjentów, którzy do gabinetu przychodzą z diagnozą AI tylko po to, aby otrzymać receptę albo skierowanie. Dlatego tak ważne jest, aby lekarze wiedzieli, jak działają chatboty i jakie mają ograniczenia.

Dobrą wiadomością jest to, że porada AI jest z reguły lepsza niż ta uzyskana od dr. Google'a. AI może pełnić rolę edukatora zdrowotnego dostępnego dzień i noc, koordynatora opieki, poprawiając poziom przestrzegania zaleceń terapeutycznych i wyniki leczenia. To ważne zwłaszcza dla osób chorych przewlekle, które z lekarzem mogą porozmawiać tylko kilka razy w roku, większość czasu spędzając sam na sam z chorobą, niepewnością i pytaniami. Być może pacjenci będą wcześniej zgłaszać się do lekarza, nie ignorując pierwszych objawów. Na ocenę wpływu sztucznej inteligencji na zdrowie pacjentów jest jeszcze za wcześnie, ale już teraz widać, że nie będzie to ani jednoznacznie pozytywny, ani negatywny wpływ. ●

# Co z tymi cięciami?



**MAŁGORZATA SOLECKA**  
dziennikarka

Opozycja żąda głowy minister zdrowia Jolanty Sobierańskiej-Grendy i wyrażenia przez Sejm wotum nieufności wobec niej. Choć lista win szefowej resortu jest, zdaniem wnioskodawców, długa, czarę goryczy przelały decyzje o oszczędnościach, jakie zaczęły wdrażać Narodowy Fundusz Zdrowia. Zaczęły, bo – według zapowiedzi płatnika – marcowe cięcia to dopiero początek.

**W**nioski o wotum nieufności mogą pojawić się na jednym z najbliższych posiedzeń Sejmu (stan na kwiecień). Wnioski albo wniosek – sytuacja jest dynamiczna. Posłowie PiS zaczęli przebąkiwać o wniosku jeszcze w pierwszej połowie marca, gdy NFZ dopiero zapowiedział cięcia w ambulatoryjnej diagnostyce kosztochłonnej. Płatnik poinformował wówczas, że RM, TK, kolonoskopia i gastroskopia co prawda pozostaną świadczeniami nielimitowanymi, ale za świadczenia udzielone poza wartością określoną w kontrakcie zapłaci 40 proc. ceny nominalnej i to dopiero w marcu kolejnego roku. Zmiany miały wejść w życie 1 stycznia 2026 r. Cięcia tylko w tym obszarze miałyby przynieść nieco ponad 800 mln zł oszczędności wobec skali luki sięgającej 23 mld zł (choć płatnik zapewnił, że już w tej chwili się ona nieco skurczyła).

Przeciw pomysłowi Funduszu zaprotestowało zarówno środowisko pacjentów, jak i lekarzy. Podczas zorganizowanego w Naczelnej Izbie Lekarskiej spotkania z mediami przedstawiciele samorządu lekarskiego nie tylko wskazywali możliwe (prawdopodobne lub wręcz pewne) ograniczenia w dostępie do świadczeń, podawali też konkretne przykłady poradni, które drugi kwartał roku zaczęłyby już bez możliwości przyjmowania pacjentów – poza populacją dzieci i młodzieży oraz pacjentów onkologicznych – z powodu wyczerpania limitów. Podkreślali też, że choć NFZ nie zakazuje przyjęć, żaden dyrektor czy właściciel placówki nie zdecyduje się na generowanie strat, bo 40 proc. ceny nie pokryje kosztów, nawet jeśli medycy pracowaliby za darmo.

W ocenie samorządu lekarskiego rozwiązania wprowadzane przez płatnika odbiją się negatywnie na dostęp-

ności do badań, wydłużą kolejki. Spokojni nie mogą się czuć nawet pacjenci, których płatnik chce chronić, czyli z podejrzeniem choroby nowotworowej. Pacjenci onkologiczni mają być rozliczani według „starych” zasad pod warunkiem posiadania karty DiLO. Tymczasem – choć pakiet onkologiczny funkcjonuje już od ponad dekady i karta DiLO wrosła w system (ma zresztą ewoluować wkrótce w e-DiLO – część pacjentów onkologicznych jest nie tylko diagnozowana, ale też leczona poza kartą (to od 2027 r. stanie się niemożliwe, bo NFZ nie będzie rozliczać leczenia onkologicznego realizowanego bez karty). Większość tych, którzy kartę DiLO mają, otrzymuje ją na późnym etapie, nie od lekarza POZ (przy podejrzeniu choroby), ale wręcz w szpitalu, gdy cała diagnostyka jest już zrealizowana. Ekspertki i organizacje pacjentów onkologicznych od dawna alarmują, że system nie widzi ścieżki, jaką przechodzą pacjenci „bezkartowi” (nie tylko dlatego, że kolejki diagnozowania ich problemu nie przypominają ścieżki, ale często – meandry i bezdroża).

Sprawy – z oszczędnościami i polityczną na nie reakcją – nabrały rumieńców, gdy po zakończonych konsultacjach i kilkudniowej niepewności, czy rząd aby nie zakaże płatnikowi tak radykalnych ruchów, zarządzenie prezesa zostało jednak pod koniec marca opublikowane: nieco mniejsza degresja (50 proc. ceny nominalnej) oraz data wejścia w życie przesunięta o kwartał (1 kwietnia 2026 r.) – to jedyne ustępstwa płatnika, które zresztą zostały opatrzone twardą zapowiedzią dalszych cięć. Mają one objąć również konsultacje specjalistyczne w AOS. Bez ograniczeń w finansowaniu (oprócz grup, którym bezlimitowy dostęp do świadczeń gwarantują ustawy, np. dzieci i młodzieży) mieliby być przyjmowani wyłącznie pacjenci pierwszorazowi. Pacjenci kontynuujący leczenie mają być finansowani z uwzględnieniem degresji (i przesunięciem płatności). Prezes NFZ Filip Nowak wspominał też w wywiadach o zastosowaniu tych samych zasad do operacji zaćmy. Jednocześnie Fundusz zapowiada wprost: w przypadku świadczeń limitowanych – choćby takich jak endoprotezoplastyki – świad-

czeniodawcy nie powinni w ogóle zakładać zapłaty za nadwykonania albo będzie ona zrealizowana z bardzo, bardzo głęboką degresją.

Jako pierwsi wniosek o wotum nieufności zapowiedzieli posłowie partii Razem, od wielu miesięcy bezlitośnie wytykający rządowi brak pomysłu na ochronę zdrowia. Niedoszli koalicjanci zapowiedzieli wysłanie wniosku do wszystkich klubów parlamentarnych w nadziei na zebranie podpisów (koło Razem tworzą cztery osoby) – wymagana liczba to 69. Nie wiadomo, czy uzyskają „bratnią” pomoc PiS – w klubie partii Jarosława Kaczyńskiego podpisy są już co prawda zebrane, ale PiS zgłasza własny wniosek o odwołanie Jolanty Sobierańskiej-Grendy.

To scenariusz, który musiał zostać zrealizowany, bo to nie tylko okazja do politycznego show i rozdierania szat w nadziei, że nikt nie pamięta katalogu złych decyzji i zaniechań z lat 2015–2023, ale możliwość bezpośredniego uderzenia w premiera. Donald Tusk po raz drugi od wygranych wyborów będzie musiał bronić (taki jest w każdym razie plan PiS) minister zdrowia, nawet jeśli po raz drugi, tak jak w przypadku Izabeli Leszczyńskiej (listopad 2024 r.), sam rozważa, czy jednak nie dokonać zmian w resorcie zdrowia.

Tusk ma o czym myśleć, nawet jeśli w reakcji na marcowe doniesienia medialne o spodziewanej „małej rekonstrukcji” zdecydowanie zaprzeczał, że planuje odwołać Jolantę Sobierańską-Grendę. Cała koncepcja oddania resortu zdrowia w ręce „fachowców od zarządzania”, będąca autorskim pomysłem premiera, rozsypuje się zresztą w pył. Na razie spójne – co nie znaczy,

że pozbawione wad – pomysły na zmiany (naprawę) systemu ochrony zdrowia, zaczynając od fundamentów, czyli finansowania, przedstawili mniejsi koalicjanci, Lewica i Polskie Stronnictwo Ludowe, których Tusk pozbawił latem ubiegłego roku wpływów na Ministerstwo Zdrowia, ogłaszając szumnie jego odpartyjniowanie.

Odpartyjniowanie zapewne nie musiało oznaczać, ale tym razem oznaczało, ciągnącej się długie miesiące bierności. Choć minister zdrowia chętnie mówiła o licznych konsultacjach i rozmowach – np. z samorządowcami, analizując stanowiska przyjmowane przez organizacje zrzeszające samorządowców na przestrzeni ostatnich miesięcy – nie widać, by strona społeczna dostrzegła w tych inicjatywach coś więcej niż możliwość wymiany zdań, przedstawienia opinii – bez dalszego ciągu w postaci decyzji. W podobnej sytuacji znaleźli się zresztą w praktyce wszyscy interesariusze systemu, wyczekujący od Ministerstwa Zdrowia tego, co powinien zapewnić regulator systemu, czyli – przywództwa, określenia kierunku zmian, propozycji kierunkowych rozwiązań. Takie, jeśli w ogóle się pojawiają, mają dość ograniczony charakter, w dodatku trudno oprzeć się wrażeniu, że są wynikiem presji (jeśli nie, tym gorzej dla kierownictwa resortu zdrowia). Poświętacz wtorek: PiS zapowiada wniosek o wotum nieufności, a jeden z zarzutów wobec minister zdrowia to jej bierność wobec narastającego kryzysu. Dzień później szefowa resortu ogłasza restart prac nad Krajową Siecią Hematologiczną (decyzja ważna i wyczekiwana), w kolejnym dniu „odpala” konkurs z Funduszu Medycznego, z którego

mają być finansowane projekty konsolidacji i przekształcania szpitali. Konkurs był zapowiadany od pół roku i zwłaszcza w sytuacji, w której wiadomo, że na obiecane jeszcze wcześniej wsparcie z BGK szpitale będą mogły liczyć nieprędko (jeśli w ogóle), szybkie – choć nie pochopte – podjęcie decyzji było by wskazane. W myśl polskiego przysłowia: „Kto szybko daje, dwa razy daje”. ●



## 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](mailto:sekretarz@oilwaw.org.pl)

# Zmiany w przepisach



**FILIP NIEMCZYK**  
adwokat

Regulacja wygaszająca dostęp do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych dla obywateli Ukrainy, obowiązująca od marca 2026 r., wzbudziła pewne istotne wątpliwości praktyczne, które wymagały wyjaśnienia ze strony Ministerstwa Zdrowia. Trwają wciąż prace legislacyjne w innych ważnych dla medycyny obszarach, takich jak stwierdzanie zgonów czy pełnienie funkcji biegłego sądowego.

## WYJAŚNIENIA MINISTERSTWA ZDROWIA W SPRAWIE DOSTĘPU DO ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH DLA OBYWATELI UKRAINY

Rzecznik praw obywatelskich poinformował\*, że od momentu wejścia w życie przepisów o wygaszeniu rozwiązań wynikających z ustawy o pomocy obywatelom Ukrainy w związku z konfliktem zbrojnym na terytorium tego państwa\* wpływają do jego biura informacje o nieubezpieczonych pacjentach obywatelach Ukrainy, którzy nie mają pewności odnośnie do możliwości kontynuacji wcześniej rozpoczętego w Polsce leczenia. Osobom tym konieczne jest udzielanie świadczeń medycznych, takich jak hemodializa, hemodiafiltracja, dializa otrzewnowa, programy lekowe, chemioterapia czy radioterapia, które niezbędne są dla ochrony ich ży-

cia i zdrowia. Zgodnie z przepisami przywołanej wyżej ustawy obywatel Ukrainy, który przed dniem jej wejścia w życie znajdował się w trakcie leczenia szpitalnego, jest uprawniony do kontynuacji tego leczenia aż do zakończenia hospitalizacji, jednak nie dłużej niż do 4 marca 2027 r. Wątpliwości budzi jednak to, czy wyżej wymienione świadczenia zdrowotne, udzielane w trybie ambulatoryjnym, mogą być kwalifikowane jako kontynuacja leczenia szpitalnego.

Obszernego wyjaśnienia na powyższe zagadnienie udzieliło Ministerstwo Zdrowia\*. Wskazano w nim, że prawo do kontynuowania leczenia w ramach leczenia nerkozastępczego prowadzonego w trybie ambulatoryjnym, w tym zabiegów, takich jak hemodializa, hemodiafiltracja czy dializa otrzewnowa, przysługuje jedynie tym obywate-

lom Ukrainy, którzy są uchodźcami, to znaczy są beneficjentami tzw. ochrony czasowej, posiadają numer PESEL ze statusem UKR oraz którzy byli ofiarami tortur, gwałtu lub są w wieku do ukończenia 18. roku życia, ewentualnie są w okresie ciąży, porodu lub połogu. W konsekwencji nieubezpieczonym obywatelom Ukrainy, którzy nie spełniają wyżej wymienionych warunków, wygasło prawo do kontynuowania leczenia w zakresie leczenia nerkozastępczego, jeżeli jest wykonywane w trybie ambulatoryjnym. Osoby te mogą nabyć prawo do tego rodzaju leczenia wyłącznie w wyniku uzyskania tytułu do obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego albo poprzez objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym.

