





LICEUM OFF COURSE

Najlepsza edukacja dla przyszłych lekarzy

Od 11 lat pomagamy uczniom w jednym, konkretnym celu: **dostać się na studia medyczne**. Nie uczymy pod oceny, o których nikt za chwilę nie będzie pamiętał. Uczymy pod wynik na maturze.

Zapraszamy uczniów do klasy 3 oraz do klasy 4 do naszego liceum, na nasz autorski, **DWULETNI** oraz **ROCZNY** program nauki, przygotowujący do matury pod kątem rekrutacji na studia medyczne.

3 razy więcej CHEMII i BIOLOGII

W Off Course odrzucamy podejście „wszystkiego po trochu”. Skupiamy się na tym, co rzeczywiście ma znaczenie. Nasz autorski program stawia na:

- maksymalizację biologii, chemii i matematyki/fizyki;
- racjonalizację matematyki podstawowej, j. polskiego i j. angielskiego;
- ograniczenie do niezbędnego minimum nauki pozostałych przedmiotów.

W tradycyjnych szkołach rozszerzenie w klasie czwartej ma tygodniowo tylko 2–3 lekcje po 45 min. W Liceum Off Course każdy tydzień to 6 lekcji biologii i 6 lekcji chemii po 70 min, co odpowiada ponad 9 lekcjom każdego przedmiotu po 45 min. Nasze programy (dwuletni, roczny) zakładają naukę przedmiotów kierunkowych **OD PODSTAW**, niezależnie od poziomu nauczania, jaki był realizowany w dotychczasowej szkole.

Zajęcia prowadzone przez EGZAMINATORÓW

Nasza kadra to pasjonaci swojej dziedziny, doświadczeni nauczyciele oraz wykładowcy uczelni medycznych. To ludzie, którzy kochają uczyć. I co najważniejsze – wiedzą, jak robić to skutecznie. Niemal wszyscy posiadają **uprawnienia egzaminatora** maturalnego, dzięki czemu są na bieżąco ze zmianami w strukturze egzaminu i podstawy programowej. W przyjazny i przystępny sposób nauczą **technik rozwiązywania zadań maturalnych** oraz przekażą 100% wiedzy zawartej w wymaganiach maturalnych.

LICEUM OFF COURSE

Wspólna 56, 00-684 Warszawa
e-mail: liceum@offcourse.edu.pl
tel. **508 007 403** lub **508 007 314**

liceum.offcourse.edu.pl

KURSY MATURALNE OFF COURSE

Wspólna 56, 00-684 Warszawa
e-mail: kontakt@offcourse.edu.pl
tel. **798 048 248**

offcourse.edu.pl

Spis treści



okładka: Marta Konarzewska



Ten numer
także na czytnikach!

TEMAT Z OKŁADKI

4 | Rodzinne zdrowie
Aleksandra Sokalska

**5 | Rodzina – najważniejsze słowo,
o którym zapominamy**
Artur Drobniak

6 | Lekarze rodzinni w systemie
Rozmowa z Michałem Sutkowskim,
specjalistą chorób wewnętrznych
i medycyny rodzinnej

9 | Rodzina
Jerzy Bralczyk

10 | Uwaga na matkę lekarki
Maria Kłosińska

**30 | Zespół powiatowej opieki
zdrowotnej**
Hanna Odziemska

WYBORY

11 | Rejony wyborcze
Aleksandra Sokalska

MEDYCYNĄ

12 | Czy grozi nam epidemia?
Rozmowa z dr. n. med. Pawłem
Grzesiowskim, głównym inspektorem
sanitarnym

**15 | Rak płuca we współczesnej
praktyce medycznej**
Paweł Nastalek

**16 | Leczenie uzależnienia od nikotyny
– niewykorzystany potencjał**
Magdalena Cedzyńska

SPRAWY LEKARZY DENTYSTÓW

19 | Czy stomatologia się zmienia?
IX Mazowieckie Spotkania
Stomatologiczne

20 | Więcej niż obraz
Rozmowa z prof. dr. hab. n. med.
Kazimierzem Szopińskim

23 | Udał się lekarz – syndrom oszusta
Anna Prawdzik

**24 | Międzynarodowe spotkanie
ekspertów – Zachód–Wschód 2025**

ZDROWIE PUBLICZNE

26 | Interna na rozdrożu
Rozmowa z dr. n. med. Markiem
Stopińskim

28 | Skąd wziąć pieniądze?
Małgorzata Solecka

**32 | Gabinet w smartfonie. Czy apki
dla pacjentów się opłacają?**
Artur Olesch

34 | Co z tymi sieciami?
Małgorzata Solecka

**35 | Składka zdrowotna bez zdrowego
rozsądku**
Krzysztof Herman

36 | Smak truskawki, zapach nałogu
Paweł Walewski

**38 | Czy prezydentura Trumpa
wyjdzie Amerykanom i światu
na zdrowie?**
Maria Libura

PRAWO

40 | Skarga na lekarza do OROZ
Zuzanna Pierścińska

**42 | Edukacja, praktyki
pseudomedyczne i bezpieczeństwo**
Filip Niemczyk

IZBA BLIŻEJ LEKARZY

44 | Bez etyki i prawa ani rusz
Rozmowa z rektorem SGH dr. hab.
Piotrem Wachowiakiem, prof. SGH

46 | Przełom w walce z hejtem
Rozmowa z rzecznikiem praw lekarza
Moniką Potocką i mecenasem
dr. n. pr. Sebastianem Stykowskim

48 | Lekarski Dzień Dziecka
Dla członków OIL w Warszawie
atrakcje na wyłączność!

49 | Aktualności Komisji ds. Kultury

50 | Aktualności Komisji ds. Sportu

WYDARZENIA

18 | Kiedy umiera dziecko

25 | Królowa się zestarzała

**52 | XLVIII Okręgowy Zjazd Lekarzy OIL
w Warszawie**

PO DYŻURZE

**54 | Z miejskiej lekarki na wiejską
dochórkę – wspomnienia z prowincji**
Anna Boszko

Rodzinne zdrowie



ALEKSANDRA SOKALSKA
redaktor naczelna

Pochodzę z małej górskiej miejscowości, gdzie lekarz w przychodni był jeden i leczył wszystkich, więc wszystkich znał, i to dobrze. Pamiętam, jak kiedyś miałam koszmarną gorączkę i mój tata poszedł do pani doktor po poradę. Do jej domu, bo była sobota. Lekarka powiedziała, że jak tylko będzie mogła, zaraz przyjdzie. Po godzinie pojawiła się u nas w... gumiakach, bo chcąc dotrzeć szybciej, nie poszła przez most, tylko przez rzekę.

Mam jej obraz przed oczami: w dużych okularach, z groźną miną, a jednocześnie pełnej empatii. Znała całą moją rodzinę, doskonale zdiagnozowała u mamy astmę, a tacie uratowała życie, w porę kierując z nietypowymi objawami do szpitala. I chyba właśnie dzięki niej, jej postawie i zaangażowaniu, mam ogromny szacunek do lekarzy rodzinnych.

Od lekarza medycyny rodzinnej zależy zdrowie dzieci i rodziców. Choć w dzisiejszych czasach chętnie popadamy w manię udawania się do specjalistów i czasem nawet katar najchętniej leczylibyśmy u laryngologa, lekarz rodzinny zna nas (a przynajmniej powinien) najlepiej. Jego szeroki wachlarz

kompetencji, o którym mówi w wywiadzie Michał Sutkowski, prezes elekt stowarzyszenia Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce na kadencję 2026–2030, specjalista chorób wewnętrznych i medycyny rodzinnej, jest niezaprzeczalnym atutem. Innym jest owa znajomość swoich pacjentów, o których wie się nie tylko, na co chorują, ale też jakie prowadzą życie, jakie mają troski i radości, a także na co ich po prostu stać. Dzięki temu wie się, jak z nimi rozmawiać. Doktor w wywiadzie argumentuje: *Barbara Starfield i Leiyu Shi stwierdziła w 2009 r., że zwiększenie liczby lekarzy rodzinnych, a nie specjalistów jakiegokolwiek innej dziedziny, wpływa korzystnie na obniżenie śmiertelności w populacji. Nie dlatego, że jesteśmy mądrzejsi, ale dlatego że jesteśmy bardzo blisko pacjenta. I trudno mu nie przyznać racji.*

15 maja obchodzimy Międzynarodowy Dzień Rodzin. O rodzinie zwykle myślimy w kontekście relacji, emocji, zależności, ale warto także pomyśleć właśnie w kontekście zdrowotnym. Dobrze jest mieć „swojego” lekarza i darzyć go zaufaniem. Jak to w rodzinie...

fot. Zuzanna Sokalska

Przeciążenie pracą? Wypalenie zawodowe?

Szczegółowe informacje
i zapisy na stronie



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

Terminy spotkań w 2025 r.: 9 maja | 13 czerwca

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



Rodzina

– najważniejsze słowo, o którym zapominamy



ARTUR DROBNIAK
prezes ORL w Warszawie

Wzawodzie lekarza uczymy się zdobywać wiedzę: naukową, kliniczną i praktyczną. Praktyka zaś w naszej pracy uczy też często jeszcze jednego – poświęcenia. Uczymy się być na posterunku, nawet gdy świat wokół nas się rozpada. Z czasem zaczynamy jednak rozumieć, że choć powołanie jest ważne, to bez ludzi, których kochamy, praca traci sens.

Wielu z nas może o sobie powiedzieć: *Przeżyłem więcej, niż chciałbym pamiętać – dramaty ludzkie, decyzje graniczne, dyżury, z których wracałem jak z wojny. Przez większość tych lat myślałem, że bycie lekarzem to moja największa tożsamość – najważniejsza misja.*

GDY BOHATER WRACA DO PUSTEGO DOMU

Większość z nas żyje na pograniczu wypalenia i obowiązku. Usprawiedliwiamy swoją nieobecność tym, że „inni nas potrzebują”. Ale inni „inni” czekają w domu. Nasza żona chce mieć męża, który zapewni wsparcie i poczucie bezpieczeństwa. Dzieci z kolei na pewno czasem myślą: *Tato, dla wszystkich jesteś lekarzem. A ja bym chciał, żebyś był moim tatą.*

Dlatego wielu z nas – zwłaszcza lekarzy starszego i średniego pokolenia – może uczyć się pewnych rzeczy od najmłodszych kolegów, przede wszystkim tego, by nie zaniedbywać tych, którzy są dla nas najważniejsi, nawet jeśli wydaje się, że poświęcamy się pracy „dla dobra innych”. Dobrze, że w naszym zawodzie zaczyna się to mentalnie zmieniać.

BLISKOŚĆ LECZY – DOSŁOWNIE

Z perspektywy klinicznej obserwujemy niekiedy coś, czego nie sposób zmierzyć parametrami: potęgę więzi rodzinnych. Pacjenci z ciężkimi rokowaniami, którzy nagle odzyskiwali siły

po rozmowie z bliską osobą, albo tacy, którzy nie chcieli walczyć o siebie, ale walczyli o możliwość zobaczenia wnuczki na zakończeniu roku szkolnego. Takie sytuacje znamy z praktyki. Można więc powiedzieć, że wspierająca rodzina jest jak naturalna terapia wspomagająca.

LEKARZ TEŻ POTRZEBUJE LECZENIA – WYTCNIENIA

Do Was, Drogie Koleżanki i Drodzy Koledzy, apeluję: nie zapominajmy, że zawód – choć wyjątkowy – to tylko część życia. Nie rezygnujmy z ojcostwa, macierzyństwa, przyjaźni, opieki nad rodzicami czy nad wnukami i wnuczkami. To są wartości, które zostają z nami, gdy zdejmimy kitel.

Ponieważ w ostatecznym rozrachunku nie zapamiętają nas w kontekście godzin spędzonych w pracy. Za to z pewnością zapamiętają, czy potrafiliśmy być naprawdę obecni. Dla innych. Dla siebie. Dla rodziny.

„INTEGRACJA – AKTYWACJA” W OIL W WARSZAWIE

Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie, realizując swoją misję integracji środowiska, nie zapomina, że najlepiej przeżywa się te wspólne chwile, w których towarzyszą nam najbliżsi.

Zapraszam wszystkich chętnych do wspólnego spędzenia czasu podczas Lekarskiego Dnia Dziecka w Parku Julek, a także podczas innych rodzinnych wydarzeń – takich jak Lekarskie Mikołajki czy Kongres Matek Lekarek.

Lekarze rodzice – zabierzcie swoje pociechy, a babcie i dziadkowie lekarze – wnuki. Spotkajmy się międzypokoleniowo, w rodzinnej atmosferze. Myślę, że na tej integracji skorzystamy wszyscy, a nie tylko najmłodsi członkowie naszych rodzin.

Lekarze rodzinni w systemie

To z nimi pacjenci mają najczęstszy kontakt i zazwyczaj właśnie do nich największe zaufanie. A jednak ich rola bywa marginalizowana. O lekarzach rodzinnych rozmawiam z **Michałem Sutkowskim**, prezesem elektem stowarzyszenia Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce na kadencję 2026–2030, specjalistą chorób wewnętrznych i medycyny rodzinnej.



rozmawiała
ALEKSANDRA SOKALSKA

plaszczynach i brak wiedzy skutkują postrzeganiem nas jako „lekarzy pierwszego kontaktu”. A ja z dużym uśmiechem chciałbym powiedzieć, że lekarzem pierwszego i każdego następnego kontaktu jest... elektryk.

Niestety, system został stworzony tak, że przez wiele lat lekarz rejonowy często rzeczywiście był przede wszystkim wystawcą skierowań do poradni specjalistycznych. I taki stan rzeczy pokutuje w świadomości do dziś. Tymczasem lekarz rodzinny to specjalista. Nazwa POZ jest słuszna, ale w członie tej nazwy powinien się znaleźć też wyraz „specjalistyczna”, czyli PSOZ. Nie tylko dla naszego lepszego samopoczucia. Byłoby to dobre dla pacjentów i systemu.