Podobnie jest w przypadku kontynuacji leczenia onkologicznego, w tym chemioterapii i radioterapii, immunoterapii, badań kontrolnych po leczeniu nowotworowym czy rehabilitacji. Świadczenia te przysługują nadal obywatelom Ukrainy posiadającym numer PESEL ze statusem UKR, pod warunkiem że należą oni do jednej z grup beneficjentów ochrony czasowej. Pozostali obywatele Ukrainy mogą kontynuować leczenie pod warunkiem, że zostaną objęci ubezpieczeniem zdrowotnym w Polsce.

## MINISTERSTWO SPRAWIEDLIWOŚCI PRZEDSTAWIŁO PROJEKT USTAWY O BIEGŁYCH

W kwietniu br. do konsultacji publicznych skierowano długo oczekiwany projekt ustawy o biegłych\*. W aktu-

alnym stanie prawnym brak jest aktu prawnego rangi ustawowej, który normowałby w sposób kompleksowy zasady wydawania opinii przez biegłych na potrzeby postępowań prokuratorskich i sądowych. Rezultatem rozproszonej i niespójnej regulacji jest niski poziom opiniowania w wielu specjalnościach biegłych, brak mechanizmów sprzyjających należytej kontroli kwalifikacji i doświadczenia kandydatów na biegłych czy też zmniejszająca się liczba biegłych sądowych i brak dopływu młodych osób, co jest szczególnie widoczne w specjalnościach medycznych.

W projekcie przedstawionym przez Ministerstwo Sprawiedliwości przewidziano utworzenie niezależnej instytucji – Państwowej Komisji Certyfikacyjnej Biegłych Sądowych i Instytucji Opiniujących, której zadaniem będzie m.in. organizowanie procesu weryfikacji kandydatów na biegłych poprzez procedurę certyfikacji, sprawowanie nadzoru nad ich działalnością czy też uchwalanie zbioru zasad etyki biegłych sądowych oraz czuwanie nad ich przestrzeganiem. Dodatkowo projekt ustawy wprowadza nowe zasady wynagradzania biegłych, w tym poprzez ustalenie na nowo stawki godzinowej, terminów na zatwierdzenie rachunku biegłego. Planowany termin wejścia w życie nowych przepisów to 1 stycznia 2027 r.

### **NACZELNA RADA LEKARSKA KRYTYCZNIE O PROJEKCIE USTAWY O KORONERACH**

Naczelna Rada Lekarska 27 marca 2026 r.\* zajęła stanowisko odnośnie do aktualnego projektu ustawy regulującej zasady stwierdzania zgonu. Podkre-

ślono, że obowiązujące przepisy dotyczące stwierdzania zgonu są w znacznej mierze przestarzałe i nieadekwatne do obecnych realiów systemu ochrony zdrowia, wymagają dostosowania do współczesnych warunków organizacyjnych, społecznych i technologicznych. Pomimo że idea wprowadzenia nowych regulacji dotyczących stwierdzania zgonu ma pełną aprobatę samorządu lekarskiego, to jednak przedstawione aktualnie propozycje budzą szereg zastrzeżeń.

Sprzeciw budzi m.in. zastąpienie określenia koroner na rzecz „urzędowego lekarza do spraw zgonów”. Krytycznie odniesiono się również do narzucenia obowiązku stwierdzania zgonu lekarzowi nocnej i świątecznej pomocy lekarskiej (NPL). W wielu miejscowościach w kraju placówki NPL obejmują teren całej lub prawie całej miejscowości i połączenie takiego zakresu pracy z obowiązkiem stwierdzania zgonów poza siedzibą będzie, zdaniem przedstawicieli samorządu lekarskiego, niemożliwe do wykonania. Wskazano również, że do wezwania koronera powinien być uprawniony także lekarz stwierdzający zgon, który ma wątpliwości dotyczące przyczyny, czasu lub okoliczności zgonu. Wreszcie, w ocenie NRL ochronę taką jak dla funkcjonariusza publicznego powinno się przyznać nie tylko koronerowi, ale także wszystkim innym lekarzom podczas stwierdzania zgonu lub w związku z tą czynnością. Nie ma żadnego uzasadnienia, aby z ochrony należytej funkcjonariuszowi publicznemu korzystał koroner, a pozbawiony tej ochrony byłby np. lekarz POZ wezwany do stwierdzania zgonu.

### **RPO PODSUMOWAŁ DZIAŁALNOŚĆ W 2025 R. W OBSZARZE OCHRONY ZDROWIA**

Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich opublikowało raport\* prezentujący kwestie wymagające wzmożonego nadzoru nad przestrzeganiem praw człowieka w obszarze ochrony zdrowia, w zakresie których podejmował działalność w ub.r. Działalność rzecznika koncentrowała się na problemach związanych m.in. z dostępem do świadczeń opieki zdrowotnej, w tym leczenia osób w kryzysie bezdomności, czy też transgranicznym transportem sanitarnym pacjentów do Polski z państw spoza Unii Europejskiej. Rzecznik podejmował kwestie dostępu do refundacji pomp insuliny dla osób po 26. roku życia, bezpieczeństwa ratowników medycznych oraz konieczności ograniczenia agresji wobec personelu medycznego. Szereg działań rzecznika koncentrowało się na kwestiach edukacji zdrowotnej i zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży, koordynacji działań w ochronie zdrowia psychicznego oraz nowelizacji ustawy o ochronie zdrowia psychicznego. RPO zajmował się także sprawami dotyczącymi praw pacjenta w zakresie dokumentacji medycznej oraz poszanowania godności i intymności, takich jak dostęp rodziców adopcyjnych do karty szczepień dziecka, opłaty za udostępnianie dokumentacji medycznej rodzicom zmarłego dziecka czy też obecności monitoringu w gabinetach lekarskich. ●

\* Źródła podane są na stronie internetowej „Pulsu”



## **Pomoc prawna dla lekarza – Lex Doctor**

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



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



lub poprzez  
formularz  
zgłoszeniowy



# Zachowanie tajemnicy zawodowej w leczeniu psychiatrycznym



**GABRIELA PACEK**  
aplikant radcowski

Tajemnica zawodowa to jeden z najważniejszych filarów wykonywania zawodów medycznych, a w psychiatrii ma znaczenie szczególne. Relacja lekarz – pacjent opiera się na zaufaniu, od którego zależy skuteczność procesu terapeutycznego. Bez gwarancji poufności pacjent mógłby nie ujawniać istotnych informacji dotyczących swojego stanu psychicznego, co utrudniałoby diagnozę i leczenie.

**T**ajemnica zawodowa obejmuje wszystkie informacje uzyskane przez lekarza w związku z wykonywaniem zawodu, niezależnie od formy ich przekazania. Zasady jej zachowania wynikają zarówno z Kodeksu Etyki Lekarskiej, jak i z ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz – w obszarze psychiatrii – również z ustawy o ochronie zdrowia psychicznego.

Zgodnie z art. 24 Kodeksu Etyki Lekarskiej lekarz ma obowiązek zachowania tajemnicy lekarskiej, obejmującej wszelkie informacje dotyczące pacjenta uzyskane w związku z wykonywaniem zawodu. Śmierć chorego nie zwalnia od obowiązku dochowania owej tajemnicy. Jednocześnie kodeks dopuszcza

określone wyjątki – m.in. możliwość przekazania informacji o stanie zdrowia pacjenta innemu lekarzowi, jeżeli jest to konieczne dla leczenia lub wydania orzeczenia (art. 25), a także sytuacje zwolnienia z tajemnicy, takie jak zgoda pacjenta, zagrożenie życia lub zdrowia albo obowiązek wynikający z przepisów prawa (art. 26).

Analogiczne rozwiązania przewiduje ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Pacjent ma prawo do poufności informacji związanych z jego stanem zdrowia, a personel medyczny jest zobowiązany do ich ochrony (art. 13 oraz art. 14 ust. 1). Ustawa przewiduje jednak konkretne sytuacje, w których obowiązek zachowania tajemnicy może zostać uchylony. Zgodnie

z art. 14 ust. 2 dzieje się tak przede wszystkim wtedy, gdy wymagają tego przepisy odrębnych ustaw, ale także w sytuacji zagrożenia życia lub zdrowia pacjenta bądź innych osób. Tajemnica może zostać ujawniona również za zgodą samego pacjenta (lub jego przedstawiciela ustawowego) oraz wtedy, gdy przekazanie niezbędnych informacji jest konieczne dla zapewnienia ciągłości leczenia – np. innym osobom wykonującym zawód medyczny, uczestniczącym w udzielaniu świadczeń.

Podobne zasady wynikają z ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Zgodnie z jej art. 40 lekarz ma obowiązek zachowania w tajemnicy wszystkich informacji związanych z pacjentem, uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodu. Również tutaj przewidziano wyjątki. Ujawnienie informacji jest dopuszczalne m.in. wtedy, gdy wynika to z przepisów prawa, gdy badanie zostało przeprowadzone na żądanie uprawnionych organów lub instytucji (w takim przypadku lekarz przekazuje informacje wyłącznie tym podmiotom), gdy zachowanie tajemnicy mogłoby stanowić zagrożenie dla życia lub zdrowia, a także gdy pacjent wyrazi na to zgodę – po uprzednim poinformowaniu go o możliwych konsekwencjach. Przepisy dopuszczają również przekazywanie niezbędnych informacji lekarzowi sądowemu oraz innym osobom uczestniczącym w procesie leczenia.

fot. licencja OIL w Warszawie





Na tym tle szczególnego znaczenia nabierają regulacje ustawy o ochronie zdrowia psychicznego. Jej art. 50 ust. 1 wprowadza bardzo szeroki obowiązek zachowania poufności – obejmujący wszystko, czego osoby wykonujące czynności na podstawie tej ustawy dowiedziały się w związku z ich wykonywaniem. Jednocześnie ust. 2 tego przepisu wskazuje przypadki, osoby oraz instytucje, wobec których tajemnica może zostać uchylona. Należą do nich:

- lekarz sprawujący opiekę nad osobą z zaburzeniami psychicznymi,

- właściwe organy administracji rządowej lub samorządowej – w zakresie niezbędnym do realizacji zadań z zakresu pomocy społecznej,
- osoby współuczestniczące w wykonywaniu tych zadań,
- określone służby państwowe (Agencja Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Służba Kontrwywiadu Wojskowego, Agencja Wywiadu, Służba Wywiadu Wojskowego, Centralne Biuro Antykorupcyjne, Policja, Żandarmeria Wojskowa, Straż Graniczna, Służba Więzienna, Służba Ochrony Państwa i ich upoważnieni pisemnie funkcjonariusze lub żołnierze) – wyłącznie w zakresie niezbędnym do przeprowadzenia postępowań przewidzianych przepisami o ochronie informacji niejawnych,
- policjant, upoważniony pisemnie przez kierownika jednostki organizacyjnej Policji, prowadzący czynności operacyjno-rozpoznawcze w zakresie poszukiwań i identyfikacji osób.

Z praktyki obsługi prawnej lekarzy i lekarzy dentyistów wynika, że najczęściej wątpliwości pojawia się właśnie w kontekście zapytań kierowanych przez Agencję Bezpieczeństwa Wewnętrznego. Warto podkreślić, że możliwość uzyskania przez ABW informacji objętych tajemnicą zawodową absolutnie nie ma charakteru nieograniczonego. Podstawą jest tu art. 50 ust. 2 pkt 4 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, który

wyraźnie wskazuje, że zakres udostępnianych danych musi być ograniczony wyłącznie do tego, co jest niezbędne do przeprowadzenia konkretnego postępowania sprawdzającego na podstawie przepisów o ochronie informacji niejawnych.

Stanowisko to znajduje potwierdzenie w orzecznictwie. W wyroku z 22 stycznia 2021 r. wydanym przez Wojewódzki Sąd Administracyjny w Warszawie czytamy: *Jak podnosi się w literaturze przedmiotu, w tym stanie rzeczy zrozumiałe jest zwolnienie z zachowania tajemnicy wobec podmiotów określonych w art. 50 ust. 2 pkt 4 u.o.z.p., ale tylko w zakresie niezbędnym do przeprowadzenia postępowania sprawdzającego na podstawie przepisów o ochronie informacji niejawnych. (...)*

Istotna jest również regulacja wynikająca z art. 14 ust. 2 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, wskazująca możliwość zwolnienia z tajemnicy nie tylko lekarza i nie tylko w zakresie świadczeń, które dotyczą zdrowia psychicznego, ale i wszystkich osób wykonujących zawody medyczne, gdy tak wynika z przepisów odrębnych ustaw. Art. 40 ust. 2 pkt 1 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentyisty także zwalnia lekarza z obowiązku zachowania tajemnicy w przypadku, gdy tak stanowią inne ustawy. ●

# medlex.

## BENEFITY MOTORYZACYJNE DLA GRUP ZAWODOWYCH

- Doradztwo
- Finansowanie
- Ubezpieczenie



ZESKANUJ I ZAPISZ  
KONTAKT

[WWW.MEDLEX.CARE](http://WWW.MEDLEX.CARE)

# Lekarz ugotowany w trzech sma(cz)kach



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

**N**a pytanie: co robi lekarz? – każda osoba spoza środowiska lekarskiego odpowie bez wahania: *leczy, pomaga, ratuje życie i zdrowie*, itp. Gdyby taka odpowiedź wyczerpywała wszystkie zawodowe aktywności lekarza, byłoby cudownie. Jednak cudownie nie jest, bo w naszej rzeczywistości być lekarzem to nie tylko leczyć, to także liczyć, obsługiwać różne programy komputerowe i aplikacje, znać na bieżąco wszystkie akty prawne dotyczące udzielania świadczeń zdrowotnych oraz wykonywać wiele innych aktywności, które nas odrywają od codziennej pracy z pacjentem, a często zabierają też prywatny czas i pieniądze. W tym zawiliwym gąszczu łatwo jest lekarza upolować i zrobić z niego potrawkę z wkładką, czyli obciążyć karą finansową za to, że dał się złać w pułapkę systemu.

Pierwsze danie z lekarza: refundacja leków i zaopatrzenia medycznego. Weź lekarza i gotuj na wolnym ogniu ustawy z 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz środków medycznych, z wszystkimi nowelizacjami. Przypraw do tej potrawy z lekarza jest wiele, a wywar to system eWUŚ, którego trzeba codziennie użyć dla każdego pacjenta, żeby sprawdzić jego uprawnienie do świadczeń zdrowotnych refundowanych, i oczywiście zapisać w systemie, że eWUŚ pacjenta został dziś sprawdzony i weryfikacja jest pozytywna – tylko

wtedy można wystawić receptę refundowaną. Oczywiście, niesprawdzenie eWUŚ lub omyłkowe wystawienie recepty refundowanej, gdy eWUŚ nie potwierdza ubezpieczenia, to kara finansowa dla lekarza. Najsmaczniejsze przyprawy do dania z lekarza to recepty na leki z dwoma poziomami refundacji. Na przykład doksazosyna – ryczałt w przeroście prostaty, ale już w nadciśnieniu tętniczym 30 proc. albo tiotropium – 30 proc. dla wszystkich pacjentów z POChP, ryczałt – tylko dla pacjentów z postacią ciężką i ujemną próbą rozkurczową w spirometrii. Różnica w cenie pomiędzy ryczałtem a odpłatnością 30 proc. dla tych leków to kwota rzędu ok. 3 zł dla doksazosyny oraz ok. 20 zł dla tiotropium. Różnica niby niewielka, ale jeśli lekarz wybierze ryczałt zamiast 30 proc., bo się pomylił, to po pięciu latach kwotę z odsetkami do zapłacenia może mieć naprawdę okazłą. Przykłady z życia? Proszę bardzo. Lekarz wystawił receptę na denosumab pacjentce, która miała wskazania refundacyjne, ale dopiero za dwa tygodnie miała ukończyć 65 lat, wiek uprawniający do bezpłatnych leków dla seniora. Lekarz wpisał datę realizacji recepty za miesiąc, na korzyść pacjentki, tak żeby mogła skorzystać z uprawnienia i otrzymać lek bezpłatnie. Pacjentka zrealizowała receptę już po 65. urodzinach. Efekt? Kara z odsetkami, bo przy kontroli okazało się, że *w dniu wystawienia recepty pacjentka nie miała uprawnienia dla seniora*.

I lekarz ugotowany na miękko. Inny przykład? Rivaroxaban, obecnie refundacja 30 proc. zarówno w żyłnej chorobie zakrzepowo-zatorowej, jak i w migotaniu przedsionków. Bez większych pułapek przy pacjentach poniżej 65. r.ż., ale w przypadku recepty senioralnej to już nie jest takie proste, bo w wielu programach do wystawiania recept literka „S” podstawia się samoczynnie przy refundacji, a senior 65+ z migotaniem przedsionków, bez zakrzepicy czy zatorowości płucnej, powinien otrzymać receptę na 30 proc., a nie bezpłatną. Cena rivaroxabanu na 30 proc. to ok. 20 zł, ale jeśli lekarz omyłkowo da „eskę”, to po kilku latach kara do zapłacenia z odsetkami smakowita. W 2023 r. była głośna medialnie „afera mleczna”, dotycząca preparatu Neocate, przepisywanego przez lekarzy dla dzieci z ciężką alergią pokarmową. Prawo zezwalało na przepisywanie preparatu z refundacją tylko dla niemowląt do ukończenia 12. miesiąca życia, jednak lekarze przepisywali ten preparat z refundacją dla dzieci powyżej 12. (do 18.) miesiąca życia, na co były rekomendacje w literaturze medycznej, ponieważ zmiana na inne preparaty powodowała u dzieci nawrót objawów. Kontrolerzy ocenili to jako „nienależną refundację” i posypały się kary dla lekarzy, od kilku tysięcy złotych do ponad stu tysięcy. Moja koleżanka, specjalistka pediatrii i alergologii dziecięcej, też dotknięta kilkutyśniczną karą, powiedziała, że *czuje się jak owca prowadzona na rzeź*. Rzeczywiście, nałożenie na lekarza obowiązku określania refundacji nie tylko utrudnia udzielanie świadczeń zdrowotnych i dbanie o dobro pacjenta, ale wydaje się jakimś absurdalnym nieporozumieniem, polowaniem na czarownice.

Drugie danie: orzekanie o czasowej niezdolności do pracy. Niby pro-

sta sprawa, przychodzi pacjent, ma grypę albo rwę kulszową, badamy, wydajemy zalecenia, dajemy zwolnienie od pracy. Proste to jest tylko z pozoru, bo jeśli przychodzi kontrola, to nie ma znaczenia, że pacjent był dobrze leczony, dawno już wyzdrowiał i wrócił do pracy. Kontroler może ocenić, że *dokumentacja medyczna nie przekonuje go, że były podstawy do orzeczenia czasowej niezdolności do pracy*. I lekarz jest ugotowany, może mieć zawieszony uprawnienie do wystawiania zwolnień lekarskich na czas określony. Życzliwa rada od kontrolera: *proszę pisać w dokumentacji medycznej, jaki jest charakter pracy pacjenta, i uzasadnić, dlaczego wymaga on czasowego powstrzymania się od wykonywania pracy*. To zrozumiałe, przecież jeżeli pacjent ma chore nogi, to może pracować rękami, a jeśli ma wysoką gorączkę i ewentualnie zaraża innych, to od czego mamy paracetamol i maseczkę. Porada kończąca się wystawieniem zwolnienia lekarskiego powinna więc być postępowaniem dowodowym, uzasadniającym wystawienie tego zwolnienia, co tam badanie i zalecenia, najważniejsze to udowodnić swoją niewinność. Teoretycznie, prawo zezwala na takie podejście tylko w postępowaniu karno-skarbowym, ale jak widać, lekarz smakuje lepiej, jeśli można go ukarać za to, że bardziej zajmował się pacjentem niż wykazywaniem, że pacjent nie mógł iść do pracy z powodu choroby.

Deser: wieczny chaos w miejscu pracy. A to nie działa program, dzwoniemy do IT, czekamy na naprawę, w końcu



fol. licencja Oil w Warszawie

cu przechodzimy na tryb papierowy, to program zaczyna działać, opóźnienie 30 min, na korytarzu wrze, lekarz się gotuje. A to przerwa serwisowa PUE ZUS, lekarz przyjmuje pacjentów, zapisuje ręcznie dane, żeby wystawić zwolnienia, jak PUE ruszy, czyli po godzinach pracy. Mógłby wydrukować sobie puste drukarki ZLA, ale co to daje, skoro i tak musi potem wszystko wprowadzić do PUE. Zresztą, jeśli ich wcześniej nie wydrukował, to teraz nie ma jak, bo PUE nie działa. Jest jeszcze awaryjny dostęp do PUE dla lekarzy, ale kiedy jest awaria w ZUS, to też nie działa. Deser raczej na ciepło będzie. Lekarz nie może się załogować do SZOI, próbuje kilka razy, hałas jest właściwy, ale system z niewiadomego powodu odrzuca. SZOI się blokuje, trzeba prosić IT o reset, pacjent w gabi-

necie się piekły, bo czeka na zlecenie na pieluchomajtki, czas płynie, opóźnienie rośnie. Toner w drukarce się kończy, wydruk z kartą DiLO prawie niewidoczny, nie daje się takiego pacjentowi. Może wystarczyłby sam numer, ale pacjent chce wydruk, jest zdenerwowany, to zrozumiałe. Większość osób z administracji właśnie spożywa dietetyczny posiłek, lekarz prosi o nowy toner, zaczyna się szukanie – *nie, to nie ten, ten nie pasuje, chyba nie ma takiego, a może by doktor zmienił gabinet albo zainstalujemy inną drukarkę*, czas płynie, nerwy, brak sił, ten deser to gorąca szarlotka z lodami.

Co powinien robić lekarz? Leczyć, pomagać, ratować życie i zdrowie. Co musi robić lekarz? Drodzy Systemie i Prawodawco... Nie jesteśmy do zjedzenia. ●



## 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](mailto:mediator@oilwaw.org.pl)

# Odmowa zwrotu kosztów podróży lekarzom stażystom

**R**zecznik praw lekarza Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie podjął interwencję w związku z sygnałami dotyczącymi odmowy zwrotu kosztów podróży lekarzom odbywającym staż podyplomowy w jednym z SPZOZ na terenie woj. mazowieckiego.

Sprawa dotyczyła obowiązków pracodawcy w zakresie pokrywania kosztów przejazdów związanych z realizacją programu stażu poza miejscowością zatrudnienia.

## WNIOSEK O KONTROLĘ I PODSTAWY PRAWNE

Rzecznik wystąpił do Urzędu Marszałkowskiego Województwa Mazowieckiego o przeprowadzenie kontroli. Wniosek obejmował analizę prawidłowości

realizacji obowiązków wynikających z przepisów regulujących staż podyplomowy oraz prawa pracy.

W uzasadnieniu wskazano, że lekarz stażysta jest zatrudniony na podstawie umowy o pracę, co oznacza, że przysługują mu wszystkie uprawnienia pracownicze, w tym dotyczące podróży służbowych. Zgodnie z obowiązującymi regulacjami, koszty podróży związane z realizacją stażu poza miejscem zatrudnienia – w tym przejazdy do jednostek, w których odbywają się staże cząstkowe – powinny być pokrywane przez pracodawcę.

Pomimo to pracodawca odmawiał zwrotu kosztów podróży, powołując się na ograniczenia finansowe oraz wyczerpanie ryczałtu przekazywanego na organizację stażu. Rzecznik podkreślił, że brak wystarczających środków nie zwalnia pracodawcy z obowiązków wynikających z przepisów prawa pracy.

## DZIAŁANIA URZĘDU MARSZAŁKOWSKIEGO

W odpowiedzi na wystąpienie rzecznika praw lekarza Urząd Marszałkowski poinformował o podjęciu

czynności wyjaśniających. Z uwagi na brak jednoznacznych informacji ze strony podmiotu leczniczego dotyczących ewentualnych refundacji kosztów, marszałek Województwa Mazowieckiego zarządził przeprowadzenie kontroli doraźnej w rzeszonym SPZOZ.

## WYNIKI KONTROLI

Przeprowadzona kontrola potwierdziła konieczność uporządkowania zasad kierowania lekarzy stażystów na staże cząstkowe oraz rozliczania kosztów podróży.

W jej wyniku podmiot leczniczy został zobowiązany do:

- wystawiania skierowań na staże cząstkowe realizowane poza miejscowością zatrudnienia w formie polecenia wyjazdu służbowego, zgodnie z przepisami kodeksu pracy,
- dokonywania refundacji kosztów podróży ponoszonych przez lekarzy stażystów w związku z realizacją tych staży, zgodnie z przepisami rozporządzenia w sprawie stażu podyplomowego.

Jednocześnie wskazano, że zwrot kosztów nie przysługuje w przypadku wyjazdów na szkolenia zaplanowane w innych lokalizacjach niż miejsce pracy oraz w sytuacji realizacji stażu spersonalizowanego poza siedzibą szpitala na wniosek samego stażysty.