Drugim powodem takiej opinii o nas jest fakt, że medycyna rodzinna jest specjalizacją relatywnie młodą, w naszym kraju liczy sobie dopiero 33 lata. Za jej symboliczny początek uznaje się 23 czerwca 1992 r., kiedy to powstało Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce.

Trzecim powodem błędnego postrzegania lekarzy rodzinnych są rozwiązania systemowe, które nie wykorzystują

naszych możliwości. System na początku lat 90. zgodnie z założeniami miał ulegać transformacji w taki sposób, by niemal połowa studentów kończących ówczesne Akademie Medyczne pracowała w podstawowej opiece zdrowotnej. Przy tym założeniu myślano przede wszystkim o terenach wiejskich, opierając się na doświadczeniach Instytutu Medycyny Wsi w Lublinie. W efekcie rzeczywiście medycyna rodzinna na wsi funkcjonuje bardziej prawidłowo, ale jakości pracy w opiece podstawowej niestety i tu się nie premiuje.

Co to oznacza?

Jeśli zrobić coś dodatkowego i tak otrzymuję wynagrodzenie generalnie *per capita*. Trochę zmieniła to opieka koordynowana, ale na pewno nie w takim stopniu, jak było trzeba.

Tymczasem system powinien traktować lekarza rodzinnego jako złożenie internisty i pediatry, ale także lekarza, który w procesie specjalizacyjnym nauczył się małej chirurgii, małej ginekologii, małej okulistyki, małej laryngologii, małej..., małej..., małej..., ale

W opiniach pacjentów kardiologów, neurologów, endokrynologów itp. są poważnymi lekarzami, gdy tymczasem lekarz rodzinny cieszy się raczej mniejszą estymą. Z czego to wynika?

Zacznijmy od tego, że taką opinię mają nie tylko pacjenci, ale także część lekarzy innych specjalizacji. Po pierwsze wynika to ze stosowania nazewnictwa, które sprowadza nas często do roli sekretarek medycznych lekarzy specjalistów. Brak edukacji na różnych



fot. licencja OIL w Warszawie

jednak... Podsumowując, leczymy ludzi od ich narodzin do 150 lat, szyjemy rany, wykonujemy różne drobne zabiegi, ale system tego w ogóle nie dostrzega. Teoretycznie nie muszą tego wszystkiego robić, mogą dać np. skierowanie do chirurga. Ale mieszkając w Warszawie i codziennie dojeżdżając do pracy za miastem, wiem, że w promieniu 15–17 kilometrów jestem jedynym lekarzem, więc pacjent często szybciej znajdzie się u mnie, niż przyjedzie do niego pogotowie ratunkowe. Nie zawsze też może do tego AOS sam dojechać.

Tak jest w małych miejscowościach. A w dużych?

Tam nie zawsze lekarz może się rozwijać, i to z różnych względów, nie tylko związanych z warsztatem pracy.

A może po prostu pacjenci, jeśli mają tylko taką możliwość, wolą jednak iść do specjalisty?

Pacjentom często się wydaje, choć nie zawsze słusznie, że w poradni specjalistycznej będzie lepiej. Tymczasem doświadczony lekarz rodzinny w podsta-

wowych kwestiach jest w stanie zastąpić konkretnego specjalistę. Oczywiście nie zawsze i nie we wszystkim. Nic nie stoi na przeszkodzie, żeby przy pomocy odpowiedniej edukacji na różnych płaszczyznach zmienić system tak, by lekarz rodzinny mógł swoje zadania w takim zakresie wypełniać. Zwłaszcza że polityczne czy naukowe dyskusje o systemie zdrowia kończą się zawsze stwierdzeniem, że lekarz medycyny rodzinnej jest jego fundamentem. To prawda. Już White w 1961 r. mówił, że lekarzem najistotniejszym jest ten, który znajduje się na pierwszej linii. W 2003 r. zrobiono badania (Dovey), które pokazywały, że mimo postępu i technologii to lekarz rodzinny jest podstawowym ogniwem rozwiązywania problemów pacjenta. Barbara Starfield i Leiyu Shi stwierdzili w 2009 r., że zwiększenie liczby lekarzy rodzinnych, a nie specjalistów jakiegokolwiek innej dziedziny, wpływa korzystnie na obniżenie śmiertelności w populacji. Nie dlatego, że jesteśmy mądrzejsi, ale dlatego, że jesteśmy bardzo blisko pacjenta. I to często pacjenta powyżej 60. czy

65. roku życia, a to zwykle pacjent z wielochorobowością. Specjaliści leczą go – każdy w zakresie swojej specjalności, a lekarz rodzinny te terapie musi spiąć w całość, uwzględniając dodatkowo kontekst społeczny i socjalny pacjenta.

Medycyna rodzinna jest zatem trudną specjalizacją?

Bardzo trudną, ale bardzo wdzięczną. Bo jak się już złapie bakcyła, zostaje się wiernym tej specjalizacji na zawsze. Pracowałem w wielu miejscach, dyżurowałem w klinikach, na różnych oddziałach: neonatologicznym, kardiologicznym, internistycznym, na SOR i izbach przyjęć, ale zawsze, zawsze byłem lekarzem rodzinnym.

Warto przy tej okazji powiedzieć, że dla lekarza rodzinnego im mniejsza społeczność, tym lepiej. W dużych miastach w tej specjalizacji naprawdę trudno być na swoim. Powinno być tu partnerstwo publiczno-prywatne na rzecz młodych lekarzy rodzinnych (i nie tylko młodych). Lekarze często chcą wziąć sprawy w swoje ręce i rozwijać własne praktyki. Trzeba im w tym pomóc.

W 2025 r. przypada 30-lecie otwarcia pierwszej praktyki lekarza rodzinnego w Polsce, ba, w całej Europie Środkowo-Wschodniej, więc to może symboliczny moment, żeby dać tym młodym ludziom szansę na sukces.

Lekarze chętnie wybierają jako specjalizację medycynę rodzinną?

Kiedyś tak było. Gdy specjalizacja powstała, w 1994 r. skończyło sesję 118 osób. Rok później – 327 osób, w kolejnych latach już ok. 700–800 osób. Ja zdawałem egzamin w 1998 r. W Sali Kongresowej siedzieliśmy wtedy jak szprotki w bardzo ciasnej puszcze – zdawały wówczas, uwaga: 1172 osoby! Ale przyszedł np. rok 2016, w którym zdawały tylko 153.

Z czego wyniknęło to zdecydowanie mniejsze zainteresowanie?

Z systemu. Jeśli lekarze medycyny rodzinnej są traktowani lekceważąco przez system, jeśli nie widzą możliwości rozwoju, to niewielu chce z tą specjalizacją się wiązać. Teraz jest trochę lepiej – zwykle zdaje ok. 300–350 osób rocznie.

I taka liczba jest wystarczająca?

Nie, nie jest wystarczająca od lat. „Wiodących” lekarzy, którzy codziennie pracują w przychodniach, jest ok. 22 tys. Natomiast wszystkich pracujących w POZ – 33 tys., z czego specjalistów medycyny rodzinnej – 13 tys., czyli dużo za mało. Pozostali lekarze to m.in. interniści, pediatrzy, a także lekarze bez specjalizacji, ale z długim stażem. Doliczyliśmy się 70 specjalizacji, można więc powiedzieć, że w POZ pracują przedstawiciele chyba wszystkich specjalizacji lekarskich. Gdyby nie oni, to ten system kompletnie by się załamał. Powinniśmy robić wszystko, by rangę medycyny rodzinnej podnosić tak, żeby chętnych na nią było więcej.

Jestem wykładowcą na Uczelni Łazarskiego, gdzie medycyna rodzinna jest na piątym i szóstym roku, jak na każdej innej uczelni. Zdecydowanie za późno! Powinna być nauczana razem z propedeutyką interny, pediatrii na trzecim roku, bo jest *ex definitione* nauką holistyczną. Zakres tej specjalizacji jest bardzo szeroki, stąd także jej trudność, ale i „urok mocy sprawczej”.

Jakie cechy powinien mieć lekarz rodzinny?

Ponieważ sprawuje on opiekę podstawową, ukierunkowaną na pacjenta, musi charakteryzować się wszechstronnością podejścia i orientować się na społeczność lokalną. Musi dobrze leczyć, a jednocześnie współpracować z opieką specjalistyczną, szpitalami, pomocą doraźną. Warto wspomnieć, że w Polsce na opiekę podstawową przeznacza się 11 proc. budżetu płatnika, podczas gdy na świecie jest to aż 22 proc. To poważny błąd i ktoś wreszcie będzie musiał to zauważyć.

Lekarz rodzinny, z racji ciągłego obcowania z pacjentami w konkretnej społeczności, musi wykazywać się wysoką postawą etyczną, a także empatią i dobrze rozwiniętymi umiejętnościami komunikacyjnymi. Musi też stale się kształcić. To jednak nie są szczególne cechy, które powinny go wyróżniać na tle innych specjalności. Taki po prostu powinien być lekarz.

Najpiękniejszą definicją medycyny rodzinnej są słowa dr. Jacka Putza, który powiedział, że zrodziła się ona z tęsknoty za wolnym, samodzielnym zawodem, a także z tęsknoty pacjenta za lekarzem przyjacielem. Bo lekarz rodzinny musi być przyjacielem, mentorem, nauczycielem i trochę wychowawcą. I chyba tak jest, zważywszy, że lekarze rodzinni są dobrze oceniani przez pacjentów, którzy, choć często narzekają na system ochrony zdrowia, to zwykle podkreślają też, że mają zaufanego „swojego” lekarza.

Można odnieść wrażenie, że praca lekarza rodzinnego jest dość spokojna.

Czasem rzeczywiście tak jest. Bywają dni pełne rutynowych i spokojnych zajęć. Ale są i takie, kiedy w przychodni mamy zawał, reanimację, wstrząs anafilaktyczny, pacjenta z chorobą nowotworową, depresją, osobę roszczeniową, kłótnię. Często musimy się tłumaczyć przed pacjentami za system, bo my jesteśmy na pierwszej linii frontu. Chcielibyśmy ten czas poświęcić edukacji, profilaktyce, a nie ciągle i ciągle medycynie naprawczej.

Nie mamy asystentów medycznych, którzy odciążiliby nas od formalnych za-

dań i biurokracji. A biurokracji, i to często bezsensownej, jest bez liku, np. badane wczoraj przeze mnie półtoraroczne dziecko nie zostało zaakceptowane przez system informatyczny, bo nie zaznaczyłem, że nie pali papierosów.

Jeśli pacjenci wiedzieliby o systemie to, co my wiemy, pewnie wyszliby na ulicę. System i ci politycy, którzy wierzą w paradygmat, że „się nie da”, są do wymiany!

Jak intensywnie pracują lekarze rodzinni?

Pracują zwykle bez dyżurów, co niewątpliwie jest plusem. Ale często pracują także w innych ośrodkach, szpitalach, w nocnej i świątecznej pomocy lekarskiej, co nie jest takie łatwe do pogodzenia. Poza tym, jeśli lekarz rodzinny jest na swoim, to nie tylko zajmuje się leczeniem, ale przecież także zarządzaniem, finansami, administrowaniem, informatyką itd.

Praca lekarza rodzinnego jest pracą ciągłej uwagi i napięcia. Często przyjmujemy dziennie 50, 70 pacjentów, a nawet więcej. Mój rekord to 111 pacjentów i 7 wizyt domowych. Pracowałem wówczas w dwóch przychodniach, zacząłem o 6 rano, a skończyłem o 23.30. Ale to nie jest powód do dumy, tylko do zmartwienia, i nigdy bym już tego nie chciał powtórzyć. To nie może być fabryka, tu nie można się pomylić!

Czy zatem lekarze rodzinni często ulegają wypaleniu zawodowemu?

Ulegamy, ale społeczny wymiar naszej pracy jest dla nas niewątpliwą osłodą. Po prostu czujemy misję. Co oczywiście nie oznacza, że nie potrzebujemy systemowych zmian, wręcz przeciwnie.

Jakich w pierwszej kolejności?

30 lat temu w Holandii komisja ekonomisty Wisse Dekkera zrewolucjonizowała system. Oddzieliła swoje prace od bieżących spraw politycznych oraz medycznych i implementowała do systemu krajowego najlepsze wzorce z najlepszych systemów na świecie. Holandia w ten sposób wyrosła na światowego lidera zdrowotnego. Taką komisję polecam wszystkim rządzącym – obecnie i w przyszłości. Bez zmian system nie wytrzyma. Pacjent i lekarz także. Zróbmy to szybko, bez częstych gadaniny. ●

RODZINA



JERZY BRALCZYK
językoznawca

Słowo *rodzime*, pochodne od prasłowiańskiego rzeczownika *rod* ('ród, plemię'), który wziął się z czasownika *roditi* ('rodzić'); powszechne w całej *rodzinie* języków słowiańskich, choć w różnych znaczeniach – na przykład po rosyjsku *rodina* to 'ojczyzna', a po serbsku i chorwacku 'urodzaj'. U nas obecne co najmniej od czternastego wieku, też początkowo w różnych znaczeniach ('ród, naród', 'rodzice', 'pochodzenie') – choć w dzisiejszym, podstawowym dla nas znaczeniu jeszcze w wieku dziewiętnastym pisano: „Rodzina – to samo, co familia, tylko że jest wyrazem czysto polskim i nie tak powszechnie używanym jak familia”. *Rodzina* jest członkiem wielkiej *rodziny* wyrazów, gdzie są nawet *uroda* i *przyroda*. I, jak widać, często metaforyzowanym.