Sprawa stanowi istotny przykład skutecznej interwencji w obronie praw lekarzy stażystów. Potwierdzono, że podmioty prowadzące staż podyplomowy są zobowiązane do zapewnienia finansowania kosztów podróży służbowych wynikających z realizacji programu stażu, a obowiązki te nie mogą być przerzucane na pracowników.



fot. licencja OIL w Warszawie



## 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

# Pierwsze obrady Okręgowej Rady Lekarskiej X kadencji



Inauguracyjne posiedzenie Okręgowej Rady Lekarskiej X kadencji odbyło się 8 kwietnia 2026 r. Spotkanie miało przede wszystkim charakter organizacyjny, jednak już na tym etapie wyznaczyło kierunki działania samorządu lekarskiego na najbliższe lata. W jego trakcie ukonstytuowały się władze Rady, wybrano członków prezydium oraz przedstawiono składy komisji stałych.

Obrady otworzył prezes ORL w Warszawie dr n. med. Artur Drobnik, wybrany w marcu na XLIX Okręgowym Sprawozdawczo-Wyborczym Zjeździe Lekarzy, podkreślając, że rozpoczynająca się kadencja będzie czasem intensywnej pracy oraz odpowiedzią na wyzwania stojące przed środowiskiem lekarskim. Zaznaczył jednocześnie, że kontynuowane będą dotychczasowe inicjatywy i projekty realizowane przez izbę.

Istotnym elementem spotkania była prezentacja członków nowo wybranej Rady. Każdy z 46 lekarzy i lekarzy dentyków miał okazję przedstawić swoje doświadczenie i obszary zainteresowań, co stanowi wstęp do dalszej współpracy w ramach samorządu. Uzupełnieniem tej części było zapoznanie członków Rady z funkcjonowaniem izby. Odwiedzili oni poszczególne działy, poznając

strukturę organizacyjną oraz zakres działań administracyjnych.

Po przyjęciu porządku obrad przystąpiono do podjęcia kluczowych decyzji. Po pierwsze, Rada zdecydowała o zwiększeniu liczby członków prezydium z sześciu do siedmiu, co usprawni proces zarządzania i podział obowiązków. Po drugie, przeprowadzono wybory na stanowiska funkcyjne.

W skład prezydium weszli nowo wybrani wiceprezesi: Jakub Zakrzewski, Małgorzata Terlecka-Maciejewska i Krzysztof Herman. Funkcję wiceprezesa lekarza dentystry objął Grzegorz Kwitkiewicz, natomiast wiceprezesa reprezentującego Delegaturę Radomską – Karol Stępniewski. Sekretarzem ORL został Jacek Sowiński, jego zastępczynią Zuzanna Wojdyńska, a skarbnikiem Michał Gontkiewicz. Wybrano również siedmiu członków prezydium, którzy

będą wspierać jego prace. Zostali nimi: Paweł Doczekalski, Piotr Kuchta, Robert Madejek, Michał Matuszewski, Wiktor Możarowski, Dariusz Paluszek oraz Mery Topolska-Kotulecka.

Symbolicznym momentem zakończenia części wyborczej było wspólne zdjęcie członków Rady.

W dalszej części obrad przedstawiono składy komisji stałych oraz powołano ich przewodniczących. Kluczowe obszary działalności powierzono m.in. komisjom ds. Rejestracji i Prawa Wykony-

wania Zawodu (przewodniczący Piotr Winciunas), Stażu Podyplomowego (przewodniczący Piotr Kuchta), Rejestracji Praktyk Lekarskich (przewodniczący Rafał Sawicki), Konkursów na Stanowiska Kierownicze w Ochronie Zdrowia (przewodniczący Krzysztof Ozierański). Powołano także Komisję ds. Lekarzy Dentyków na czele z przewodniczącym Grzegorzem Kwitkiewiczem oraz Radę Funduszu Samopomocy z przewodniczącą Karoliną Gutkowską. Spośród komisji problemowych zaprezentowano skład Komisji ds. Współpracy z Zagranicą, na czele której stanął Piotr Skarżyński.

Uzupełnieniem struktury organizacyjnej było wskazanie osób pełniących funkcje szczególne: rzecznika praw lekarza – Paweł Doczekalski, pełnomocnika ds. zdrowia lekarzy – Magdalena Flaga-Luczkiewicz, oraz mediatora, które ponownie objął Andrzej Siarkiewicz.

Pierwsze posiedzenie, choć skoncentrowane na sprawach formalnych, stworzyło ramy działania X kadencji. Przyjęte decyzje organizacyjne oraz powołanie zespołów roboczych pozwalają oczekiwać, że dotychczasowe działania będą kontynuowane, a samorząd będzie sprawny i otwarty na nowe wyzwania systemu ochrony zdrowia. ●

# Nowy benefit OIL: na czterech kółkach

Praktyczne benefity dla członków OIL w Warszawie? Wierzymy, że tylko takie mają sens! O najnowszej korzyści wynikającej z przynależności do samorządu rozmawiam z **Michałem Łuczakiem**, właścicielem **medlexu**. Nowy benefit to rozwiązanie szyte na miarę.

rozmawiała **KAROLINA STĘPNIIEWSKA**

**O**kręgowa Izba Lekarska w Warszawie nawiązała współpracę z firmą medlex, aby zapewnić lekarzom i lekarzom dentystom z województwa mazowieckiego kompleksowe wsparcie przy wyborze, finansowaniu i ubezpieczeniu samochodu, a także sprzętu medycznego. Usługa jest dostępna nieodpłatnie dla członków naszej izby i została zaprojektowana z myślą o ograniczeniach czasowych środowiska lekarskiego. O szczegółach programu opowiada Michał Łuczak – ekspert rynku motoryzacyjnego i współpracujący z samorządami zawodowymi.

**Wsparcie przy wyborze, finansowaniu i zakupie auta to nowy benefit oferowany członkom izby. Skąd pomysł na taki program?**

Lekarze są jedną z najbardziej zapracowanych grup zawodowych, a naszym celem było stworzenie rozwiązania, które zdejmiemy z nich ciężar czasochłonnych decyzji zakupowych. To rozwiązanie unikalne – nie tylko w skali kraju, ale i Europy. Powstało we współpracy z samorządem lekarskim i odpowiada na konkretne potrzeby środowiska. Oferujemy lekarzom wyjątkowe warunki zakupu, finansowania i ubezpieczenia samochodów.

**Na czym polega unikalność tego rozwiązania?**

Odwracamy standardowy proces zakupowy. Do tej pory lekarz, chcąc kupić nowy samochód, musiał odwiedzać salony i samodzielnie weryfikować zebrane oferty. My zaczynamy od negocjowania warunków z importerami – i to nie dla jednej marki czy modelu, ale dla wszystkich dostępnych na polskim rynku. Następnie współpracujemy z grupami dilerскими, aby przełożyć te warunki na najlepsze oferty dla lekarza.

W praktyce oznacza to, że klient dostaje gotowe, już porównane propozycje, co znacznie upraszcza całą procedurę zakupu samochodu.

**To duża oszczędność czasu.**

Zdecydowanie. Dodatkowo, co także jest wyjątkowe w tym programie, pracujemy między 8 a 22, czyli także wtedy, gdy salony są już zamknięte. Lekarz nie musi więc wysłać zapytań i czekać na odpowiedź. Cały proces prowadzimy my – od pierwszego kontaktu po finalizację zakupu. Lekarze są pochłonięci pracą. Wiem, jak trudno jest im znaleźć czas dla siebie, dla rodziny, szkoda tracić go na zastanawianie się nad wyborem nowego samochodu. Dzięki temu wsparciu mogą skupić się na priorytetach życiowych.

**Jak wygląda proces w praktyce? Załóżmy, że ktoś wie tylko, że chce „ładne i szybkie auto”. Co wtedy?**

To częsta sytuacja. Wtedy zaczynamy od rozmowy i doprecyzowania potrzeb. Punktem wyjścia jest zwykle samochód, którym ktoś aktualnie jeździ. Analizujemy preferencje: czy samochód ma być dostępny od ręki, jakie ma mieć wyposażenie, kolor, gabaryty. Na końcu określamy budżet, czyli wartość samochodu lub miesięczną ratę.

Uwzględniamy też styl życia – czy auto ma służyć wyłącznie do pracy, czy również do celów rodzinnych. Rozmawiamy o opłacalności napędów: elektrycznych, hybrydowych i tradycyjnych. Podsumowując, zaczynamy od kontaktu. Potem określamy potrzeby, badamy





je i przedstawiamy pierwsze oferty na samochód. Następnie dogrywamy kwestie jazd testowych albo użyczenia auta do testów. I to oczywiście także w najbardziej dogodnej formie. W kolejnym etapie, po wyborze samochodu, przygotowujemy zamówienie i omawiamy sposób finansowania.

**No właśnie – leasing czy wynajem długoterminowy? Co się dziś bardziej opłaca?**

To zależy m.in. od formy zatrudnienia, rozliczeń podatkowych i planowanego czasu użytkowania auta. Inne rozwiązania rekomendujemy przedsiębiorcom i VAT-owcom, inne osobom pracującym na etacie. Oferujemy też rozwiązania konsumenckie – leasing, wynajem.

Coraz popularniejszy jest leasing z wysoką wartością wykupu, przypominający wynajem długoterminowy. Nadal jednak dużym zainteresowaniem cieszy się klasyczny leasing – często dlatego, że klienci nie mają wiedzy, jak sfinansować nowy samochód w sposób bardziej komfortowy i opłacalny. Dlatego warto zaufać ekspertom, którzy są specjalistami w danej dziedzinie.

**Wspominał pan o tym, jak zajęci są dziś lekarze i lekarze dentyści. Możliwe są zakupy „na odległość”?**

Tak – bywa, że cały proces odbywa się zdalnie, bo lekarz jest zabiegany, kontakt telefoniczny mamy tylko wieczorami, a klient pojawia się dopiero przy odbiorze samochodu. Nie musimy się spotkać osobiście, by wybrać samochód, a podpis kwalifikowany wystarcza do zawarcia umowy.

Proces jest maksymalnie uproszczony, a większość formalności – łącznie z podpisaniem umowy – można załatwić zdalnie. To realna oszczędność nie tylko czasu, ale i pieniędzy.

**A co z ubezpieczeniem? Czy tutaj też można liczyć na doradztwo i wsparcie?**

Obecnie korzystamy z pakietów dilerkich, ale finalizujemy wdrożenie własnej oferty ubezpieczeniowej we współpracy z czterema czołowymi towarzystwami ubezpieczeniowymi w Polsce. Docelowo będziemy zapewniać pełną obsługę, w tym także przypomnienia o kończących się polisach i przygotowanie ofert wznawieniowych.

**Czyli wsparcie nie kończy się na zakupie auta?**

Nie – obejmuje również obsługę posprzedażową. Pomagamy w umawianiu serwisów, organizacji napraw czy likwidacji szkód. Zależy nam na tym, by klient nie tracił czasu na formalności i miał jedno miejsce kontaktu we wszystkich sprawach. To oszczędza czas i zapobiega frustracji.

**A na czym polega pomoc w zakupie sprzętu medycznego?**

To naturalne rozszerzenie naszej działalności. Finansowanie sprzętu medycznego jest bardziej złożone niż w przypadku samochodów, ale dzięki analitykom i ekspertom od takich zapytań upraszczamy ten proces i zapewniamy kompleksowe wsparcie.

**Jak skorzystać z programu?**

Informacje są dostępne na stronie internetowej OIL w sekcji dla lekarzy, na medlex.care oraz w zamkniętej grupie medlex Nobiles Club na Facebooku, gdzie publikujemy aktualne oferty, konkursy i informacje o wydarzeniach motoryzacyjnych. ●

## VI Ogólnopolski Konkurs Fotograficzny Lekarzy

Komisja ds. Kultury Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie zaprasza lekarzy i lekarzy dentyistów z całej Polski do udziału w VI Ogólnopolskim Konkursie Fotograficznym. Inicjatywa ma na celu popularyzację fotografii w środowisku medycznym oraz prezentację twórczości artystycznej lekarzy.



fot. unsplash

**T**egoroczna edycja konkursu obejmuje dwie kategorie tematyczne: „Niebieska i złota godzina” oraz „Temat wolny”. Każdy uczestnik może zgłosić maksymalnie cztery fotografie w każdej z kategorii. Zdjęcia mogą być wykonane w dowolnej technice, jednak muszą powstać w ciągu ostatnich dwóch lat i nie mogą być w całości generowane przez sztuczną inteligencję.

Prace należy przysłać do 30 września 2026 r. w formacie JPG na adres e-mail: komisjakultury@oilwaw.org.pl. Każda fotografia powinna mieć minimalną rozdzielczość 6 megapikseli (ok. 2000 × 3000 px), proporcje boków 2:3, przestrzeń barwną sRGB, a wielkość pliku nie może przekraczać 6 MB.

Organizator zastrzega sobie możliwość wykluczenia z konkursu zdjęć o niewystarczającej jakości.