Dla nas słowo bliskie, jak *bliska* jest *najbliższa rodzina*, własna oczywiście (często, gdy o swojej rodzinie mówimy, tym przymiotnikiem *własna* tę własność podkreślamy). Dlatego też w publicznej perswazji tak często ten wyraz jest reklamowo i propagandowo wykorzystywany. Nie tylko u nas – na przykład głównym hasłem faszystów Mussoliniego było „Dio Patria Famiglia”. A obecny w naszej świadomości nie tylko religijnej związek frazeologiczny *Święta* (a nawet *Przenajświętsza*) *Rodzina* umacnia ten pozytywny wizerunek rodziny, także jako słowa.

Chociaż sytuacja *rodziny* aż tak jednoznaczna nie jest. W słusznie minionych latach mówiło się o rodzinie, że to „podstawowa komórka społeczna”, co wdziku temu słowu nie przydawało. Inne natrętne perswazyjne użycia *rodziny* miały swój udział w tym, że zyskała sobie charakter ponieważ wartościująco ambiwalentny. Często mamy tu ironię: a to słysząc, że *z rodziną najlepiej wychodzi się na zdjęciu*, a to złośliwie wykorzystuje się piękne skądinąd hasło *rodzina na*

swoim, a to użyje się dwuznacznie zwrotu *jak to w rodzinie*, a to wreszcie wymówi się ze szczególną intonacją zdrobnienie *rodziny*. Czasem słowo *rodzina* humorystycznie wskaże uciążliwości relacji rodzinnych (sławne i niektórym szybko się narzucające w związku z rodziną słowa piosenki z Kabaretu Starszych Panów „rodzina, rodzina, nie cieszy, gdy jest”), czasem odniesie się do jakże nagannego nepotyzmu... A do tego jeszcze te mafijne odniesienia.

W potocznej frazeologii też jest różnie. Dobrze jest *mieć rodzinę*, na ogół przyjemnie ją *zakładać*, ale z *utrzymywaniem* jej już jest różnie – i utrzymujący, i utrzymywany tego doświadcza. Częste dawniej urzędowe określenie mogło ukrywać bezrobotność – niektórzy tym się tłumaczyli, niektórzy tego wstydzili. A kiedy się było czy jest *obciążonym rodziną*, to już raczej dość niemile brzmi. Cieszymy się z *przyjścia* (czy to nas, czy kogoś) *do grona rodziny* czy wręcz na jej *łono* – *grona* i *łona* stają się potem swojskimi, bliskimi *kołami* i *kółkami*. *Przykładowa rodzina* zakłada często określone role: jest *senior rodziny*, jest jej *ojciec* (lub *matka*) jako *głowa rodziny*, a czasem i *czarna owca*. W *dobrej rodzinie* różne rzeczy wszelako zdarzyć się mogą – niektóre *nawet w najlepszej rodzinie*. W każdym razie nie spodziewamy się jej *rozkładu* ani *rozbicia* – obie te metafory są równie nieprzyjemne.

Mimo nie najwyższego skomplikowania intelektualnego lubię piosenkę z refrenem „wszyscy Polacy to jedna rodzina”. Cieszę się, że reguły rytmu nie pozwalają tu tych Polaków dzielić na Polaków i Polki. I w sumie dobrze by było, gdyby to była prawda – wtedy wszystkie nasze spory byłyby *sporami w rodzinie*, *załatwianymi w rodzinie* i nie tak niebezpiecznymi, jakimi się nam często ukazują lub są ukazywane. ●

Uważność matki lekarki

MARIA KŁOSIŃSKA

przewodnicząca Zespołu ds. Matek Lekarek ORL w Warszawie, prezes Fundacji Matki Lekarki, rezydentka medycyny rodzinnej, a wcześniej pediatrii

Doba każdego z nas ma 24 godziny – to się nie zmienia. Ale mamy wybór, co z tym czasem zrobimy. Godzenie pracy zawodowej z macierzyństwem czy ojcostwem to w gruncie rzeczy mit. Tego nie da się w pełni „pogodzić”, gdybyśmy chcieli osiągnąć idealną równowagę. Możemy natomiast dokonywać wyborów. Wychowując dzieci, nie da się żyć tak, jakby się ich nie miało – i odwrotnie, nie mając dzieci, nie jest się rodzicem. To proste, a jednak bywa zapominane.

Rodzicielstwo i praca zawodowa to nieustanna sinusoida, przechodzenie przez różne etapy, zmieniające się potrzeby i możliwości. Gdy dziecko jest małe – potrzebuje naszej bliskości, uwagi i czasu. Gdy rośnie – ta przestrzeń może się stopniowo przesunąć bardziej w stronę pracy. Ale bywają momenty, kiedy znowu trzeba przechylić szalę na rzecz rodziny – i warto mieć odwagę, by to zrobić.

Tak samo jest z karierą – zaczynając rezydenturę, zmieniając miejsce pracy,

zakładając gabinet czy przygotowując się do PES, doktoratu, czy stażu zagranicznego – potrzebujemy czasu i energii. I to również wymaga decyzji. Codziennie podejmujemy drobne, ale znaczące wybory: czy dziś zostaję dłużej w pracy? Czy przyjmę kolejnego pacjenta, czy nie i jednak zdążę na szkolne przedstawienie? Czy uczyć się do egzaminu wieczorem, kiedy dzieci już śpią – czy odpuszczam i wybieram sen?

Wielu ojcom lekarzom i matkom lekarkom udało się odnaleźć tę wąską ścieżkę – drogę zadowolenia, względnego spokoju i satysfakcji, gdzieś pomiędzy wymaganiami zawodu a potrzebami rodziny. Czasem ją tracimy z oczu – gdy zbyt mocno pochłonie nas praca albo życie rodzinne – ale ona istnieje. Czasem schodzimy z niej świadomie, a czasem zmuszają nas do tego okoliczności. Mamy jednak prawo – i możliwość – na nią wrócić.

Wyzwań jest wiele. Nie tylko w nas samych – w naszych oczekiwaniach, perfekcjonizmie, lęku przed „utratą” czegośkolwiek – ale i w systemie. Polskie realia ochrony zdrowia bywają bezwzględne: praca, w której trudno leczyć zgodnie z wiedzą medyczną z powodu niedofi-

nansowania i kolejek; grafiki dyżurów stające się narzędziem presji zamiast organizacji; biurokracja. To wszystko sprawia, że dokonywanie sensownego wyboru między czasem dla dzieci a czasem dla pacjentów często jest bardzo realne i może być bolesne.

Ale dzieci uczą nas elastyczności. Uczą też prawdy – o nas samych. Nie rozumieją, że trzeba przespać noc, bo mama pracuje, ani że mają być dziś wyjątkowo grzeczne, bo mama wróciła po 24-godzinnych dyżurach. A my, zmęczone, musimy jakoś znaleźć w sobie siłę, by dać im miłość i cierpliwość – choćby nieperfekcyjną. To codzienne wybory, które mają swoją cenę – ale też dają ogromną wartość, jeśli umiemy tę wartość dostrzec.

Nie chodzi więc o perfekcyjną równowagę – bo taka nie istnieje. Chodzi o uważność. O to, żeby wiedzieć, co jest dla nas ważne tu i teraz. Żeby nie dać się wpędzić w presję, że trzeba mieć wszystko naraz. Nie trzeba. Trzeba mieć odwagę wybierać – i akceptować, że te wybory kosztują. Ale też przynoszą coś bardzo cennego: rozwój, autentyczność i poczucie życia naprawdę – w zgodzie ze sobą, swoim dzieckiem i swoim zawodem. ●



Rejony wyborcze

Aby wybory na delegatów na OZL X kadencji mogły się odbyć, muszą najpierw powstać rejony wyborcze, z których wybrani zostaną delegaci na Okręgowy Zjazd Lekarzy. Wyjaśniamy, na jakiej podstawie je stworzono, ile liczą mandatów, a także w jaki sposób lekarze i lekarze dentyści dowiedzą się, do którego rejonu należą.



ALEKSANDRA SOKALSKA

W związku z uchwałą Okręgowej Komisji Wyborczej OIL w Warszawie 19 lutego br. ORL podjęła uchwałę, która ustaliła podział izby na rejony wyborcze na okres X kadencji w latach 2026–2030 z uwzględnieniem rejonów wyborczych wchodzących w skład Delegatury Radomskiej.

TWORZENIE REJONÓW

W ostatnich wyborach na OZL nie udało się wybrać wszystkich delegatów w pierwszej turze, co oznaczało konieczność zorganizowania drugiej. – *Chcąc uniknąć takiej sytuacji w wyborach na OZL X kadencji, OKW podjęła kroki mające na celu jak najbardziej precyzyjne stworzenie rejonów* – wyjaśnia Mery Topolska-Kotulecka, przewodnicząca Okręgowej Komisji Wyborczej OIL w Warszawie.

Należało do nich m.in. wysłanie przez OKW próby do wszystkich dużych placówek, szpitali i podmiotów medycznych o udostępnienie danych zatrudnionych w nich lekarzy. Dzięki otrzymanym danym w tych miejscach OKW stworzyła rejony zgodne z rzeczywistym zatrudnieniem. Pozostałe rejony powstały m.in. na podstawie informacji pozyskanych dzięki przeprowadzonej na początku tego roku przez OIL akcji „Aktualizacja”.

LICZBA MANDATÓW

Analizując rejony z poprzednich kadencji, OKW zauważyła duże dysproporcje, które były związane z tworzeniem zarówno rejonów jednomandatowych, w których zdobycie mandatu było

prostsze, jak i trzymandatowych – gdzie zdobycie mandatu mogło już wiązać się z trudnościami. Aby bowiem zostać wybranym, trzeba tzw. kworum wyborcze, czyli 20 proc. wszystkich oddanych głosów w danym rejonie, oraz zdobycia minimum 5 proc. głosów na swoją kandydaturę. – *Jeśli zatem rejon był jednomandatowy i liczył np. 80 członków, to kworum wyborcze wynosiło 16 głosów, a delegatem mógł zostać ten, kto uzyskał minimum cztery głosy. Jeśli jednak rejon był trzymandatowy, gdzie członków rejonu było np. 270 – kworum wyborcze wynosiło już 52 głosy i trudniej było je uzyskać* – tłumaczy Mery Topolska-Kotulecka. Dlatego OKW, chcąc zachować sprawiedliwość społeczną i wyrównać szanse wszystkich kandydatów, stworzyła 184 rejony, z których większość jest rejonami dwumandatowymi, w tym powstało 140 rejonów lekarskich i 44 dentystyczne. – *Novum natomiast jest stworzenie aż sześciu rejonów dla stażystów (pięciu lekarskich i jednego dla lekarzy dentystów), dzięki czemu będą oni mieli gwarancję swojej silnej reprezentacji w samorządzie* – podkreśla przewodnicząca.

IMIENNE LISTY

OKW zakłada, że każdy rejon będzie liczył ok. 200 wyborców (liczba minimalna wynosi 93 lekarzy). Ostateczna lista członków każdego rejonu zostanie opublikowana, gdy nastąpi uruchomienie systemu głosowania elektronicznego (podczas pisania artykułu trwały już testy systemu). Listy będą również wyłożone w formie papierowej w izbie.

Ponadto OKW ma obowiązek w ciągu siedmiu dni od momentu opublikowania list poinformowania członków izby, w którym znajdują się rejony. Zrobi to poprzez wysłanie SMS i maila do wszystkich lekarzy, którzy udostępnili swoje numery telefonów i adresy mailowe. Dodatkowo do tych lekarzy, którzy ukończyli 65. rok życia, informacja o przydzieleniu do rejonu zostanie wysłana listownie. Taką przesyłkę otrzymają też młodszy lekarze, jeśli nie podali numeru telefonu i adresu mailowego.

Od opublikowania list każdy lekarz będzie miał 30 dni na przeniesienie się do innego rejonu. Będzie mógł to zrobić w systemie głosowania elektronicznego bądź w formie papierowej, składając wnioski do OKW. Jeśli takie przeniesienie spowoduje znaczące zwiększenie liczby członków danego rejonu, automatycznie stanie się on rejonem trzy- lub nawet czteromandatowym. ●

AKTUALNE REJONY

Rejony na OZL X kadencji:

- uwzględniają odpowiedź szpitali,
- powstały na podstawie akcji „Aktualizacja”,
- biorą pod uwagę zmiany, jakie przez ostatnie lata miały miejsce, np. powstanie Warszawskiego Szpitala Południowego, który wchłonął Szpital Solec, wzrost liczby członków izby (w stosunku do VIII kadencji o prawie 9 tys.).



Rosnąca liczba odmów szczepień i brak skutecznego nadzoru nad realizacją Programu Szczepień Ochronnych doprowadziły do zwiększenia zagrożenia chorobami zakaźnymi. Główny inspektor sanitarny **dr n. med. Paweł Grzesiowski** analizuje przyczyny tego zjawiska i wyzwania związane z kontrolą dokumentacji szczepień, a także sygnalizuje konieczność zmiany podejścia w komunikacji z pacjentem.

Czy grozi nam epidemia?

rozmawiała **MAŁGORZATA WÓDZ**

Najwyższa Izba Kontroli alarmowała pod koniec ubiegłego roku, że dalszy wzrost liczby odmów szczepień może skutkować wybuchem epidemii groźnych chorób zakaźnych. Czego możemy się obawiać? Czy GIS ma jakieś prognozy? W Polsce już pojawia się krztusiec, odra, a ostatnio także błonica.