Zgłoszenie powinno zawierać opis: imię i nazwisko autora, specjalizację, numer PWZ, adres, kategorię oraz tytuł zdjęcia lub cyklu fotografii.

Prace oceni profesjonalne jury powołane przez Komisję ds. Kultury ORL w Warszawie. Rozstrzygnięcie konkursu planowane jest do 30 października 2026 r., a wyniki zostaną opublikowane na stronie internetowej Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie oraz w biuletynie „Puls”. Organizator przewiduje Grand Prix dla najlepszego zdjęcia, a także I, II i III nagrodę oraz trzy wyróżnienia honorowe w każdej kategorii. Nagrodzone i wyróżnione fotografie zostaną zaprezentowane na wystawie pokonkursowej oraz w katalogu.

Udział w konkursie jest bezpłatny, a zgłoszenie fotografii jest równoznaczne z akceptacją regulaminu i oświadczeniem o posiadaniu praw autorskich do zgłoszonych prac. Dodatkowe informacje można uzyskać pod adresem: komisjakultury@oilwaw.org.pl. ●

## Sukcesy badmintonistów naszej izby na XIV Mistrzostwach Polski Lekarzy

**KRZYSZTOF MAKUCH**

**J**uż po raz 14. w Centrum Sportu Uniwersytetu Medycznego w Łodzi o mistrzowskie tytuły rywalizowali 29 marca 2026 r. lekarze badmintoniści. W sportowej rywalizacji dominowali reprezentanci naszej izby. O medale walczone w trzech konkurencjach podzielonych na kategorie wiekowe: singlu, deblu oraz mikście. W singlu w kat. open i +45 triumfowała Olga Grabowska, a Halina Janczarska była czwarta w kat. open i zdobyła złoto w kat. +55. Po raz kolejny niepokonany w kat. +45 był Tomasz Ziółek, multimedalista mistrzostw Polski amatorów, MPL i Igrzysk Lekarskich, ortopeda. Srebro w tej kategorii zdobył Bartłomiej Grabowski, ortopeda dziecięcy. Złoto w kat. +55 zdobył Piotr

Orzechowski, warszawski kardiolog, uczestnik MPL od III edycji. W kat. +65 Jacek Janczarski, stomatolog, był piąty, a w najstarszej kategorii wiekowej srebrny medal zdobył Krzysztof Makuch. W deblu w kat. +45 złoto przypadło parze Tomasz Ziółek i Bartłomiej Grabowski, a srebro Jackowi Baltynowi, ortopedzie, z Mikołajem Danką, pediatrą. W kat. +65 srebro wywalczyli Krzysztof Makuch ze Zbigniewem Jarosikiem. W mikstach w kat. +45 złoto zdobyli Olga i Bartłomiej Grabowsky, brąz Agnieszka Ambrzykowska, lekarz medycyny rodzinnej, z Mikołajem Danką, zaś Halina i Jacek Janczarscy zajęli piąte miejsce. Dorobek medalowy uzupełnili studenci WUM Weronika Szemplińska i Jakub Matłoka, wygra-

wając w kategoriach studenckich i zdobywając srebro w mikście –45.

Rozegrano 88 pojedynków na sześciu boiskach, przy perfekcyjnej organizacji rodziny Bibików – Roberta i jego synów. Jednak największą wartością zawodów była integracja naszego środowiska połączona ze sportową rywalizacją na wysokim poziomie. Na sportowy rewanż przyjdzie pora na igrzyskach lekarskich w Cetniewie. Wcześniej, bo już w czerwcu, wyzwaniem będą MŚ Medyków w Puli na chorwackiej Istrii. ●



## 23. Igrzyska Lekarskie w Cetniewie



**P**od koniec letnich wakacji Wybrzeże ponownie stanie się sportową areną dla lekarzy i lekarzy dentyistów z całego kraju. 26–30 sierpnia 2026 r. w Cetniewie odbędą się 23. Igrzyska Lekarskie – największa w Polsce impreza sportowa środowiska medycznego, organizowana przez Naczelną Izbę Lekarską.

Uczestnicy igrzysk będą rywalizować w wielu dyscyplinach sportowych, m.in. w nordic beach walking, badmintonie, pływaniu, siatkówce plażowej i halowej, koszykówce, lekkiej atletyce, brydżu, piłce nożnej, tenisie ziemnym i stołowym, trójboju siłowym, cross country, kolarstwie górskim i szosowym, golfie, triathlonie oraz strzelectwie. Większość zawodów zostanie rozegrana w Centralnym Ośrodku Sportu w Cetniewie.

W wydarzeniu będą mogli wziąć udział nie tylko lekarze i lekarze dentyści, lecz także osoby towarzyszące oraz studenci kierunków lekarskiego i lekarsko-dentystycznego. Organizatorzy zapowiadają również liczne atrakcje dla rodzin i najmłodszych, dzięki czemu igrzyska mają być nie tylko sportową rywalizacją, ale także okazją do wspólnej integracji środowiska medycznego.

Więcej informacji i zapisy:



## XII Otwarte Mistrzostwa Mazowsza Lekarzy w Półmaratonie oraz III Bieg Lekarzy na 5 km – Radom 2026

**Z**awody odbędą się 21 czerwca 2026 r. w Radomiu w ramach Półmaratonu Radomskiego Czerwca '76. Organizatorami półmaratonu i biegu lekarskiego są Delegatura Radomska OIL w Warszawie, Stowarzyszenie Biegiem Radom! oraz MOSiR Radom. Celem półmaratonu jest upamiętnienie 50. rocznicy wydarzeń Czerwca '76 oraz popularyzacja biegania i integracja środowiska lekarskiego. Start i meta znajdować się będą obok Radomskiego Centrum Sportu, a trasa poprowadzi ulicami Radomia.

W zawodach mogą uczestniczyć lekarze i lekarze dentyści posiadający prawo wykonywania zawodu w Polsce. Dla uczestników przewidziano okolicznościowe koszulki, a wszyscy, którzy ukończą bieg, otrzymają pamiątkowy medal. Miejsca I–III w klasyfikacjach generalnych zostaną uhonorowane pucharami i nagrodami, a I miejsca w kategoriach wiekowych pucharami.

Więcej informacji: tel. 48 331 36 62 (Delegatura Radomska OIL) tel. 453 398 276 | e-mail: biegiemradom@wp.pl



Zapisy online do 17 czerwca:



## VII Lekarski Obóz Surf and Kite 2026



**S**zkola Kite Crew po raz kolejny organizuje weekend i obozy kitesurfingowe na Kampingu Chałupy 6 na Półwyspie Helskim. W programie dwa razy dziennie nauka kitesurfingu i innych sportów wodnych (surfing, surfskate, wingfoil, SUP).

Obozy sierpniowy i wrześniowy to siedem noclegów w Surf Przyczepach i 24 godziny zajęć sportowych od poniedziałku do soboty. Kitesurfingowy

weekend to trzy lub cztery noclegi do wyboru i sporty wodne dwa razy dziennie.

W tym roku proponujemy trzy terminy:  
**weekend czerwcowy:** 4–7 czerwca  
**obóz sierpniowy:** 23–30 sierpnia  
**obóz wrześniowy:** 30 sierpnia – 6 września

Więcej informacji i zapisy na stronie organizatora



## Artificial Intelligence in Medicine (AIMed) 2026 w Krakowie



**M**iedzynarodowa konferencja Artificial Intelligence in Medicine (AIMed) 2026, poświęcona odpowiedzialnemu wykorzystaniu sztucznej inteligencji w ochronie zdrowia, odbędzie się 7–9 maja stacjonarnie w Krakowie oraz online. Wydarzenie

nie zostało objęte patronatem honorowym prezesa Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie, a patronem medialnym konferencji jest miesięcznik „Puls”. Przez trzy dni eksperci z różnych dziedzin – twórcy narzędzi AI, pracownicy ochrony zdrowia korzystający z nowych technologii w praktyce klinicznej oraz specjaliści zajmujący się regulacjami i aspektami etycznymi rozwoju sztucznej inteligencji – będą dzielić się wiedzą i doświadczeniem.

Program konferencji podzielono na trzy bloki tematyczne. Pierwszy z nich –

Research & Innovation Day – będzie poświęcony prezentacjom badań naukowych dotyczących zastosowań sztucznej inteligencji w medycynie. Drugiego dnia, State-of-the-Art Day, zaplanowano wykłady zaproszonych ekspertów przedstawiających aktualny stan wiedzy i kierunki rozwoju AI w ochronie zdrowia. Wśród prelegentów znajdują się m.in. Emer Cooke, dyrektor Europejskiej Agencji Leków, prof. Marta Kwiatkowska z Uniwersytetu Oksfordzkiego oraz prof. Piotr Sankowski z Uniwersytetu Warszawskiego. W trzecim dniu – Education Day – zaplanowano warsztaty i sesje edukacyjne.

Konferencja AIMed 2026 jest wspólną inicjatywą zespołów z Polskiego Instytutu Evidence Based Medicine, McMaster University w Kanadzie, Big Data Institute Uniwersytetu Oksfordzkiego oraz Interdyscyplinarnego Centrum Danych o Zdrowiu Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum.

fot. materiały organizatora

Więcej informacji i zapisy:  
AIMed Conference (kod QR)



## XIX Zjazd Centrum Nauki o Laktacji

**K**onferencja szkoleniowo-naukowa „Karmienie piersią bez granic” to jedno z najważniejszych wydarzeń edukacyjnych w Polsce poświęconych karmieniu piersią i opiece okołoporodowej. Tegoroczna edycja odbędzie się 29–30 maja w Airport Hotel Okęcie w Warszawie oraz online. Patronem medialnym jest miesięcznik „Puls”.

Spotkanie skierowane jest do lekarzy, położnych, pielęgniarek oraz profesjonalistów zajmujących się poradnictwem laktacyjnym i zdrowiem publicznym. Program obejmuje wykłady, warsztaty oraz prezentacje doniesień naukowych, a także sesje dyskusyjne.

Wśród zaproszonych prelegentów znajdują się uznani specjaliści z kraju i zagranicy. Tegorocznymi gośćmi specjalnymi będą wybitne ekspertki w dziedzinie laktacji: Anne Eglash – profesor kliniczny Uniwersytetu Wisconsin i współzałożycielka Academy of Breastfeeding Medicine, od lat roz-

wijająca model „medycyny karmienia piersią”, oraz Lina Barska, pediatra i IBCLC, współzałożycielka Ukrainińskiej Akademii Medycyny Karmienia Piersią.

XIX Zjazd CNoL to nie tylko okazja do zdobycia aktualnej wiedzy, ale także do nawiązywania współpracy i dołączenia do dyskusji nad kierunkami rozwoju opieki laktacyjnej w Polsce i na świecie. Poprzednia edycja Zjazdu Centrum Nauki o Laktacji zgromadziła ok. 750 uczestników. Poprzednia edycja Zjazdu Centrum Nauki o Laktacji zgromadziła ok. 750 uczestników.

Współorganizatorami wydarzenia są Warszawski Uniwersytet Medyczny, Zakład Dydaktyki Ginekologiczno-Położniczej Wydziału Nauki o Zdrowiu WUM oraz Centrum Medyczne WUM.

Rejestracja już trwa.  
Szczegóły i formularz zgłoszeniowy:





# Lekarski Uniwersytet Trzeciego Wieku „Nestor”



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

- 5.05.2026 r. „Ruch jako terapia: rehabilitacja, której nie uczyli nas na studiach. Od mięśni do mózgu – nowe podejścia”** – dr n. med. Barbara Dobies-Krześniak
- 26.05.2026 r. „Leczenie protetyczne w obrębie jamy ustnej u seniorów”** – dr hab. n. med. Janusz Kleinrok
- 9.06.2026 r. „Józef Piłsudski”** – dr Michał Rybak
- 7.07.2026 r. „Blaski i cienie współczesnej genetyki”** – prof. dr hab. Waldemar Marczewski

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



W każdy poniedziałek i czwartek (oprócz świąt) o godz. 11.00 zapraszamy uczestników LUTW „Nestor” na zajęcia gimnastyczne

### „ZDROWY KRĘGOSŁUP METODĄ FMS”

do Centrum Sportowo-Rehabilitacyjnego WUM przy ul. Księcia Trojdena 2c (sala 2.79 na I piętrze).

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

# Matka interna

Oddział Warszawski Towarzystwa Internistów Polskich, na czele z prof. dr. hab. n. med. Krzysztofem Muchą oraz dr. n. med. Markiem Stopińskim, konsultantem wojewódzkim ds. interny, zorganizowali konferencję **Problemy interny na Mazowszu**. Tegoroczna edycja odbyła się 13–14 marca 2026 r. w Domu Pracy Twórczej w Radziejowicach.



fol. D. Lebieczińska (2)

**P**odczas konferencji poświęconej kondycji oddziałów chorób wewnętrznych w Polsce dr Stopiński podkreślał, że *interna – mimo swojej fundamentalnej roli w systemie ochrony zdrowia – znajduje się dziś w głębokim kryzysie organizacyjnym i finansowym*.