W kraju, w którym istotnie spada odsetek osób zaszczepionych, może powrócić każda choroba zakaźna. Trudno dziś przewidzieć, która pojawi się w największym nasileniu. Zaskoczyła

nas wysoka zachorowalność na krztusiec w ubiegłym roku, najprawdopodobniej na skutek wielokrotnych niezależnych przypadków zawleczenia tej choroby spoza Polski. I właśnie tego musimy się obawiać – zakażeń przywiezionych przez podróżujących Polaków lub obcokrajowców. Im niższy poziom zaszczepienia, tym większe ryzyko, że jednorazowe wprowadzenie drobnoustroju wywoła ognisko epidemiczne, a nawet epidemię.

W przypadku odry ogniska choroby są niewielkie – kilku-, kilkunastoosobowe – bo nadal większość populacji jest uod-

porniona. Krztusiec natomiast trafił na podatny grunt: dorośli w Polsce są nieodporni, a u części młodzieży odporność zanikła mimo wcześniejszych szczepień.

I dlatego m.in. w kwietniu ruszyła pierwsza w Polsce kontrola kart szczepień. Jak ten proces przebiega? I co dokładnie ma pokazać?

Kontrolę zaplanowaliśmy jeszcze w ubiegłym roku jako reakcję na raport NIK. Po przygotowaniu narzędzi kontrole w całym kraju ruszyły w kwietniu. Podmioty lecznicze są najpierw informowane o zamiarze przeprowadzania

kontroli. Nie mamy powodu zaskakiwać kogokolwiek nagłym wtargnięciem do przychodni. Każda placówka otrzymuje z powiatowej stacji epidemiologicznej informację na piśmie, że w ciągu 7–30 dni pojawią się inspektorzy, którzy dokonają przeglądu kart szczepień. W ten sposób sprawdzimy realizację programu szczepień na przestrzeni ostatnich 18 lat. Mamy do przejrzania 7,5 mln kart szczepień w całym kraju. Nigdy wcześniej nie podejmowano takich działań, tym bardziej musimy zrobić wszystko, aby uzyskane wyniki wiarygodnie opisały poziom uodpornienia polskiego społeczeństwa przeciw 13 chorobom zakaźnym objętym obowiązkowymi szczepieniami.

Jakie cele stawia sobie GIS w związku z kontrolą kart szczepień? Jakie będą kolejne kroki po jej zakończeniu?

Trudno z góry zakładać, jakie będą wyniki kontroli, ale przygotowujemy różne scenariusze na potencjalne problemy, które mogą być ujawnione. Karty szczepień przez ostatnie lata sprawdzano wybiórczo – kontrolowano kilka kart z danego rocznika, by się upewnić, że są prowadzone prawidłowo. Nie mogliśmy zweryfikować, jaki procent dzieci jest zaszczepionych zgodnie z kalendarzem szczepień, ponieważ karty uodpornienia są dokumentem papierowym, przechowywanym w punktach szczepień. Na podstawie rocznych sprawozdań z przychodni mamy dane statystyczne o realizacji kalendarza szczepień, ale wiemy, że spora grupa dzieci nie jest szczepiona z przyczyn medycznych, natomiast osoby odmawiające szczepień z przyczyn światopoglądowych często starają się zniknąć z systemu, próbując uniknąć sankcji.

W czasie kontroli mogą pojawić się różne wątki – oczekuję, że uzyskamy odpowiedź, dlaczego np. w województwie warmińsko-mazurskim w wielu punktach szczepień mamy ponad 98 proc. zaszczepionych dzieci, a w innych regionach, jak np. w województwie podlaskim czy dolnośląskim, poziom zaszczepienia jest niższy o prawie 10, a nawet 20 proc.

W zależności od wyników kontroli będziemy uruchamiać konkretne dzia-

łania. Co ciekawe, zanim jeszcze kontrola ruszyła, dotarły do nas sygnały od lekarzy, że teraz więcej dzieci zgłasza się na szczepienia, bo rodzice przypomnieli sobie o zaległościach, słysząc o naszej akcji.

Co z osobami, które będą nadal uchylały się od obowiązku szczepień? Przewidziane są kary, działania edukacyjne?

Domyślałem się, że padnie pytanie o grzywny. Kontrola kart szczepień nie ma celów karno-represyjnych. Chcemy poznać motywację rodzin, które nie szczepią, ocenić, czy spełniają kryteria uporczywego (nieuzasadnionego) uchylania się od szczepień. Jako organ musimy działać w ramach prawa – w Polsce takie osoby podlegają postępowaniu egzekucyjnemu przewidzianemu przez przepisy. Ale kary za od-



fot. licencja OIL w Warszawie

nową szczepień istnieją od 60 lat i nie osiągnęliśmy dzięki nim sukcesu. Byłoby absurdem, gdybyśmy teraz, myśląc o zmianie podejścia do szczepień z restrykcyjnego na opiekuńczo-interwencyjne, zaczęli od kar. Nie chcemy wojny, chcemy wspólnie pokonywać bariery, bo szczepienia są najskuteczniejszą formą profilaktyki, jeśli są społecznie akceptowane.

Zamierzają państwo wspierać lekarzy w propagowaniu szczepień?

W końcu kwietnia ruszyła nasza kampania edukacyjna na rzecz szczepień, adresowana również do medyków, pod hasłem SZCZEPIENIA CHOROBY – ZAUFAM NAUCE. Będziemy bardzo aktywnie i na różnych poziomach wzmacniać zaufanie do szczepień, ale już sam fakt, że odwiedzimy wszystkie punkty szczepień, pokazuje, że nam zależy na realizacji tego programu, że szczepienia mają gospodarza. Dlatego z przykrością słyszymy, że niektóre przychodnie rozważają odmowę ujawnienia niektórych danych. To dla mnie niepokojący sygnał. Bo jeśli ktoś ze środowiska medycznego podważa sens kontroli kart szczepień, to znaczy, że gdzieś zabużył dobro pacjenta. Mamy przychodnie, w których lekarz wykazuje 95-proc. poziom zaszczepienia dzieci. I są też takie, w których zaszczepionych jest tylko 50 proc. Nie można z góry zakładać, że to pech czy zmasowana akcja antyszczepionkowców. Kontrola kart szczepień pozwoli nam na ocenę, jak prowadzona jest dokumentacja w gabinetach szczepień, jaka jest aktywność punktów szczepień w zakresie kontaktu z rodzinami. Raport NIK wykazał, że gabinety lekarskie nie przekazywały do inspekcji sanitarnej pełnych danych o realizacji szczepień, a przecież bez tych informacji nie możemy podejmować żadnych działań. Są też dzieci, o których nikt nie wie, czy były szczepione, bo od lat brak z rodzinami kontaktu. Lekarz ma problem z ustaleniem miejsca pobytu dziecka. Ale inspekcja sanitarna ma możliwości urzędowe, by tym się zająć.

Czy gabinety lekarskie, które nie realizują właściwie programu szczepień, muszą liczyć się z konsekwencjami?

Jak wspomniałem, nie przewidujemy w ramach kontroli żadnych działań represyjno-karnych. Oczywiście, w skrajnych przypadkach, gdyby zostały ujawnione jakieś działania niezgodne z prawem, jesteśmy zobligowani do podejmowania działań w ramach kompetencji ustawowych. Gdyby kontrola ujawniła lekarza antyszczepionkowca, który aktywnie zniechęca do szczepień, to skierujemy wnioski do izb lekarskich czy do rzecznika praw pacjentów, podobnie jak w przypadku lekarzy, którzy wystawiają zaświadczenia o odroczeniu szczepień niezgodne ze stanem faktycznym. Takie sprawy prześlemy do zbadania właściwym organom.

A czy lekarze są odpowiednio zaszczepieni i czy ktoś to w ogóle kontroluje?

Słyszymy, że wielu lekarzy nie jest zaszczepionych zgodnie z zaleceniami. To ważny argument do podejmowania konkretnych działań, nie tylko edukacyjnych, ale np. dofinansowania szczepień, bo medycy to grupa zawodowa najbardziej narażona na choroby zakaźne. Covid wyraźnie pokazał, że wielu pracowników ochrony zdrowia zachorowało podczas opieki nad pacjentami. Unaocnił też, że medycy są chętni do szczepień, bo zaszczepiło się 97 proc. lekarzy. To dowodzi, że lekarzom nie brakuje wiedzy i motywacji do szczepień, ale brakuje zarządzania portfelem działań profilaktycznych, by mogli skorzystać ze szczepień czy badań przesiewowych. Nie mamy też oficjalnego kalendarza szczepień zalecanych dla lekarzy, pielęgniarek, fizjoterapeutów. Pracujemy w tej chwili w GIS z ekspertami, by taką listę opracować.

Mówi pan o sobie, że jest emisariuszem wiedzy medycznej. Jak przekonuje pan swoich pacjentów, by się zaszczepili?

Najważniejsze, żebyśmy byli otwarci na rozmowy na ten temat. Zanim je zaczniemy, trzeba ocenić, z kim mamy do czynienia – czy z osobą lękową, czy negatywnie nastawioną do szczepień, czy po prostu pozbawioną wiedzy. Każda z tych sytuacji wymaga innego podejścia.

Osoby, którym brakuje wiedzy, zwykle są otwarte na informacje. Jeśli jed-

nak mamy do czynienia z osobą przestraszoną, to jej mózg – wypełniony adrenaliną w trakcie wizyty – nie jest w stanie przyjąć żadnych racjonalnych argumentów. To jak z osobą, która boi się latać – nie wsiądzie do samolotu, nawet jeśli usłyszy, że podróż samochodem jest statystycznie mniej bezpieczna.

Straszenie karami czy chorobami nie działa. Pamiętam mamę miesięcznego dziecka, która przyszła na szczepienie przeciwko gruźlicy. Bała się zaszczepić malucha zaraz po porodzie, a neonatolog powiedział jej: *Po co pani rodziła dziecko, skoro teraz chce pani je zabić?* Była głęboko strauumatyzowana takim podejściem.

Musimy zmienić podejście z siłowego na rzeczowe budowanie poczucia bezpieczeństwa i zaufania – tak by rodzice mogli bez obaw zgłaszać swoje wątpliwości czy nawet poprosić o przełożenie szczepienia. Nie każda konsultacja musi zakończyć się szczepieniem – czasem trzeba zrobić krok w tył i pozwolić rodzicom wyjść z gabinetu bez decyzji, dać czas na przemyślenie, stworzyć klimat, by mogli wrócić kolejny raz z przekonaniem, że nikt ich do niczego nie zmusza.

Czego najbardziej boi się główny inspektor sanitarny? Pytam w kontekście szczepień ochronnych i naszej odporności populacyjnej.

Największym zagrożeniem według mnie są medycy podważający potrzebę szczepień. To zjawisko szczególnie niebezpieczne, ponieważ ludzie z natury ufają lekarzom i pielęgniarkom. Jeśli więc w naszym środowisku pojawiają się osoby, które kwestionują ponadstuletnią historię sukcesów szczepień, co może być gorszego? No, może gorsi są antyszczepionkowi politycy – denialiści, którzy realnie zagrażają zdrowiu publicznemu poprzez swoje zasięgi. Widzimy, co się dzieje obecnie w Stanach Zjednoczonych, jak wzrosła aktywność środowisk podważających sens szczepień, co może mieć katastrofalne skutki dla Amerykanów i dla całego świata. Właśnie wybuchła największa od lat epidemia odry w Teksasie – prawie 500 chorych i dwa przypadki śmiertelne, którym można było zapobiec poprzez szczepienia. ●

Rak płuca we współczesnej praktyce medycznej



PAWEŁ NASTALEK
specjalista chorób wewnętrznych
i chorób płuc

Rak płuca pozostaje główną przyczyną zgonów onkologicznych na świecie. W ostatnich latach dokonał się istotny postęp w leczeniu dzięki immunoterapii oraz terapiom celowanym, co zasadniczo zmieniło postępowanie w codziennej praktyce klinicznej.

W modelu opieki coraz większą rolę odgrywają zespoły Lung Cancer Unit, zapewniające szybszą diagnostykę, lepszy dostęp do terapii i opiekę zgodną z wytycznymi.

Diagnostyka raka płuca klasycznie opiera się na badaniach obrazowych (TK, PET) oraz pobraniu materiału, aktualnie, nie tylko do oceny histopatologicznej czy cytologicznej, lecz także molekularnej. Powszechne zastosowanie,

obok klasycznie wykonywanej bronchofiberoskopii, mają techniki takie jak EBUS (ultrasonografia wewnętrzno- oskrzelowa klasyczna bądź z zastosowaniem sond radialnych), endoskopowa kriobiopsja płuca, wspierane bronchona- nawigacją umożliwiającą mało- inwazyjną diagnostykę trudno dostępnych zmian guzkowych płuc oraz precyzyjne określenie stopnia zaawansowania nowotworu determinującego wybór

terapii. Standardem jest obecnie kompleksowa ocena biomarkerów (EGFR, ALK, ROS1, BRAF, MET, RET, NTRK, PD-L1) pozwalająca na kwalifikację do terapii celowanych lub immunoterapii.

Leczenie w ujęciu klasycznym – chirurgia, radioterapia i chemioterapia – nadal pozostaje podstawą postępowania we wcześniejszych stadiach nowotworu. Jednak w zaawansowanych postaciach NSCLC i SCLC, z którymi w praktyce klinicznej spotykamy się najczęściej, dominującą rolę przejmują terapie celowane w grupach z mutacjami predykcyjnymi oraz immunoterapia. Wyniki prowadzonych badań klinicznych (np. ADAURA, CheckMate 227, IMpower13) jednoznacznie potwierdziły przewagę nowych metod leczenia nad klasycznymi strategiami zarówno w monoterapii, jak i w połączeniu z chemioterapią w aspekcie istotnego wydłużenia czasu przeżycia. Wytyczne ESMO i NCCN rekomendują personalizację leczenia na podstawie profilu molekularnego i klinicznego chorego. Niewątpliwymi wyzwaniem w praktyce klinicznej są przypadki nowotworów bez obecności czynników predykcyjnych, oporność na leczenie czy działania niepożądane immunoterapii. Przyszłość terapii to dalszy rozwój terapii celowanych na kanwie identyfikacji nowych mutacji genetycznych. Nie do przecenienia pozostaje jednak nadal rola wszelkich działań profilaktycznych, w tym przede wszystkim edukacja w zakresie szkodliwości palenia tytoniu oraz badania przesiewowe w grupach ryzyka. ●

fot. SPOZ Proszowice



Zapraszamy na szkolenia!