Jednym z głównych problemów jest sposób rozliczania hospitalizacji przez NFZ, premiujący rozpoznania „główne”, pomijając realny przebieg hospitalizacji, w którym dominują powikłania i choroby współistniejące. Tymczasem to właśnie wielochorobowość wydłuża

pobyt pacjenta i generuje największe koszty. W praktyce oddziały, próbując utrzymać płynność finansową, zmuszone są do strategicznego kodowania rozpoznania, co nie odzwierciedla rzeczywistego procesu leczenia.

Prelegenci podkreślali, że interna pełni funkcję wentylu bezpieczeństwa systemu. To właśnie na oddziały internistyczne trafiają pacjenci złożeni diagnostycznie, „niezakwalifikowani” przez inne specjalności – z powikłaniami leczenia onkologicznego, kardiologicznego czy chirurgicznego. – *Interna jest jak*

*matka, która kocha wszystkich i nikt nie odrzuca* – podsumowała jedna z uczestniczek.

Niepokojące dane przedstawiła prof. Ilona Kurnatowska, konsultant krajowa, wskazując na dramatyczny spadek zainteresowania specjalizacją. Jednocześnie rośnie średni wiek zarówno pacjentów (ok. 72 lat), jak i lekarzy, co zapowiada pogłębianie się luki kadrowej w najbliższych latach.

Omówiono także organizację kształcenia podyplomowego. Współpraca z Centrum Medycznym Kształcenia Podyplomowego oraz Centrum Egzaminów Medycznych przynosi efekty, jednak konieczne są zmiany systemowe, m.in. wprowadzenie egzaminu modułowego po części podstawowej specjalizacji oraz możliwość realizacji drugiej rezydentury po internie, by zwiększyć jej atrakcyjność.

W podsumowaniu podkreślono, że bez systemowego uwzględnienia wielochorobowości w wycenie świadczeń oraz bez zwiększenia nakładów na internę nie uda się odwrócić obecnego trendu. Uczestnicy zgodnie apelowali o wypracowanie wspólnej strategii środowiska medycznego i decydentów, by przywrócić internie należne miejsce w systemie ochrony zdrowia. ●



# II Światowy Dzień Adherence

**K**onferencja z okazji II Światowego Dnia Adherence, która odbyła się 27 marca w Warszawie, stała się okazją do poszukiwania sposobów, by zwiększyć przestrzeganie zaleceń terapeutycznych przez pacjentów. Organizatorami wydarzenia były Polskie Towarzystwo Nadciśnienia Tętniczego oraz niezależny ośrodek analityczny THINKTANK, a miesięcznik „Puls” objął je patronatem medialnym.

*Gdzie tracimy pacjenta?* – to pytanie otworzyło dyskusję nad jednym z największych wyzwań współczesnej ochrony zdrowia. Nie jest ono bezzasadne: z danych WHO wynika, że nawet połowa chorych przewlekle nie stosuje się do zaleceń. W Europie przekłada się to na ok. 200 tys. zgonów rocznie oraz koszty rządu 125 mld euro (w Polsce ok. 6 mld zł).

Prelegenci – przedstawiciele administracji publicznej, środowisk akademickich, klinicystów i farmaceutów, pielęgniarki, eksperci zdrowia publicznego oraz organizacje pacjenckie – byli zgodni: poprawa adherence powinna być jednym z priorytetów systemu ochrony zdrowia. Przyniosłoby to wymierne efekty zdrowotne i ekonomiczne, często większe niż wdrażanie nowych terapii. Podkreślano również, że *non-adherence* należy traktować jako niezależny czynnik ryzyka zdrowotnego.



foto: materiały prasowe

Gdzie zatem tracimy pacjenta? Głównie na etapie kontynuacji terapii i monitorowania jej efektów. Wśród przyczyn wymieniano m.in. ograniczony czas wizyt, braki kadrowe, niewystarczającą edukację zdrowotną oraz brak narzędzi do monitorowania realizacji zaleceń. Ekspertki wskazały trzy główne bariery skutecznego leczenia: brak świadomości choroby, inercja terapeutyczna oraz niska adherence.

Podsumowano także działania podjęte od czasu pierwszej edycji wydarzenia, w tym powołanie Parlamentarnego Zespołu ds. Adherence. – *Przez lata koncentrowaliśmy się głównie na dostępie do nowoczesnych terapii. Dziś wiemy, że bez poprawy adherence nie osiągniemy*

*realnej poprawy wyników leczenia* – mówiła senator Beata Małecka-Libera, inicjatorka Zespołu.

Ważnym momentem spotkania była prezentacja programu „Misja 50/30. Ciśnienie pod kontrolą”, którego celem jest zwiększenie odsetka pacjentów z kontrolowanym ciśnieniem tętniczym co najmniej do 50 proc. do 2030 r. Powodzenie misji zależy przede wszystkim od poprawy adherence.

Wniosek jest jasny: skuteczność leczenia zależy nie tylko od dostępności terapii, lecz od ich stosowania. Poprawa adherence wymaga rozwiązań systemowych: od lepszej edukacji pacjentów, przez rozwój opieki koordynowanej po wykorzystanie narzędzi cyfrowych. ●



## PROGRAM STYPENDIALNY



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

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

# Przypadek, który stał się misją

Zaczęło się od przypadkowego zgłoszenia na zebraniu wyborczym w 1989 r. Bez planu, bez ambicji funkcji – za to z ciekawością i gotowością do działania. Dziś, po kilkudziesięciu latach aktywności w strukturach samorządu lekarskiego, **Liliana Piwowarczyk, lekarz stomatolog, ortodonta**, wspomina jego początki.

rozmawiała **DOROTA LEBIEDZIŃSKA**

**J**ak zaczęła się pani przygoda z samorządem lekarskim? Czy to była świadoma decyzja?

Szczerze mówiąc – zupełnie nie. To był czysty przypadek. W 1989 r. miałam za sobą ok. 14 lat pracy zawodowej i byłam jeszcze stosunkowo młodym lekarzem. W naszym ZOZ w Garwolinie odbywało się zebranie wyborcze lekarzy i lekarzy dentystów. Przyszłam na nie jak wielu innych, żeby posłuchać i czegoś się dowiedzieć.

W pewnym momencie okazało się, że potrzebny jest kandydat reprezentujący stomatologów. Zgodziłam się, traktując

to raczej symbolicznie – „na wszelki wypadek”. Ku mojemu zaskoczeniu w głosowaniu uzyskałam poparcie i zostałam wybrana. Tak się zaczęło.

**Czy wiedziała pani wtedy, czym właściwie jest samorząd lekarski i jak pełni rolę?**

Nie, nikt z nas tak naprawdę nie wiedział. Trzeba pamiętać, że był to moment odradzania się samorządu po wielu latach przerwy – od czasów przedwojennych. Wszystko tworzyło się od nowa. Uczyliśmy się struktur, zasad działania, kompetencji.

Panowała atmosfera ogromnego entuzjazmu. Mieliśmy poczucie, że uczestniczymy w czymś ważnym, że budujemy instytucję, która będzie miała realny wpływ na środowisko lekarskie i warunki naszej pracy.

**Bardzo szybko trafiła pani na wyższy szczebel działalności...**

Rzeczywiście. Najpierw zostałam delegatką na zjazd okręgowy, a następnie wybrano mnie na delegatkę na zjazd krajowy. Tam z kolei zaproponowano mi pracę w Naczelny Sądzie Lekarskim. Byłam tym kompletnie zaskoczona. Uważałam, że są bardziej doświadczeni lekarze, którzy powinni pełnić takie funkcje. Nawet próbowałam odmówić, ale usłyszałam, że „trzeba się zgodzić”. Ostatecznie zostałam wybrana.

**Jak wyglądała praca w Naczelny Sądzie Lekarskim?**

To było bardzo wymagające, ale jednocześnie niezwykle rozwijające doświadczenie. W składzie orzekającym zasiadało czterech lekarzy oraz sędziego zawodowego, który wprowadzał nas w kwestie prawne i proceduralne.

Praca polegała na analizie dokumentacji, często bardzo obszernej, oraz rozpatrywaniu odwołań od orzeczeń okręgowych sądów lekarskich. Pamiętam ogromny stres, kiedy po raz pierwszy przyszło mi referować sprawę: stopy dokumentów, konieczność pracy na miejscu, bez możliwości zabrania akt do domu. Ale z czasem przyszła pewność i satysfakcja. Człowiek czuł, że robi coś odpowiedzialnego i ważnego dla całego środowiska.

**Co sprawiło, że została pani w samorządzie na kolejne lata?**

Myślę, że właśnie ta satysfakcja i poczucie sensu. Samorząd wciągał, dawał możliwość poznania ludzi, wymiany doświadczeń, a także oderwania się od codziennej, bardzo intensywnej pracy zawodowej. Z czasem angażowałam się w różne obszary: komisję stomatologiczną, komisję wyborczą, komisję praktyk lekarskich. Uczestniczyłam w kontrolach nowo otwieranych gabinetów, organizacji wyborów, pracach rady okręgowej – przez cztery kolejne kadencje.

To była działalność całkowicie społeczna. Nie otrzymywaliśmy wynagrodzenia, często nawet zwrot kosztów był ograniczony. Wiele osób dziwiło się, że poświęcam na to tyle czasu. Ale dla mnie to miało wartość.

**Jak wyglądały początki samorządu z perspektywy codziennej pracy?**

Było bardzo intensywnie. Spotkania rady trwały od południa do późnych godzin wieczornych. Dojeżdżałam z Garwolina, gdzie pracuję do dzisiaj, komunikacją publiczną. Wyjazdy w teren na wybory czy kontrole gabinetów.

Ale jednocześnie panowała niezwykła atmosfera zaangażowania. Czuliśmy, że uczestniczymy w czymś nowym i ważnym. Było dużo bezpośrednich relacji, więcej rozmów, mniej formalizmu.



fot. archiwum prywatne

### Czy udało się zrealizować te początkowe nadzieje na większy wpływ środowiska?

Na początku wszyscy wierzyliśmy, że będziemy mieli większy wpływ na system ochrony zdrowia, na wynagrodzenia, warunki pracy, organizację świadczeń. Okazało się, że ten wpływ jest mniejszy, niż się spodziewaliśmy. Nie mieliśmy realnego wpływu na wynagrodzenia czy kontrakty.

Ale to nie znaczy, że samorząd nie był potrzebny. Wręcz przeciwnie – jego rola okazała się kluczowa w innych obszarach.

### W jakich przede wszystkim?

Przede wszystkim w ochronie lekarzy poprzez system odpowiedzialności zawodowej. Rzecznik i sądy lekarskie pozwalają na rzetelną ocenę skarg – wiele z nich nie trafia dalej, jeśli są bezzasadne. To ogromna wartość, że lekarze są oceniani przez lekarzy, którzy rozumieją specyfikę zawodu. Poza tym samorząd organizuje szkolenia, wspiera lekarzy w trudnych sytuacjach, przyznaje zapomogi, integruje środowisko.

### Co najbardziej zapadło pani w pamięć z tych lat działalności?

Na pewno atmosfera pierwszych lat. Pamiętam wybory, które trwały do późnej nocy, wspólne liczenie głosów, długie dyskusje. Ale też konkretne działania: kontrole gabinetów, komisje, wyjazdy. To wszystko budowało doświadczenie i poczucie, że robimy coś potrzebnego.

### Jak dziś, po latach, ocenia pani samorząd lekarski?

Uważam, że nadal jest bardzo potrzebny. Oczywiście zmienia się wraz z pokoleniami. Młodszy lekarze mają inne potrzeby i priorytety. To naturalne. Jednak podstawowa rola pozostaje ta sama: reprezentowanie środowiska, dbanie o standardy, wspieranie lekarzy. Bez samorządu byłibyśmy znacznie bardziej rozproszeni i słabsi jako grupa zawodowa.

### Co powiedziałyby pani młodym lekarzom?

Że warto się angażować. Nawet jeśli na początku wydaje się to przypadkiem – tak jak u mnie. To doświadcze-

nie, które uczy, rozwija i daje szerszą perspektywę. A przede wszystkim pozwala poczuć, że jest się częścią wspólnoty zawodowej, a to w medycynie ma ogromne znaczenie. ●

### Liliana Piwowarczyk

Lekarka dentyстка, specjalistka ortodoncji. Członkini Okręgowej Rady Lekarskiej czterech kadencji. Członkini Okręgowej Komisji Wyborczej. Członkini Komisji ds. Rejestracji Praktyk Lekarskich. W 2025 r. obchodziła 50-lecie pracy w społecznej służbie zdrowia. Szczególne znaczenie ma jej działalność w strukturach samorządu lekarskiego jako delegatki na Okręgowy i Krajowy Zjazd Lekarzy oraz członkini Komisji ds. Lekarzy Dentyistów, gdzie współtworzyła standardy wykonywania zawodu i reprezentowała interesy środowiska stomatologicznego. Na XLIX Okręgowym Sprawozdawczym-Wyborczym Zjeździe Lekarzy odznaczona honorową odznaką ministra zdrowia „Za Zasługi dla Ochrony Zdrowia”.