W związku ze Światowym Dniem bez Tytoniu i Europejskim Tygodniem Walki z Rakiem zapraszamy członków Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie na szkolenia organizowane przez Ośrodek Doskonalenia Zawodowego OIL w Warszawie



12.05 | godz. 19.00–21.00

29.05 | godz. 19.00–21.00

Rak płuca – standardy rozpoznawania i aktualne możliwości terapeutyczne – dr n. med. Paweł Nastalek

Prewencja pierwotna i wtórna nowotworów oraz postępowanie w zespole uzależnienia od tytoniu (ZUT) – dr Paweł Koczkodaj, dr n. med. Magdalena Cedzyńska



Na szkolenia wymagane są zapisy

Leczenie uzależnienia od nikotyny – niewykorzystany potencjał



DR N. MED. MAGDALENA CEDZYŃSKA

Leczenie uzależnienia od nikotyny stanowi najsilniejszą i najskuteczniejszą strategię ograniczania przedwczesnej umieralności w Polsce. Rezygnacja z palenia znajduje odzwierciedlenie we wszelkich zaleceniach towarzystw lekarskich.

pęcherza moczowego, trzustki, żołądka oraz nowotwory głowy i szyi. Podobnie Polskie Towarzystwo Kardiologiczne zaleca bezwzględne zaprzestanie palenia w celu zmniejszenia ryzyka zawału serca, udaru mózgu i choroby wieńcowej. Również Polskie Towarzystwo Chorób Płuc stanowczo podkreśla, że palenie jest głównym czynnikiem ryzyka wielu poważnych chorób układu oddechowego, takich jak POChP, rak płuca, astma czy gruźlica, a jego zaprzestanie stanowi konieczność w praktyce lekarza pulmonologa. Właściwie wszyscy lekarze są zgodni, że palenie tytoniu znacząco zwiększa ryzyko licznych chorób przewlekłych.

Mimo to tylko część osób palących otrzymuje od lekarza wyraźną poradę, by rzucić palenie, a jeszcze mniejszy odsetek – ofertę leczenia. Według raportu Narodowego Funduszu Zdrowia porady w zakresie rzucenia palenia uzyskuje jedynie ok. 800 osób rocznie. Choć od niemal 70 lat dysponujemy twardymi dowodami na temat szkodliwości palenia, wiedza o leczeniu uzależnienia od

nikotyny i jej praktyczne zastosowanie nadal są niewystarczające wśród pracowników ochrony zdrowia. W badaniu przeprowadzonym w 2018 r. wśród lekarzy w Polsce stwierdzono, że omawianie zaprzestania palenia nie jest powszechną praktyką i ogranicza się głównie do identyfikacji statusu palenia. Tymczasem trudno wyobrazić sobie analogiczną sytuację, w której pacjent z innym istotnym czynnikiem ryzyka – jak nadciśnienie czy wysoki poziom cholesterolu – opuszcza gabinet bez rozpoczęcia leczenia. Zasady leczenia uzależnienia od nikotyny powinny być znane każdemu lekarzowi, a ich wdrażanie – standardowym elementem opieki nad pacjentami palącymi. Dlaczego więc lekarze tak rzadko proponują leczenie lub kierują pacjentów do specjalistów?

Z pewnością nie jest to choroba łatwa do leczenia – uzależnienie rozwija się stopniowo i obejmuje zarówno komponent biologiczny (głód nikotynowy, objawy odstawienia), jak i psychologiczny (rutynowe zachowania i nawyki). Wysoki odsetek nawrotów może dodatkowo zniechęcać personel medyczny do podejmowania interwencji. Wielu lekarzy, zwłaszcza w ramach krótkich wizyt, nie poświęca czasu na omówienie tematu uzależnienia od nikotyny. Często koncentrują się na pilniejszych problemach zdrowotnych pacjenta, takich jak leczenie chorób przewlekłych, bez zgłębiania problemu palenia tytoniu, które jest postrzegane jako trudny i czasochłonny temat. Warto jednak podkreślić, że uzależnienie od nikotyny jest chorobą ujętą w Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób (ICD-11, kod 6C4A.2), co oznacza, że jej leczenie może być przedmiotem odrębnych wizyt lekarskich.

Nie należy zapominać, że skuteczność leczenia można znacząco zwiększyć dzięki farmakoterapii. Do dyspozycji lekarzy są: nikotynowa terapia zastępcza (NTZ), agoniści receptora nikotynowego (cytyzyna i wareniklina) oraz lek przeciwdepresyjny – bupropion.

W każdej z powyższych metod potwierdzono w badaniach klinicznych skuteczność i bezpieczeństwo. Ponadto zarówno dostępność różnych form – plastry, tabletki, gumy, inhalatory, spraye czy pastylki – jak i szeroki za-

kres cen pozwalają dobrać terapię indywidualnie do pacjenta.

Nikotynowa terapia zastępcza polega na dostarczaniu terapeutycznej nikotyny, co łagodzi objawy odstawienia i ogranicza głód nikotynowy. Nikotynę podaje się w ściśle określonych dawkach i ograniczonym czasie, a najlepsze efekty osiąga się, łącząc długo działające formy (plastry) z krótko działającymi (pastylki, spray, tabletki). Bupropion działa na układ dopaminergiczny, zmniejszając chęć sięgania po papierosa. Z kolei cytyzyna i wareniklina jako częściowi agoniści receptora nikotynowego, a zarazem jego antagoniści, pobudzają receptory nikotynowe, blokując jednocześnie ich dostępność dla nikotyny z papierosa. Pobudzenie receptorów przez cytyzynę lub wareniklinę odbywa się w mniejszym stopniu, co łagodzi objawy abstynencji, a ich zablokowanie dla nikotyny z papierosa zmniejsza przyjemność z palenia.

Działania niepożądane farmakoterapii są zwykle łagodne i przejściowe – np.

nudności przy wareniklinie czy suchość w ustach przy bupropionie.

Farmakoterapia może być stosowana samodzielnie, jednak najlepsze efekty przynosi w połączeniu z interwencją psychologiczną. Wobec braku specjalistycznych poradni antynikotynowych zaleca się kierowanie pacjentów do Telefonicznej Poradni Pomocy Palącym (TPPP), która funkcjonuje nieprzerwanie od 1996 r. przy Narodowym Instytucie Onkologii – Państwowym Instytucie Badawczym i obecnie jest finansowana z Narodowego Programu Zdrowia. Oferta TPPP obejmuje bezpłatną pomoc wykwalifikowanych terapeutów w postaci wsparcia behawioralnego oraz zapewnienia wyczerpujących informacji na temat przygotowania się do procesu rzucania palenia, radzenia sobie z objawami abstynencji czy zapobiegania nawrotom.

Leczenie uzależnienia od nikotyny jest, jak wskazują wyniki badań i analiz, skutecznym elementem prewencji pierwotnej wielu chorób przewlekłych

oraz poprawy efektów ich leczenia i jako takie powinno być wprowadzane na szeroką skalę we wszystkich placówkach opieki zdrowotnej. Ponadto, jak wskazują analizy ekonomiczne WHO i OECD, leczenie konsekwencji palenia tytoniu kosztuje nasze państwo rocznie ok. 45 mld zł, czyli ok. 2,7 proc. PKB. Są to zarówno koszty bezpośrednie (leczenie chorób wywołanych paleniem), jak i pośrednie (absencja w pracy, przedwczesne zgony, spadek produktywności).

Leczenie farmakologiczne powinno być zatem standardem i elementem profesjonalnego podejścia do pacjenta uzależnionego, tak jak w przypadku innych chorób przewlekłych. Wydaje się, że Polska powinna pójść drogą krajów, które odniosły sukces w zmniejszaniu odsetka osób palących, i wprowadzić m.in. refundację leków stosowanych w leczeniu uzależnienia od nikotyny jako narzędzie dla lekarzy rodzinnych oraz lekarzy specjalistów, a także stworzyć warunki do utworzenia sieci specjalistycznych poradni antynikotynowych. ●



Zapraszamy na szkolenia!

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

maj



Szkolenia OIL

8.05 | godz. 18.00–20.00

10.05 | godz. 9.00–16.00

13.05 | godz. 19.00–21.00

14.05 | godz. 19.00–21.00

17.05 | godz. 9.00–14.00

20.05 | godz. 18.00–20.00

24.05 | godz. 10.00–15.00

27.05 | godz. 19.00–21.00

28.05 | godz. 19.00–21.00

Prawa lekarza w sporze z pacjentem – mec. Przemysław Rawa-Kłoczek

Marketing w ochronie zdrowia – Maciej Kuźma (stacjonarnie)

Narzędzia sztucznej inteligencji jako wsparcie w pracy lekarza-naukowca – prof. Mariusz Panczyk

Optymalizacja podatkowa w działalności lekarskiej – porównanie obciążeń podatkowych – dr hab. Marcin Jamroz, prof. SGH

Zmęczenie, wypalenie czy depresja? Co każdy lekarz powinien wiedzieć o własnym zdrowiu psychicznym – lek. Magdalena Flaga-Łuczkiwicz (stacjonarnie w Radomiu)

Jak rozmawiać z pacjentem umierającym oraz jego bliskimi? – dr n. społ. Marta Banout, Instytut Dobrej Śmierci

Wprowadzenie do leczenia alignerami – lek. dent. Anna Tygas-Kasprzak, mgr chemii tech. dent. Bartłomiej Kłesk (stacjonarnie)

Jak się bronić przed negatywnymi opiniami w internecie? – mec. Radosław Tymiński

Zatrudnienie pracowników w placówkach medycznych – Adrian Janus



Za wszystkie szkolenia zdobywa się punkty edukacyjne

Kiedy umiera dziecko

W sobotę, 12 kwietnia, odbyła się konferencja „Pełnia życia: Holistyczne spojrzenie na pediatriczną opiekę paliatywną”. To już VI edycja cyklicznego wydarzenia „Empatia a umieranie i śmierć”, organizowanego przez Okręgową Izbę Lekarską w Warszawie we współpracy z Instytutem Dobrej Śmierci.

O pediatricznej opiece paliatywnej rozmawialiśmy w ostatnim wydaniu „Pulsu” z Katarzyną Żak-Jasińską, pediatrą, hematologiem i onkologiem dziecięcym z Kliniki Pediatrii, Hematologii i Onkologii UCK w Gdańsku, kierownikiem medycznym hospicjum domowego dla dzieci Bursztynowa Przystań w Gdyni, oraz z Eugenią Szuszkiewicz, pediatrą, która jest w trakcie specjalizacji z medycyny paliatywnej w Stowarzyszeniu Hospicjum Łódzkie, członkinią Instytutu Dobrej Śmierci i wolontariuszką Fundacji Pallium For Ukraine, która była także prelegentką podczas konferencji.

WAŻNE PODSTAWY I PRAKTYKA

To właśnie Eugenia Szuszkiewicz otworzyła inauguracyjną sesję „Podstawy holistycznej opieki pediatricznej”, wygłaszając wykład o pierwszych krokach lekarza w hospicjum dziecięcym. Krokach niezwykle trudnych i wymagających.

– *Profesjonalna komunikacja lekarz-pacjent-rodzina to coś, czego powinniśmy uczyć się od początku studiów, przez całą specjalizację i przez całe życie. To nie może być jednorazowe szkolenie. Musimy rozwijać umiejętność aktywnego słuchania i terapeutycznej rozmowy* – mówiła. Podkreśliła też różnicę między współczuciem a empatią. – *Empatia to próba wejścia w buty rodziców, zrozumienia ich emocji, ich perspektywy. To pomaga uzmysłwić sobie, że jeśli rodzic reaguje gniewem, lękiem czy*

wycofaniem – to nie przeciwko nam, ale z powodu bólu, którego doświadcza.

Następnie wykład wygłosił specjalista pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki, pielęgniarstwa opieki paliatywnej, a także psychoonkolog dr n. med. i n. o zdr. Paweł Witt. Podkreślał, że teoria w przypadku opieki paliatywnej to zdecydowanie za mało i potrzeba praktycznych lekcji z codzienności personelu pielęgniarstwa w hospicjum dziecięcym.

SZTUKA CZUŁOŚCI

Podczas drugiej sesji „Sztuka czułości: Kompleksowe podejście do opieki paliatywnej nad dzieckiem” głos zabrali: Agnieszka Chmiel-Baranowska, psychoonkolog, psycholog Warszawskiego Hospicjum dla Dzieci; dr n. med. Michał Bloch, pediatra, dyrektor medyczny Wrocławskiego Hospicjum Dziecięcego; Magdalena Kijańska, fundatorka i założycielka Fundacji Ktoś; Monika Komasińska, mgr fizjoterapii z Centrum Opieki Paliatywnej dla Dzieci Fundacji Gajusz, oraz Gabriela Hala-kiewicz, członkini zarządu Fundacji DOBROdzieje się. Prelegenci opowiedzieli o psychologicznych aspektach choroby nowotworowej dziecka, o potrzebie opieki wychnieniowej dla rodziców, a także o ważnych rolach fizjoterapeuty i wolontariusza w pediatricznej opiece paliatywnej.