 CHERY | GRUPA PGD

### SPECJALNA OFERTA



dla członków  
OKRĘGOWEJ IZBY LEKARSKIEJ  
w Warszawie

Poznaj nową generację SUV-ów CHERY



PIOTR GALARDA  
T. 667 072 381  
E. salon.chery.warszawa@pgd.pl  
www.chery.pgd.pl/oil/

♀ KRASNOBRODZKA 5 / WARSZAWA

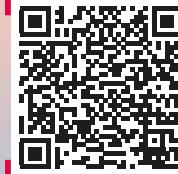
 OMODA | JAECCO | GRUPA PGD

### SPECJALNA OFERTA



dla członków  
OKRĘGOWEJ IZBY LEKARSKIEJ  
w Warszawie

Poznaj nową generację SUV-ów OMODA | JAECCO



KAROLINA KUBIAK  
T. 667 072 479  
E. salon.warszawa@oj.pgd.pl  
www.oj.pgd.pl/oil/

♀ KRASNOBRODZKA 5 / WARSZAWA

# Władysław Fidziński

ZESPÓŁ ODDZIAŁU GINEKOLOGII I POŁOŻNICTWA Z PODODDZIAŁEM  
GINEKOLOGII ONKOLOGICZNEJ SZPITALA PRASKIEGO W WARSZAWIE



**D**oktora Władysława Fidzińskiego, wspaniałego lekarza ginekologa-położnika, który przez całe swoje zawodowe życie związany był ze Szpitalem Praskim pw. Przemienienia Pańskiego w Warszawie, pożegnaliśmy 25 marca 2026 r.

Jego życie osobiste nie było usłane różami, ale nigdy się nie skarżył. Nawet najbardziej bolesne doświadczenia zamieniał w lekcje życia, które ukształtowały Jego osobowość. Sam mówił, że miał szczęście do dobrych ludzi, od których mógł wiele się nauczyć.

Urodził się 22 lutego 1941 r. w Warszawie. Mieszkał na warszawskiej Pradze, gdzie z dobrym wynikiem ukończył szkołę podstawową. Jego ówczesne zainteresowania znacznie odbiegały od później wykonywanego zawodu. Uczęszczał bowiem do kółka recyta-

torskiego, uwielbiał czytać książki, jak również z przyjemnością zgłębiał historię. Te pasje zaszczepliła w Nim wychowawczyni.

Po szkole podstawowej kontynuował edukację w liceum Władysława IV, które ukończył jako stypendysta. W latach licealnych należał do grupy wokalnie-tanecznej Gawęda oraz brał udział w spotkaniach drużyny harcerskiej. Jak sam wspominał, dzięki tym organizacjom nauczył się żyć w gromadzie, doceniać *całą historię grupowego podejścia do rozwiązywania problemów i niemyślenia tylko o sobie, ale o tej grupie (...)*.

Planował, że zostanie dziennikarzem, jednak kierunek ten został na Uniwersytecie Warszawskim roz-

wiązany i można było na nim studiować tylko po uzyskaniu dyplomu innego humanistycznego kierunku.

Nie zastanawiał się jednak długo nad tym, co w takim razie chciałby robić. Jako młodzieniec był aktywnym harcerzem, lubił pomagać innym i jak sam wspominał, jeśli ktoś się skaleczył czy zranił, lubił go opatrywać. Postanowił więc zdawać egzaminy do ówczesnej Akademii Medycznej w Warszawie. Niestety, był to czas, kiedy nie tylko wynik matury i ocena z egzaminu były brane pod uwagę, ale liczone także punkty za pochodzenie społeczne, stanowisko pracy rodziców, aktywność w organizacjach młodzieżowych.

Doktorowi zabrakło 1 punktu, żeby zostać adeptem medycyny. Na początku, jak sam opowiadał, był pełen buntu na tę sytuację, jednak szybko się otrzą-

snał i postanowił podwyższyć szanse na przyjęcie do akademii.

Ojciec doktora zrzekł się wyższego stanowiska (za pracę robotnika przyznawano więcej punktów), a On sam rozpoczął pracę w zakładzie odpowiedzialnym za rozprowadzanie kabli energetycznych... dosłownie codziennie „kopał rowy”. Wtedy spotkał Go dyrektor z byłego liceum i postanowił Mu pomóc. Tak młody, przyszły doktor trafił do pogotowia ratunkowego na stanowisko dyspozytora. Po roku, jak sam wspominał, (...) *zdać znowu zdałem i dostałem wiadomość, że jestem warunkowo przyjęty na studia, jeżeli przez rok będę pracował w służbie zdrowia (...), tylko muszę pracować bezpośrednio z chorym.* W związku z tym doktor zaczął pracę jako sanitariusz w karetce i po kolejnym roku otrzymał indeks studenta medycyny. Nie zrezygnował jednak z pracy i w czasie studiów nadal był sanitariuszem. W trakcie jednego z dyżurów, na ostatnim roku studiów, doznał poważnego urazu głowy. Karetka, w której jeździł, uczestniczyła w wypadku. Przez kilka miesięcy dochodził do zdrowia. Niektórzy nie dawali Mu większych szans na życie w pełnej sprawności. Studia skończył, ale to zdarzenie opóźniło Jego ślub. Nie chciał obciążać przyszłej żony swoją osobą. Jak się później okazało, nie miał większych uszczerbków na zdrowiu, a ze swoją wybranką spędził ponad 50 lat i wychował z Nią dwoje dzieci.

To zdarzenie i pobyt w szpitalu wspominał jako dobrą lekcję na przyszłość. To nauczyło go, jak odnosić się do pacjentów, jak ich traktować, żeby czuli się otoczeni troską, i jak nie podcinać im skrzydeł, tylko dodawać otuchy.

Do pracy na stanowisku sanitariusza już nie wrócił, ale z pogotowiem ratunkowym związany był jeszcze do lat 80.

Po studiach rozpoczął staż w Szpitalu Praskim. Postanowił zostać ginekologiem-położnikiem. Pierwszym nauczycielem był ówczesny ordynator oddziału położniczo-ginekologicznego dr Kazimierz Anusiak, który zadał młodemu lekarzowi pytanie: *kim Pan chce być?* Tę rozmowę dr Fidziński wspominał: (...) *mówię: Panie ordynatorze, chcę być lekarzem. A on: Nie proszę Pana. Ja się pytam o jedną sprawę: czy Pan chce być praktykiem, czy naukowcem? Bo teraz mistrzem można być i w jednym, i w drugim, ale trzeba w sobie wyrobić trochę inne cechy. Bo jeśli Pan chce zostać naukowcem, to niech Pan tutaj, w tym moim oddziale nie szuka tego rodzaju historii. U mnie może się Pan nauczyć praktycznej strony, operatywy, ratowania ludzi. To może przynieść Panu satysfakcję, ale nie przyniesie Panu żadnych tytułów. A ja mówię: po... mi te tytuły? I w taki sposób zostałem na oddziale. Poza ogromną wiedzą i umiejętnościami dr Anusiak przekazał swoim podopiecznym, w tym również i dr. Fidzińskiemu, że najważniejszy w naszym lekarskim postępowaniu jest człowiek, pacjent i wszystko, co robimy, powinno się robić dla niego, a nie dla siebie. To motto przyświecało dr. Fidzińskiemu przez całe zawodowe życie, a swoim postępowaniem próbował przekazywać je wychowankom.*

Dr Fidziński został na oddziale, początkowo na stanowisku młodszego asystenta, następnie starszego asystenta, zastępcy ordynatora, by w latach 1999–2009 pełnić funkcję ordynatora oddziału. Jego emerytura nie zaczęła się jednak po zakończeniu ordynatury. Pracował jeszcze wiele długich lat w poradni przyszpitalnej i dopiero w 2025 r. oficjalnie zakończył pracę, choć mamy wrażenie, że nadal z nami jest, że przechadza się korytarzami, zagląda do sal, do pokoju lekarskiego, że pyta: *A co u Ciebie?*

Od 1971 r. był wierny Szpitalowi Praskiemu. Przepracował blisko 19 000 dni, odebrał ok. 20 000 porodów, udzielił prawie 500 000 porad lekarskich!

Nie zrezygnował też ze swojej pasji dziennikarskiej i historycznej. Wraz z zespołem podobnych jak On pasjonatów opracował i przygotował zbiór esejów o ludziach tworzących historię szpitala *Z historii warszawskiego Szpi-*

*tala Praskiego pw. Przemienienia Pańskiego*, który w 2010 r. został wydany w formie książki.

Jednak nie za te, choć imponujące, statystyki i osiągnięcia zostanie w naszej pamięci.

Dr Fidziński był bardzo ciepłą i życzliwą osobą. Zawsze uśmiechnięty, z poczuciem humoru, witający kobiety szarmanckim pocałunkiem w rękę, zainteresowany problemami położnych i lekarzy, skromny, troszczący się o pacjentki i pamiętający o rodzinie. Sumienny, zawsze gotowy do pracy. Jak wspominają pracujące z Nim położne: *gdy dzwoniły z sali porodowej, nie pytał, co się dzieje... mówił: już idę...*

Był empatyczny, chętnie dzielił się doświadczeniem i mądrością. Był mentorem wielu pokoleń lekarzy i położnych.

Dla dr. Fidzińskiego praca nie była obowiązkiem, była powołaniem, Jego życiem, spełnieniem, a zespół, z którym pracował, był dla Niego jak rodzina.

Pacjentki wspominają Go jako człowieka i lekarza o wielkim sercu, anioła, dla którego każda z nich to osobna historia, którą skrupulatnie, z życzliwością i wielką troską zgłębiał. Zawsze starał się spojrzeć na nie całościowo, jak sam mówił: *lekarz, który nie ma czasu na rozmowę z pacjentem, to jest połowa doktora. Nigdy nie będzie dobrym lekarzem. Lekarz musi mieć czas, żeby po-*

*znać nie tylko somatyczne dolegliwości pacjenta, ale również jego psychikę na tyle, żeby mu pomóc. Bo jeśli lekarz nie ma czasu, żeby pacjenta poznać, to go nigdy nie uleczy.*

Dr Fidziński nigdy nie akceptował nowego, ekonomicznego podejścia do medycyny. Ubolewał nad tym, że zaczyna się coraz mniej mówić i widzieć człowieka, a jedynie patrzy się na procedurę i punkty. Nie mógł i nie chciał zrozumieć, jak można leczyć pod naciskiem ograniczonego czasu dla pacjentki, jak można udzielać porad zdalnie. Dla Niego kontakt z pacjentką był najważniejszy, a motto Doktora *żadna pacjentka nie jest przypadkiem* zostało uwiecznione na (Jego) naszym oddziale na tablicy upamiętniającej Doktora Władysława Fidzińskiego.

Za wieloletnią pracę oraz zaangażowanie i oddanie pacjentkom został uhonorowany w 2025 r. Nagrodą Floriana – prestiżowym wyróżnieniem przyznawanym przez Zarząd Dzielnicy Pragi-Północ osobom i instytucjom zasłużonym dla praskiej społeczności. Był lekarzem trzech pokoleń Prażanek. Rodowity Prażanin, wierny swojej dzielnicy.

Był wspaniałą osobowością godną naśladowania. Pokazywał, jak żyć z pasją, godnością i szacunkiem do drugiego człowieka.

Takiego Go zapamiętamy.

Z głębokim smutkiem żegnamy

**śp. dr.**

**Władysława Fidzińskiego**

wybitnego warszawskiego ginekologa-położnika, który przez całe swoje zawodowe życie, ponad 54 lata, związany był z Oddziałem Ginekologii i Położnictwa Szpitala Praskiego, a w latach 1999–2009 pełnił funkcję ordynatora tego oddziału.

Odszedł od nas człowiek i lekarz o wielkim sercu, mentor wielu pokoleń lekarzy i położnych. Każdego dnia pokazywał, jak żyć z pasją, godnością i szacunkiem do drugiego człowieka.

Rodzinie i najbliższym składamy wyrazy głębokiego współczucia oraz słowa wsparcia w tym trudnym czasie.