WYZWANIA

Opieka paliatywna niesie ze sobą wiele wyzwań. Właśnie o nich rozmawiano podczas trzeciej sesji, poruszając m.in. kwestie opieki nad dzieckiem chorym onkologicznie, neurologicznie, a także narodzin dziecka letalnie chorego. W sesji udział wzięli: dr n. med. Małgorzata Stolarska, pediatra, onkolog i hematolog dziecięcy, Urszula Dryja-Grzełińska, pediatra, Bartosz Drąg, kardiolog, dyrektor ds. medycznych Wojewódzkiej Stacji Ratownictwa Medycznego w Łodzi; dr n. med. Anna Jędrzejczyk, specjalistka pediatrii i medycyny paliatywnej, oraz dr hab. n. med. i n. o zdr. Urszula Tataj-Puzyna, profesor CMKP, położna.

WSPARCIE

Podczas ostatniej, czwartej sesji poruszono temat wsparcia psychologicznego i duchowego oraz budowania wio-ski składającej się z osób, które mogą takim wsparciem służyć. W tej części wystąpili: Kasia Skorupska, psychołożka, psychoterapeutka, nauczycielka akademicka z Instytutu Dobrej Śmierci; Aleksandra Młyniak, psycholog z Fundacji Panda Team; ks. Marcin Pietrzyk z Centrum Opieki Paliatywnej Fundacja Gajusz i Katarzyna Jackowska-Ene-muo, antropolożka kultury, kompozytorka i pisarka, reprezentująca Instytut Dobrej Śmierci.



fot. Gabriela Marcisz

Czy stomatologia się zmienia?

Już za miesiąc widzimy się na IX Mazowieckich Spotkaniach Stomatologicznych – prestiżowym wydarzeniu, które od lat stanowi jedno z najważniejszych w kraju miejsc wymiany wiedzy i doświadczeń dla profesjonalistów z branży stomatologicznej.

Jeszcze kilkanaście lat temu wizyta u dentysty przebiegała zupełnie inaczej niż dziś. Papierowe kartoteki, klasyczne wyciski gipsowe, długie procedury leczenia. Dziś rzeczywistość wygląda zupełnie inaczej. Cyfryzacja, nowoczesne materiały i coraz większe wymagania pacjentów sprawiają, że stomatologia przechodzi prawdziwą rewolucję.

TECHNOLOGIA – UŁATWIENIE CZY WYZWANIE?

Rozwój technologii w stomatologii jest nieunikniony – cyfrowe skanery, tomografia CBCT, druk 3D, AI w diagnostyce to narzędzia, które coraz częściej goszczą w gabinetach. Zdaniem wielu stomatologów nowoczesne rozwiązania znacząco ułatwiają pracę i pozwalają na bardziej precyzyjne leczenie. – *Wystarczy jedno skanowanie, by stworzyć cyfrowy model zgryzu pacjenta i przewidzieć, jak będzie wyglądał efekt końcowy* – mówi dr n. med. Dariusz Paluszczek, współtwórca MSS. Nie wszyscy jednak uważają, że technologia to tylko zalety. Niektórych lekarzy przeraża tempo zmian i konieczność nieustannego inwestowania w nowy sprzęt oraz szkolenia. – *Cyfryzacja jest świetna, ale trzeba pamiętać, że nie każda praktyka*

może sobie pozwolić na kosztowne technologie. Poza tym czasem pacjenci mają zbyt wysokie oczekiwania – myślą, że skoro wszystko jest cyfrowe, to leczenie odbędzie się w minutę – dodaje.

PACJENT XXI WIEKU – CORAZ BARDZIEJ ŚWIADOMY (I WYMAGAJĄCY)

Zmiany nie dotyczą tylko technologii, ale także samych pacjentów. W dobie internetu i mediów społecznościowych pacjenci przychodzą do gabinetu z wiedzą (lub pseudowiedzą), zdjęciami z Instagrama i konkretnymi oczekiwaniami. Chcą natychmiastowych efektów i komfortu na każdym etapie leczenia. – *Jeszcze kilka lat temu pacjenci ufali lekarzowi i polegali na jego rekomendacjach. Dziś często zaczynają wizytę od zdania: Doktorze, czytałem w internecie, że... Z jednej strony to dobrze, bo są bardziej świadomi i dbają o zdrowie, ale z drugiej – czasem trzeba sporo tłumaczyć i obalać mity* – tłumaczy doktor Paluszczek.

Zmieniają się też oczekiwania dotyczące estetyki. Pacjenci coraz częściej decydują się na licówki, wybielanie, ortodoncję, nawet jeśli ich zęby są zdrowe. Niektórzy pacjenci traktują wizytę u dentysty jak wizytę u kosmetyka –

chcą poprawić wygląd uśmiechu, nawet jeśli zdrowotnie nie jest to konieczne.

MŁODZI LEKARZE VS. DOŚWIADCZENI PRAKTYCY – RÓŻNICE W PODEJŚCIU

Jedną z największych zmian, jakie zachodzą w stomatologii, jest różnica pokoleniowa w podejściu do pracy. – *Młodzi lekarze są świetnie przygotowani technologicznie, ale czasem brakuje im cierpliwości. Stomatologia to nie tylko nowoczesny sprzęt, ale też intuicja, umiejętność pracy z pacjentem i doświadczenie, którego nie da się zdobyć w kilka lat* – mówi współtwórca MSS.

Z kolei młodsze pokolenie lekarzy uważa, że stomatologia to nie tylko rzemiosło, ale również marketing i budowanie marki osobistej. Coraz więcej dentystów jest obecnych w mediach społecznościowych, prowadzi profile edukacyjne na Instagramie czy TikToku i traktuje gabinet jak nowoczesny biznes.

CZY STOMATOLOGIA ZMIENI SIĘ JESZCZE BARDZIEJ?

Oczywiście, że tak, ale niezależnie od tego, jak wielkie nastąpią zmiany, to w centrum zawsze będzie człowiek – zarówno pacjent, jak i lekarz. A najlepsze efekty osiąga się wtedy, gdy nowoczesna technologia idzie w parze z wiedzą, doświadczeniem i pasją do zawodu.

Czy to dobrze, że stomatologia się zmienia? To zależy od tego, kogo zapytasz. Będzie okazja już na Mazowieckich Spotkaniach Stomatologicznych. ●

IX Mazowieckie Spotkania Stomatologiczne



Komisja ds. Lekarzy
Dentystów
ORL w Warszawie

- ✓ XXXIX Naukowo-Szkoleniowa Konferencja Sekcji Protetyki Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego
- ✓ IX Naukowo-Szkoleniowa Sesja Polskiego Towarzystwa Stomatologii Dziecięcej
- ✓ III Naukowo-Szkoleniowa Sesja Polskiego Towarzystwa Stomatologii Geriatrycznej
- ✓ III Naukowo-Szkoleniowa Sesja Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Implantologii Stomatologicznej
- ✓ I Naukowo-Szkoleniowa Sesja Polskiego Towarzystwa Radiologii Stomatologicznej i Szczękowo-Twarzowej
- ✓ oraz wiele innych interesujących wykładów wygłoszonych przez autorytety polskiej stomatologii

Kierunek przyszłość innowacja i tradycja w stomatologii

• 6-8.06.2025 • Hotel Narvil • Serock

- ➔ Ponad 30 wykładów, trzy dni debat, spotkań, wymiany poglądów
- ➔ Możliwość zdobycia 25 punktów edukacyjnych w tym 5 punktów radiologicznych

Rejestracja na IX MSS oraz szczegółowy program:
mss.izba-lekarska.pl

Więcej niż obraz

O potrzebie ustawicznego kształcenia i realnym wsparciu dla lekarzy dentystów, a także o tym, że RTG w gabinecie to dziś nie luksus, ale konieczność, mówi **prof. dr hab. n. med. Kazimierz Szopiński**.

rozmawiał **DARIUSZ PALUSZEK**

Cieszę się, że Polskie Towarzystwo Radiologii Stomatologicznej i Szczękowo-Twarzowej, któremu pan profesor przewodniczy, uznało Mazowieckie Spotkania Stomatologiczne za doskonałe miejsce do prezentowania lekarzom denty stom najnowszych osiągnięć naukowych w dziedzinie radiologii. Chcemy dotrzeć do jak najszerszego grona dentystów. Zajęcia z radiologii prowadzimy na trzech latach studiów, co pozwala nam każdego roku szkolić około 300 studentów stomatologii. Ogromną wartością jest dla nas również kontakt z lekarzami denty stomami praktykującymi indywidualnie. Dzięki temu lepiej rozumiemy wyzwania, z jakimi mierzą się w codziennej pracy. Z kolei denty stomi praktykujący mają szansę na bieżąco uzupełniać swoją wiedzę, tak aby byli w stanie samodzielnie rozwiązywać większość problemów radiologicznych w gabinecie. Co więcej, chcemy, aby mieli świadomość, że w każdej chwili mogą zwrócić się do nas z prośbą o konsultację.

Rozumiem, że nadal będziecie wspierać ideę, zgodnie z którą każdy lekarz denty stom – niezależnie od poziomu doświadczenia – powinien mieć możliwość wykonywania badań radiologicznych w swoim gabinecie. Nie wyobrażam sobie sytuacji, w której denty stomom zabronionoby wykonywania badań radiologicznych – przecież to jedno z podstawowych narzędzi diagnostycznych w stomatologii. To byłoby jak zakaz korzystania z określonej kategorii wiertel – kompletnie niezrozumiałe i nielogiczne. Naszym obowiązkiem jako środowiska jest natomiast zadbać o to, aby lekarze denty stomi otrzymywali odpowiednie przygotowanie merytoryczne i regularnie odnawiali swoją wiedzę – zgodnie z zasadą kształcenia ustawicznego, która obowiązuje wszystkich lekarzy, niezależnie od specjalizacji czy miejsca pracy. Oczywiście nie wszyscy mogą dotrzeć do nas – dlatego to my musimy wychodzić do nich. I właśnie Mazowieckie Spotkania Stomatologiczne są ku temu doskonałą okazją: po pierwsze spotykamy się tu z dużą

grupą denty stomów, po drugie panują tu świetne warunki do kształcenia, a po trzecie – to piękne miejsce, zwłaszcza o tej porze roku.

Wydaje się, że krzewienie wiedzy w zakresie radiologii jednak trafia na podatny grunt.

Rzeczywiście, pytania, które później otrzymujemy od kursantów, są konkretne, odnoszą się do realnych problemów klinicznych. Często też zgłaszają się lekarze z pytaniami dotyczącymi interpretacji przepisów prawa. Jest to jednak odrębne zagadnienie, bo przepisy prawa nie zawsze są wystarczająco jednoznaczne. Przykład pierwszy z brzegu: co to znaczy denty stom odpowiednio przeszkolony w dziedzinie radiologii?

Dla mnie jest to denty stom, który ukończył zajęcia na studiach, zaliczył egzamin, by mógł samodzielnie wykonywać badania radiologiczne w gabinecie.

Możemy tu wyrażać własne opinie, jednak w przypadku roszczeń konieczna jest wykładnia prawna. W takiej sytuacji należałoby zwrócić się do ministra zdrowia, który wydał rozporządzenie, z prośbą o doprecyzowanie, co rozumie przez odpowiednie wykształcenie.

Widzę ważną rolę Polskiego Towarzystwa Radiologii Stomatologicznej i Szczękowo-Twarzowej – jako instytucji stojącej po stronie przeciętnego lekarza denty stomy, który posiada wszystkie wymagane uprawnienia, ma zainstalowany rentgen zębowy czy pantomograf i wykonuje badania radiologiczne na potrzeby własnej praktyki. Dlatego uważam, że zarówno samorząd zawodowy, jak i towarzystwa naukowe powinny raczej wspierać takich lekarzy w codziennej pracy – a nie stawiać kolejne bariery.

Rolą towarzystwa – i szerzej, specjalności w dziedzinie radiologii stomatologicznej, o której stworzenie zabiegamy – jest wspieranie w usuwaniu przeszkód, a nie ich tworzenie. Denty stomi pracujący samodzielnie lub w niewielkich zespołach mają bardzo ograniczone możliwości konsultacji, zwłaszcza jeśli ich gabinety znajdują się da-



fot. D. Lebiedzińska

komputerowe w najbliższej przewidywalnej przyszłości. Wymagałoby to bowiem, aby firmy dostarczające takie rozwiązania oferowały oprogramowanie, za którego autonomiczne działanie byłoby gotowe wziąć odpowiedzialność – również za ewentualne skutki jego stosowania. W związku z tym chciałbym zaprosić państwa na naszą pierwszą konferencję organizowaną przez towarzystwo. Jednym z jej punktów będzie wykład prawnika poświęcony kwestii odpowiedzialności prawnej za stosowanie sztucznej inteligencji w medycynie.

zabiegi mogą wykonywać. Odpowiadał im, że mogą wykonywać każdy zabieg, pod warunkiem że będą umieli opanować powikłania.

W przypadku radiologii istotne są przepisy prawa atomowego oraz akty wykonawcze. Jednak najważniejszym elementem, do którego służy m.in. skierowanie, jest uzasadnienie ekspozycji. Musimy mieć pewność, że zastosowanie czynnika fizycznego, którego szkodliwość jest niewielka, ale udowodniona, przyniesie pacjentowi korzyść, która zrównoważy to ryzyko.

Czy widzi pan profesor jakieś nowe technologie w zakresie stomatologii, które mogłyby wpłynąć na pracę lekarza?