Zespół Oddziału Ginekologii i Położnictwa Szpitala Praskiego

**OBWIESZCZENIE NR 1/OKW-X/26  
OKRĘGOWEJ KOMISJI WYBORCZEJ OKRĘGOWEJ IZBY  
LEKARSKIEJ W WARSZAWIE  
Z 8 KWIETNIA 2026 R.**

o wynikach wyborów w Okręgowej Komisji Rewizyjnej  
Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie X kadencji  
2026–2030

Na podstawie art. 33 ust. 1 ustawy z 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (t.j. Dz.U. z 2021 r., poz. 1342 z późn. zm.) oraz § 42 ust. 1 i 2 regulaminu wyborów do organów i w organach izb lekarskich oraz trybu odwołania członków tych organów, stanowiącego załącznik do uchwały nr 2 Nadzwyczajnego XVI Krajowego Zjazdu Lekarzy z 17 maja 2024 r. w sprawie przyjęcia regulaminu wyborów, oraz na podstawie protokołów zgromadzenia wyborczego Okręgowej Komisji Rewizyjnej Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie z 7 kwietnia 2026 r. obwieszcza się, co następuje:

**§ 1**

W wyniku przeprowadzonych 7 kwietnia 2026 r. wyborów na stanowiska funkcyjne w Okręgowej Komisji Rewizyjnej Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie niżej wymienieni kandydaci uzyskali następującą liczbę głosów:

- 1) kandydat na przewodniczącego Okręgowej Komisji Rewizyjnej:
  - lek. Patryk Kiljan – 9 głosów;
- 2) kandydaci na zastępcę przewodniczącego Okręgowej Komisji Rewizyjnej:
  - lek. dent. Maksymilian Joks – 9 głosów,
  - lek. Łukasz Michalczyk – 5 głosów,
  - lek. Anita Gębska-Kuczerowska – 3 głosy;
- 3) kandydat na sekretarza Okręgowej Komisji Rewizyjnej:
  - lek. Piotr Świderczak – 9 głosów.

**§ 2**

Ogłasza się, że:

- 1) przewodniczącym Okręgowej Komisji Rewizyjnej został:
  - lek. Patryk Kiljan;
- 2) zastępcami przewodniczącego Okręgowej Komisji Rewizyjnej zostali:
  - lek. dent. Maksymilian Joks,
  - lek. Łukasz Michalczyk;
- 3) sekretarzem Okręgowej Komisji Rewizyjnej został:
  - lek. Piotr Świderczak.

**§ 3**

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

PRZEWODNICZĄCA  
OKRĘGOWEJ KOMISJI WYBORCZEJ  
Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie  
lek. dent. Mery Topolska-Kotulecka

**OBWIESZCZENIE NR 2/OKW-X/26  
OKRĘGOWEJ KOMISJI WYBORCZEJ OKRĘGOWEJ IZBY  
LEKARSKIEJ W WARSZAWIE  
Z 8 KWIETNIA 2026 R.**

o wynikach wyborów w Okręgowej Radzie Lekarskiej  
Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie X kadencji  
2026–2030

Na podstawie art. 33 ust. 1 ustawy z 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (t.j. Dz.U. z 2021 r., poz. 1342 z późn. zm.) oraz § 42 ust. 1 i 2 regulaminu wyborów do organów i w organach izb lekarskich oraz trybu odwołania członków tych organów, stanowiącego załącznik do uchwały nr 2 Nadzwyczajnego XVI Krajowego Zjazdu Lekarzy z 17 maja 2024 r. w sprawie przyjęcia regulaminu wyborów, oraz na podstawie protokołów zgromadzenia wyborczego Okręgowej Rady Lekarskiej Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie z 8 kwietnia 2026 r. obwieszcza się, co następuje:

**§ 1**

W wyniku przeprowadzonych 8 kwietnia 2026 r. wyborów na stanowiska funkcyjne w Okręgowej Radzie Lekarskiej Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie niżej wymienieni kandydaci uzyskali następującą liczbę głosów:

- 1) kandydaci na wiceprezesów Okręgowej Rady Lekarskiej:
  - lek. Krzysztof Herman – 46 głosów,
  - lek. Jakub Zakrzewski – 44 głosy,
  - lek. Małgorzata Terlecka-Maciejewska – 43 głosy,
  - lek. Karol Stępniewski, kandydat na wiceprezesa Okręgowej Rady Lekarskiej reprezentującego Delegaturę Radomską Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie – 46 głosów;
- 2) kandydat na wiceprezesa Okręgowej Rady Lekarskiej – lekarza dentystę:
  - lek. dent. Grzegorz Kwitkiewicz – 44 głosy;
- 3) kandydat na skarbnika Okręgowej Rady Lekarskiej:
  - lek. Michał Gontkiewicz – 46 głosów;
- 4) kandydat na sekretarza Okręgowej Rady Lekarskiej:
  - lek. Jacek Sowiński – 46 głosów;
- 5) kandydatka na zastępcę sekretarza Okręgowej Rady Lekarskiej:
  - lek. Zuzanna Wojdyńska – 46 głosów;
- 6) kandydaci na członków Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej:
  - lek. dent. Mery Topolska-Kotulecka – 45 głosów,
  - lek. Paweł Doczekalski – 40 głosów,
  - lek. dent. Piotr Kuchta – 39 głosów,
  - lek. dent. Dariusz Paluszek – 38 głosów,
  - lek. Robert Madejek – 32 głosy,
  - lek. Michał Matuszewski – 32 głosy,
  - lek. Wiktor Możarowski – 28 głosów,
  - lek. Jan Kowalczyk – 20 głosów,
  - lek. Anna Szarla – 13 głosów.

**§ 2**

Ogłasza się, że:

- 1) wiceprezesami Okręgowej Rady Lekarskiej zostali:

- lek. Krzysztof Herman,
- lek. Karol Stępniewski (wiceprezes Okręgowej Rady Lekarskiej reprezentujący Delegaturę Radomską Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie),
- lek. Małgorzata Terlecka-Maciejewska,
- lek. Jakub Zakrzewski;
- 2) wiceprezesem Okręgowej Rady Lekarskiej – lekarzem dentystą został:
- lek. dent. Grzegorz Kwitkiewicz;
- 3) skarbnikiem Okręgowej Rady Lekarskiej został:
- lek. Michał Gontkiewicz;
- 4) sekretarzem Okręgowej Rady Lekarskiej został:
- lek. Jacek Sowiński;
- 5) zastępcą sekretarza Okręgowej Rady Lekarskiej została:
- lek. Zuzanna Wojdyńska;
- 6) członkami prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej zostali:
- lek. Paweł Doczekalski,
- lek. dent. Piotr Kuchta,
- lek. Robert Madejek,
- lek. Michał Matuszewski,
- lek. Wiktor Możarowski,
- lek. dent. Dariusz Paluszek,
- lek. dent. Mery Topolska-Kotulecka.

### § 3

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

Przewodnicząca  
Okręgowej Komisji Wyborczej  
Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie  
lek. dent. Mery Topolska-Kotulecka

**OBWIESZCZENIE NR 3/OKW-X/26**  
**OKRĘGOWEJ KOMISJI WYBORCZEJ OKRĘGOWEJ IZBY**  
**LEKARSKIEJ W WARSZAWIE**  
Z 9 KWIETNIA 2026 R.  
o wynikach wyborów w Okręgowym Sądzie  
Lekarskim Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie  
X kadencji 2026–2030

Na podstawie art. 33 ust. 1 ustawy z 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (t.j. Dz.U. z 2021 r., poz. 1342 z późn. zm.) oraz § 42 ust. 1 i 2 regulaminu wyborów do organów i w organach izb lekarskich oraz trybu odwołania członków tych organów, stanowiącego załącznik do uchwały nr 2 Nadzwyczajnego XVI Krajowego Zjazdu Lekarzy z 17 maja 2024 r. w sprawie przyjęcia regulaminu wyborów, oraz na podstawie protokołów zgromadzenia wyborczego Okręgowego Sądu Lekarskiego Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie z 9 kwietnia 2026 r. obwieszcza się, co następuje:

### § 1

W wyniku przeprowadzonych 9 kwietnia 2026 r. wyborów na stanowiska funkcyjne w Okręgowym Sądzie Lekarskim Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie niżej wymienieni kandydaci uzyskali następującą liczbę głosów:

1) kandydat na przewodniczącego Okręgowego Sądu Lekarskiego:

– lek. Arkadiusz Bogucki – 31 głosów;

2) kandydatka na zastępcę przewodniczącego Okręgowego Sądu Lekarskiego:

– lek. Agnieszka Skoczylas – 28 głosów;

3) kandydatka na zastępcę przewodniczącego Okręgowego Sądu Lekarskiego – lekarza dentystę:

– lek. dent. Agnieszka Leśniak-Trześniewska – 29 głosów.

### § 2

Ogłasza się, że:

1) przewodniczącym Okręgowego Sądu Lekarskiego został:

– lek. Arkadiusz Bogucki;

2) zastępcą przewodniczącego Okręgowego Sądu Lekarskiego została:

– lek. Agnieszka Skoczylas;

3) zastępcą przewodniczącego Okręgowego Sądu Lekarskiego lekarzem dentystą została:

– lek. dent. Agnieszka Leśniak-Trześniewska.

### § 3

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

Przewodnicząca  
Okręgowej Komisji Wyborczej  
Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie  
lek. dent. Mery Topolska-Kotulecka



**e-Izba** dla lekarzy  
i lekarzy dentystów

**Nowoczesny dostęp do danych**

prosta aktualizacja  
wygoda  
bezpieczeństwo

Okręgowa  
Izba Lekarska  
w Warszawie

zaloguj się  
i sprawdź



zaloguj się  
i sprawdź

Doktorowi Michałowi Gontkiewiczowi

najszczerze wyrazy współczucia  
z powodu śmierci

Matki

**Bożenny Jadwigi Gontkiewicz**

składają

Prezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie  
Artur Drobniak

Okręgowa Rada Lekarska w Warszawie

pracownicy Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie



Z głębokim smutkiem  
przyjęliśmy informację o śmierci  
członkini Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie

**Stefanii Szantyr-Powolnej**

Lekarka, żołnierz Związku Walki Zbrojnej  
i Armii Krajowej,  
więźniarka sowieckich łagrów,  
całe życie zawodowe poświęciła pracy dla pacjentów.

Jej życie było świadectwem odwagi,  
determinacji oraz wierności wartościom służby  
drugiemu człowiekowi i Ojczyźnie.

Rodzinie i Bliskim składamy wyrazy  
głębokiego współczucia

Okręgowa Rada Lekarska w Warszawie

**WYDAWCA MIESIĘCZNIKA OIL W WARSZAWIE „PULS”**

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

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

**WSPÓŁPRACUJĄ:** Jerzy Bralczyk, Magdalena Flaga-Łuczkiwicz, Maria Libura,  
Agata Ludwikowska, Filip Niemczyk, Hanna Odziemka, Artur Olesch, Gabriela Pacek,  
Zuzanna Pierścińska, Małgorzata Solecka, 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 adiuścacji 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  
**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](mailto:staz@oilwaw.org.pl)

**KOMISJE  
I ZESPOŁY  
PROBLEMOWE**

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

**POZOSTAŁE**

**OŚRODEK DOSKONALENIA ZAWODOWEGO LEKARZY I LEKARZY DENTYSTÓW** tel. 22 542 83 76  
| [odz@oilwaw.org.pl](mailto:odz@oilwaw.org.pl)  
**RADA FUNDUSZU SAMOPOMOCY** tel. 22 542 83 33  
**DZIAŁ KOMUNIKACJI** tel. 22 542 83 83 | [media@oilwaw.org.pl](mailto:media@oilwaw.org.pl)  
**DZIAŁ MARKETINGU I WYDARZEŃ** tel. 668 397 993 | [marketing@oilwaw.org.pl](mailto: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



# DLACZEGO NANO APART

to recepta inwestycyjna dla lekarza?

AFORYZM DNIA:  
Złotówka w portfelu  
wykrwawia się każdego dnia  
a mury stoją twardo.

## 1/ DLA TWOJEGO PORTFELA TERAZ

Ty jesteś na dyżurze  
a apartament **generuje przychody**.

Zero Twojego czasu.  
Maksimum zwrotu.  
Czysty zysk operacyjny.

## 2/ DLA TWOICH DZIECI

Zamiast wynajmować im Kitkę na studiach  
i płacić fortunę, dajesz im **konkretne aktywo**.

Mato tego – dopóki nie dorosną  
czerpiesz zyski z najmu.

**To lepsze niż fundusz powierniczy.**

Jeśli zechcą wyjechać? **Sprzedasz z zyskiem.**

## 3/ DLA TWOJEGO SPOKOJU

**Emerytura w Polsce to żart.**

Nano Apartament to realny kapitał, który  
pozwole Ci czerpać z życia pełnymi garściami!

Nano Apartament to Twoja kroplówka  
w razie **hiperinflacji**: Przy obecnej dynamice  
geopolitycznej pieniądź papierowy łąduje na OIOM.



## DLACZEGO TA TERAPIA MA WYNIKI?

– bo Twój Nano Apartament generuje pasywny dochód.  
100% bezobsługowości. **Zarabiasz podwójnie, nie robiąc nic!**

**Zarezerwuj gotowy apartament!**

**Doradcy:**

Krystyna +48 696 646 660

Tomasz +48 888 549 007



[www.nanoapart.pl](http://www.nanoapart.pl)