Myszę, że obecnie znajdujemy się na etapie *plateau* rozwoju, a prace koncentrują się głównie na dwóch aspektach: po pierwsze, na obniżeniu dawki promieniowania, po drugie, na zwiększeniu rozdzielczości obrazowania. Uważam, że w przyszłości mogą pojawić się nowe techniki, które dotąd nie były stosowane w stomatologii, ale są szeroko wykorzystywane w innych dziedzinach medycyny. Przykładem może być tomografia rezonansu magnetycznego. Badanie to nie tylko pozwala na ocenę stawów skroniowo-żuchwowych, ale istnieją również doniesienia o jego zastosowaniu do oceny obrzęku szpiku przy zapaleniu przyzębia brzęznego. Tomografia rezonansu magnetycznego może także pomóc w odróżnianiu martwych zębów od żywych po urazie, kiedy diagnoza kliniczna jest trudna. Kolejną techniką, która zyskuje na znaczeniu, jest ultrasonografia. W badaniu tym np. doskonale widać kamień poddziąsłowy, bez potrzeby sondowania.

Cieszę się, że możemy liczyć na współpracę pana profesora z Komisją ds. Lekarzy Dentystów OIL. Tego rodzaju współdziałanie między przedstawicielami różnych dziedzin medycyny powinno wyznaczać kierunek rozwoju nowoczesnej stomatologii. Holistyczne podejście staje się koniecznością – i właśnie tą drogą powinniśmy podążać.

leko od ośrodków akademickich. Dla porównania – fakt, że istnieje specjalizacja z chirurgii stomatologicznej, nie oznacza przecież, że dentysta nie może samodzielnie usunąć zęba w swoim gabinecie. Różnica polega na tym, że w trudniejszych przypadkach wie, gdzie zwrócić się o konsultację lub dokąd skierować pacjenta. W przypadku badań radiologicznych dostępność takiego wsparcia jest zdecydowanie mniejsza. Dentysta często nie ma gdzie skonsultować zdjęcia ani nawet nie wie, dokąd mógłby je wysłać. Pomijam już fakt, że ogromna liczba badań wykonywanych – mówiąc potocznie, „na mieście” – w ogóle nie jest opisywana.

Zmieńmy temat. Czy uważa pan, że czeka nas rewolucja dotycząca sztucznej inteligencji, która ułatwi pracę radiologa w gabinecie stomatologicznym, a może nawet go zastąpi?

Na pewno sztuczna inteligencja stanie się narzędziem wspomagającym. Natomiast trudno mi sobie wyobrazić zastąpienie radiologów przez programy

Oferowane aparaty rentgenowskie i inne sprzęty są coraz mniejsze i coraz tańsze. Mam nadzieję, że już niedługo będą na wyposażeniu większości gabinetów.

Uważam, że w przyszłości będzie to nieodzowny element każdego gabinetu. Chciałbym jednak zwrócić uwagę na jedną ważną rzecz, która – mam wrażenie – wciąż nie jest powszechnie rozumiana: usługa radiologiczna to nie samo wykonanie ekspozycji. Usługa radiologiczna jest konsultacją lekarską wykonaną na podstawie obrazów uzyskanych podczas badania. Samo urządzenie nie wykona pracy za lekarza. Podobnie jak w przypadku usług stomatologicznych – wspomniana wcześniej ekstrakcja zęba nie polega jedynie na tym, że ktoś potrafi założyć kleszcze i przyłożyć siłę. Chodzi o to, że lekarz wie, kiedy taki zabieg wykonać, w jaki sposób, z jaką siłą i w którym miejscu ją przyłożyć. To wymaga wiedzy, doświadczenia i odpowiedzialności. Przypomina mi się, jak asystenci mojego ojca, który przez ponad ćwierć wieku był ordynatorem oddziału zabiegowego, pytali, jakie

I Konferencja Radiologii Stomatologicznej i Szczękowo-Twarzowej

22–23 maja 2025, Warszawa

Konferencja pod honorowym patronatem JM Rektora WUM prof. Rafała Krenkego i Pani Dziekan Wydziału Lekarsko-Stomatologicznego WUM prof. Agnieszki Mielczarek

CZWARTEK (22 maja)

- 9:00 Rejestracja, otwarcie konferencji
- 9:45 **Prof. Daniel Tocolini (ANG)**
„Cefalometria 3D i protokoły cyfrowy planowania leczenia ortodontycznego”
- 10:30 **Dr n. med. Javier Echarri (ANG)**
„Leczenie zaburzeń SSŻ: przed, w trakcie czy po leczeniu ortodontycznym? Wytyczne kliniczne i protokoły z wykorzystaniem MR i CBCT”
- 11:15 Przerwa kawowa
- 11:30 **Lek. dent. Agnieszka Galwas i dr n. med. Małgorzata Kuc-Michalska**
„Analiza zmian morfologicznych w przebiegu leczenia wad szkieletowych z wykorzystaniem nalożeń 3D”
- 12:15 Zjazd walny Polskiego Towarzystwa Radiologii Stomatologicznej i Szczękowo-Twarzowej
- 13:00 Lunch
- PANEL OBRAZOWANIA CYFROWEGO I WIRTUALNEJ RZECZYWISTOŚCI (sesja popołudniowa)**
- 14:15 **Dr n. pr. Zbigniew Więckowski**
„Odpowiedzialność cywilna za szkody wyrządzone przez wyroby medyczne zawierające algorytmy AI”
- 14:50 **Lek. dent. Artur Ostrysz**
„Robotyka i nanorobotyka w stomatologii: zarys historyczny, obecne zastosowania i przyszłe kierunki”
- 15:25 **Prof. Paweł Dłotko**
„Metody topologiczne w diagnostyce medycznej.”
- 16:00 Przerwa kawowa
- 16:15 **Prof. Marek Niezgódka**
„Cyfrowe infrastruktury zindywidualizowanej terapii: kilka refleksji na temat szans i wyzwań”
- 16:50 **Dr hab. n. med. Piotr Regulski**
Zastosowanie sztucznej inteligencji w stomatologii i medycynie”

PIĄTEK (23 maja)

- 9:00 **Prof. Kazimierz Szopiński**
„Obrazowanie zatok przynosowych dla dentystów”
- 9:45 **prof. Reinhilde Jacobs (ANG)**
„The radiologist behind the AI: to see or not to see?”
- 10:45 Przerwa kawowa
- 11:00 **Prof. Marta Dyszkiewicz-Konwińska**
„Podstawowe zasady raportowania badań stomatologicznych z użyciem CBCT”
- 11:45 **Prof. Dorota Olczak-Kowalczyk i dr n. med. Anna Pogorzelska**
„Urazy zębów u dzieci – czego nie widać w badaniach radiologicznych?”
- 12:30 **Dr hab. n. med. Krzysztof Dowgierd, prof. UWM**
„Diagnostyka obrazowa w wadach twarzy u dzieci”
- 13:15 Lunch
- 14:15 Wystąpienie sponsora
- 14:30 **Dr n. med. Michał Szałwiński**
„Anatomia i radiologia stawu skroniowo-żuchwowego”
- 15:25 **Dr hab. n. med. Monika Machoy**
„Precyzyjna diagnostyka radiologiczna w ortodontacji i periodontologii – kiedy konwencjonalne zdjęcia to za mało?”
- 16:00 **Dr n. med. Marcin Aluchna**
„Stomatologia – promieniowanie X Y Z”
- 16:45 Zakończenie konferencji

Za udział w konferencji lekarzowi przysługuje 10 punktów edukacyjnych

Formularz rejestracji, sylwetki wykładowców oraz szczegółowe informacje znajdują Państwo na stronie internetowej. W razie dodatkowych pytań zapraszamy do kontaktu: info@ptrs.pl

www.konferencjaptrs.pl

Organizator:



POLSKIE
TOWARZYSTWO
RADIOLOGII
STOMATOLOGICZNEJ
I SZCZĘKOWO-TWARZOWEJ

Patronat:



Okręgowa Izba Lekarska
w Warszawie
im. prof. Jana Niełubowicza

Sponsor Główny:

vatech

Sponsorzy:



TRACHEM
ORTHODONTICS

mkj teleradiologia

DentalHolding

Patroni Medialni:

puls

**nowy
gabinet
stomatologiczny**

Udając lekarza – syndrom oszusta



ANNA PRAWDZIK

Zespół Młodych Lekarzy Dentystów
Komisji ds. Lekarzy Dentystów

Początek kariery zawodowej w medycynie to moment, w którym uczeń, a później student, staje się lekarzem – osobą posiadającą wiedzę i uprawnienia do leczenia. Doświadczenia wkraczających w zawód lekarzy pokazują jednak, że zmiana w postrzeganiu siebie i relacjach z bardziej doświadczonymi lekarzami nie jest ani natychmiastowa, ani pewna. Medycyna wiąże się z przekuwaniem wiedzy i teorii na praktykę, a istotnym czynnikiem w pracy, zwłaszcza zabiegowej, jest doświadczenie. Czy w obliczu świadomości jego znaczenia młody lekarz może być pewny siebie?

Syndrom oszusta to zjawisko psychologiczne polegające na braku wiary we własne kompetencje pomimo istnienia obiektywnych przesłanek potwierdzających sukcesy. Odczuwany jest lęk przed zdemaskowaniem oraz ma się poczucie oszukiwania, jak gdyby osiągnięte sukcesy były wynikiem łutu szczęścia czy przypadku. Szacuje się, że aż 70 proc. społeczeństwa na pewnym etapie życia doświadczy syndromu oszusta.

Lekarz dentysta po ukończeniu stażu podyplomowego rozpoczyna pracę w gabinecie, gdzie staje przed pacjentem, który oprócz oczekiwań związanych z leczeniem poszukuje w lekarzu pewności siebie i wiary we własne kompetencje. Skuteczne postawienie diagnozy i przedstawienie planu leczenia to tylko wstęp. Proces leczniczy wymaga współpracy z pacjentem, a w niej niezbędne są

kompetencje miękkie. Poczucie nieadekwatności i „udawanie” w pracy lekarza może w znaczący sposób utrudniać relacje zarówno z pacjentami, jak i współpracownikami.

Presja wynikająca z obawy przed konsekwencjami błędów, porównywanie się z innymi lekarzami oraz ambicja i perfekcjonizm mogą prowadzić do odczuwania stresu i niepokoju w pracy. Utrzymywanie się niepewności, mimo dobrych wyników leczenia i pozytywnej informacji zwrotnej, może świadczyć o występowaniu syndromu oszusta. Skutki obejmują obniżenie efektywno-

ści pracy, lęk przed podejmowaniem decyzji, prokrastynację oraz nadmierne kontrolowanie efektów pracy. Długotrwałe utrzymywanie się tego stanu może przyczynić się do rozwoju wypalenia zawodowego.

Media społecznościowe kreują często obraz perfekcyjnych specjalistów odnoszących wyłącznie sukcesy, co może pogłębiać syndrom oszusta u tych, którzy zmagają się z wątpliwościami. W rzeczywistości poczucie niepewności dotyczy także osób o uznanych na świecie osiągnięciach. Albert Einstein powiedział do przyjaciela: *Przesadny szacunek, jakim darzona jest moja życiowa praca, sprawia, że czuję się bardzo nieswojo. Czuję się zmuszony myśleć o sobie jako o mimowolnym oszuście.*

Ambicja stanowi istotne źródło motywacji w pracy lekarza, a wątpliwości i poczucie nieadekwatności są naturalnymi etapami w procesie zdobywania doświadczenia. Kluczem do przezwyciężenia syndromu oszusta jest stawianie sobie realistycznych celów, stopniowe doskonalenie umiejętności – zarówno technicznych, jak i miękkich – oraz docenienie własnych osiągnięć. Prawdziwa pewność siebie w zawodzie lekarza nie polega na braku wątpliwości, lecz na umiejętności stawiania im czoła i traktowania jako impulsu do dalszego rozwoju. ●



Międzynarodowe spotkanie ekspertów – Zachód–Wschód 2025



Aula konferencyjna Dziecięcego Szpitala Klinicznego im. prof. P. Brudzińskiego w Warszawie wypełniła się 10 kwietnia 2025 r. uczestnikami XVIII Międzynarodowej Konferencji Zachód–Wschód.

Wydarzenie zostało zorganizowane przez Wydział Lekarsko-Stomatologiczny Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, Okręgową Izbę Lekarską w Warszawie, Komisję ds. Lekarzy Dentystów oraz Polskie Towarzystwo Stomatologiczne. Konferencja rozpoczęła się punktualnie o godzinie 9.00 i trwała do późnych godzin popołudniowych.

Spotkanie otworzyła prof. dr hab. Agnieszka Mielczarek, dziekan Wydziału Lekarsko-Stomatologicznego WUM, która przywitała uczestników i zaznaczyła, że konferencja Zachód–Wschód osiągnęła swoją „pełnoletność” i na stałe wpisała się w kalendarz wydarzeń naukowych zarówno wydziału, jak i całej uczelni. Podkreśliła, że współczesne wyzwania zdrowotne są coraz bardziej złożone, dlatego przedstawiciele zawodów medycznych powinni wspólnie poszukiwać innowacyjnych rozwiązań – zarówno terapeutycznych, jak i technologicznych. Konferencja to doskonała

okazja do dzielenia się doświadczeniem oraz prezentacji osiągnięć naukowych. Tematem przewodnim tegorocznej edycji jest opieka nad pacjentem z różnymi niepełnosprawnościami. – *Wierzę, że zaproponowane wykłady poszerzą państwa wiedzę i zainspirują do dalszej pracy na rzecz poprawy zdrowia pacjentów* – zakończyła prof. Mielczarek.

Następnie głos zabrał dr Artur Drobniak, prezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie, który poinformował, że udział w konferencji zadeklarowało ponad 300 uczestników. Podkreślił, że OIL w Warszawie poświęca wiele uwagi problemom środowiska lekarzy dentystów, nie ograniczając się jedynie do bieżących wyzwań, lecz także wspierając rozwój medycyny w regionie. – *Wierzę, że te dwa dni owocnych obrad będą dla państwa inspiracją do dalszego rozwoju zawo-*

dowego – powiedział prezes. W imieniu Komisji ds. Lekarzy Dentystów zaprosił również na nadchodzące Mazowieckie Spotkania Stomatologiczne.

Honorowy patronat nad konferencją objął rektor WUM, prof. dr hab. Rafał Krenke. Wśród zaproszonych gości znaleźli się przedstawiciele władz uczelni, a także zagraniczni goście. Wśród nich prof. dr hab. Nataliia Bidenko z Bogomolets National Medical University w Kijowie oraz prof. Mark S. Wolff z University of Pennsylvania.

Konferencja Zachód–Wschód, którą zapoczątkował prof. dr hab. Janusz Piekarczyk, od lat cieszy się niesłabnącym zainteresowaniem środowiska medycznego oraz specjalistów pokrewnych dziedzin. Podczas sesji naukowych omawiano różnorodne tematy – od nowoczesnych metod diagnostyki klinicznej po innowacyjne terapie schorzeń ogólnoustrojowych i stomatologicznych. Wymiana doświadczeń, prezentacje przypadków oraz panele dyskusyjne były miejscem do pogłębionej refleksji nad aktualnymi wyzwaniami medycyny.

Konferencja nie zakończyła się na jednym dniu. W sobotę, 12 kwietnia, uczestnicy wzięli udział w Dniu Endodontycznym – wyjątkowym wydarzeniu z udziałem uznanych ekspertów z University of Pennsylvania oraz Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Wszystkie wykłady i warsztaty tego dnia odbywały się w języku angielskim, co podkreśliło międzynarodowy charakter konferencji.



fot. Radosław Celmer (2)

Królowa się zestarzała

W ostatni weekend marca w Domu Pracy Twórczej w Radziejowicach odbyła się konferencja „Problemy interny na Mazowszu”. Niestety, obraz wyłaniający się z dwudniowej dyskusji nie jest ani optymistyczny, ani wiosenny. Niegdyśjsza wspaniała królowa medycyny ma dziś twarz 80-latką z wielochorobowością, za leczenie którego NFZ nie jest skłonny płacić tyle, ile naprawdę potrzeba.

Wspotkaniu, zorganizowanym przez warszawski oddział Towarzystwa Internistów Polskich oraz konsultanta wojewódzkiego ds. interny, dr. n. med. Marka Stopińskiego, wzięli udział m.in. prof. Ilona Kurnatowska, konsultant krajowy, prof. Jan Duława, prezes TIP, prof. Krzysztof Mucha, prezes oddziału warszawskiego TIP, Agnieszka Gorgoń-Komor, senator RP, Klaudiusz Komor, wiceprezes NRL, Artur Drobnik, prezes ORL, prof. Piotr Kryst, dyrektor CMKP, prof. Ryszard Gellert, kierownik Kliniki Nefrologii i Chorób Wewnętrznych CMKP, Filip Nowak, prezes NFZ, Daniel Rutkowski, prezes AOTMiT, Urszula Kuroczyńska, zastępca dyrektora Wydziału Zdrowia Mazowieckiego Urzędu Wojewódzkiego, Tomasz Krupski, burmistrz Grodziska Mazowieckiego, oraz Krystyna Plukis, dyrektor Szpitala Zachodniego.

– *Interna się zapadła, ale cieszę się, że wiele osób próbuje ją jeszcze ratować. Myślę, że razem mamy szansę i nam się uda* – powiedział dr Stopiński, otwierając spotkanie. Następnie głos zabrała prof. Ilona Kurnatowska, która zwróciła uwagę, że z mapy potrzeb zdrowotnych przygotowanej na lata 2022–2026 wynika, że jednym z najważniejszych problemów kadry medycznej jest jej starzenie się oraz zbyt mała liczba lekarzy w stosunku do potrzeb. Największy deficyt specjalistów występuje w przypadku chorób wewnętrznych – brakuje ponad 14 tys. lekarzy. Profesor mówiła również o możliwościach kształcenia w zakresie chorób wewnętrznych oraz funduszach unijnych i programach, które młodsze pokolenie lekarzy może wykorzystać, wybierając tę specjalizację. Podkreśli-

ła także możliwość korzystania z tych funduszy przez OIL i NIL w celu organizowania kursów dla internistów.

Prawdziwa dyskusja rozgorzała, gdy głos zabrał przedstawiciel NFZ. Nadwykonania, ryczałty czy *fee for service* to terminy, które internista powinien znać doskonale. To smutna konstatacja, ponieważ przez lata internista był przede wszystkim lekarzem skupionym na chorym, a dziś coraz częściej pełni rolę ekonomisty, zmuszony do wypełniania rubryk w Excelu i sprawdzania wycen JGP (jednorodnych grup pacjentów). Uczestnicy konferencji nie mieli złudzeń: zmiany same się nie dokonają, a obecny model finansowania opieki zdrowotnej przez NFZ pozostaje niewystarczający. Wszyscy obecni, w tym lekarz senator Agnieszka Gorgoń-Komor, przekonywali, że problem ten jest dostrzegany również na Wiejskiej.

– *Pamiętam czasy, kiedy neurolog oceniał pacjenta z podejrzeniem udaru na podstawie badania fizykalnego, później doszła tomografia, a teraz bez rezo-*

nansu się nie obejdzie. To pokazuje, jak rosną koszty diagnostyki i leczenia na oddziałach wewnętrznych – zauważyła prof. Ilona Kurnatowska.

Malejąca liczba internistów to tylko jedna strona problemu. Drugą jest starzejące się społeczeństwo i związana z tym wielochorobowość. Podkreślono, że nadwykonania staną się coraz częstsze, ponieważ najwięcej pacjentów na oddziałach wewnętrznych to osoby powyżej 60. roku życia (aż 75 proc.). Młodszych pacjentów, poniżej 50. roku życia, jest mniej niż 15 proc. Jak podsumował prof. Duława, zmiany w finansowaniu leczenia są konieczne, sytuacja jest poważna, a papier przyjmie wszystko.

– *Jeden z najśłynniejszych aforyzmów Marka Twaina brzmi: Są trzy rodzaje kłamstw: kłamstwa, cholerne kłamstwa i statystyki. Proszę o tym pamiętać, bo załamanie interny spowoduje załamanie medycyny w ogóle* – zakończył profesor.

W dyskusji głos zabrał również prezes ORL w Warszawie, który zauważył, że zbyt dużo mówi się o pieniądzach, a za mało o samej medycynie. – *50 lat temu interna była królową nauk medycznych, a ludzie chcieli robić z niej specjalizację, ponieważ to była wspaniała droga pozwalająca rozłożyć człowieka na „czynniki pierwsze”. Mam nadzieję, że nadal tak będzie* – powiedział prezes Artur Drobnik.

Radziejowicka konferencja była interesująca i pouczająca, jednak najważniejsze pytanie – czy zmiany, o których dyskutowano, są możliwe w obecnym systemie – pozostało bez odpowiedzi. ●



fot. D. Lebedzińska

Interna na rozdrożu

Interna mierzy się dziś z wieloma wyzwaniami – od braków kadrowych i problemów z kształceniem lekarzy, poprzez niedostosowany system finansowania, po rosnącą liczbę pacjentów z wielochorobowością. Jakie zmiany są konieczne, by poprawić funkcjonowanie tej kluczowej dziedziny medycyny? Mówi o tym **dr n. med. Marek Stopiński**, konsultant wojewódzki ds. interny.

rozmawiała **DOROTA LEBIEDZIŃSKA**

W ostatnich dniach marca odbyła się konferencja dotycząca wyzwań interny na Mazowszu. Jakże konkretnie to wyzwania?

Jest ich wiele, ale najważniejsze to poprawa kształcenia lekarzy oraz dostosowanie systemu finansowania do rzeczywistych potrzeb pacjentów internistycznych. Konsultant krajowy ds. interny podjął działania mające na celu wprowadzenie egzaminu po pierwszym module internistycznym. Pozwoli to na lepsze przygotowanie lekarzy i sprawi, że będą bardziej skoncentrowani na zdobywaniu wiedzy na temat chorób wewnętrznych. Pracujemy również nad umożliwieniem internistom, po uzyskaniu tytułu specjalisty chorób wewnętrznych, otwarcia krótkiej rezydentury dwu-, trzyletniej, pozwalającej uzyskać inną specjalizację szczygółową. Obecnie lekarze mogą odbyć tylko jedną rezydenturę, co ogranicza

możliwości dalszego kształcenia. Ministerstwo Zdrowia podjęło już kroki w tym kierunku, a finansowanie takiej rezydentury miałoby pochodzić z budżetu państwa.

Pomówmy o finansach. Czyba nikt nie ma złudzeń, że pacjent z interny zasadniczo różni się od tego np. z ortopedii.

System finansowania interny opiera się tak jak w innych specjalnościach na procedurach. Wiadomo, że pacjenci internistyczni to chorzy z wielochorobowością, a to wymaga kompleksowego podejścia. Leczenie kilku schorzeń powinno być odpowiednio wynagradzane. Nie możemy postrzegać naszych chorzych wyłącznie przez pryzmat jednej procedury, tak jak w przypadku chociażby procedur zabiegowych. Obecnie NFZ często finansuje tylko jedną procedurę, co nie odzwierciedla rzeczywistych kosztów opieki internistycznej.

Jakie to ma konsekwencje?

Choć NFZ finansuje leczenie tylko jednej procedury, w 99 proc. przypadków chory na oddziale wewnętrznym wymaga wielu interwencji naraz. Proces diagnostyczno-terapeutyczny w zakresie interny od początku hospitalizacji prowadzony jest wielokierunkowo. Leczymy chorego kompleksowo, ale możemy rozliczyć tylko jedną jednostkę chorobową. Takie podejście zaprzecza holistycznemu spojrzeniu na pacjenta i znacząco utrudnia funkcjonowanie oddziałów internistycznych.

Da się zmienić sposób myślenia urzędników?

Tak, prowadzimy rozmowy z Narodowym Funduszem Zdrowia oraz Agencją Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, bo tak naprawdę to Agencja prowadzi prace nad wyceną procedur i analizuje ich koszty. Wspólnie z prezesami Danielem Rutkowskim z AOTMiT i Filipem Nowakiem z NFZ przekonujemy do zmiany podejścia. Chcemy wypracować kompromis, który będzie uwzględniał specyfikę pacjenta internistycznego, czyli przede wszystkim starszego i z wielochorobowością.

Czy rzeczywiście wielochorobowość dotyczy wyłącznie osób starszych?

Nie tylko. Jest ona domeną pacjentów w podeszłym wieku, jednak obecnie występuje u dużo młodszych – pięćdziesięcio- czy sześćdziesięcioletków. Często trafiają oni do nas z nowo rozpoznaną cukrzycą, niewyrównanym nadciśnieniem, otyłością czy podejrzeniem choroby nowotworowej. Schorzenia te wymagają kompleksowego podejścia diagnostycznego i terapeutycznego.

Jak wygląda sytuacja interny w szpitalach?

Interna to kluczowy element systemu ochrony zdrowia. Na Mazowszu mamy 67 oddziałów internistycznych, które rocznie hospitalizują ponad 100 tys. pacjentów. Inaczej mówiąc, na Mazowszu mamy ponad 3 tys. łóżek internistycznych, co stanowi ok. 12–13 proc. całej bazy łóżek szpitalnych. W porównaniu z innymi specjalizacjami oddziały internistyczne są największym

graczem w systemie ochrony zdrowia. Pełnią funkcję swoistego „wentylu bezpieczeństwa” dla całego systemu, przyjmując pacjentów w stanie zagrożenia życia. Mimo takich zasobów problemem jest nadal baza łóżkowa – interny są wciąż pełne, a czas oczekiwania na przyjęcie z SOR jest długi. Niekiedy nawet trwa dwa–trzy dni, bo pacjent czeka na wolne łóżko w oddziale, aż innego wypiszemy do domu. A zdarza się, że nie mamy gdzie go wypisać, bo np. jest samotny, ma początki demencji lub jest leżący i wymaga całodobowej opieki. Dlatego bardzo ważny jest rozwój opieki hospicyjnej i długoterminowej. Średni pobyt chorego na oddziale wewnętrznym wynosi osiem dni i to jest długo. Staramy się te pobyty skracać, ale nie ze względów ekonomicznych. Przedłużanie hospitalizacji chorego skutkuje różnymi powikłaniami, np. szczególnie groźnymi infekcjami wewnątrzszpitalnymi.

Proszę pamiętać, my praktycznie nie prowadzimy przyjęć planowych. Nasi pacjenci przyjmowani są w większości w stanach zagrożenia życia: z niewydolnością oddechową, niewydolnością serca, rozwijającą się ciężką infekcją, z ciężkimi uszkodzeniami wątroby lub zaawansowaną chorobą nowotworową. Wielu z nich wymaga natychmiastowej diagnostyki i leczenia.

Czy oprócz problemów związanych z przeciążeniem interny w szpitalach dostrzega pan jeszcze inne wyzwania?

Tak, jednym z nich jest podejście społeczeństwa do śmierci i umierania. W naszej kulturze brakuje otwartej dyskusji na ten temat. Mówię to w kontekście pacjenta w podeszłym wieku obciążonego wielochorobowością lub chorego w schyłkowym okresie choroby, np. nowotworowej. Lekarze często spotykają się z sytuacjami, w których rodzina obwinia ich o śmierć bliskiej osoby, mimo że była ona nieunikniona. Społeczeństwo nie jest przygotowane na rozmowę o końcu życia. Wielu ludzi wierzy, że medycyna może przedłużyć życie w nieskończoność, ale niestety, nic się nie zmieniło, nadal mamy choroby śmiertelne, takie jak udar, zawał serca czy ciężkie infekcje.

Uważa pan, że społeczeństwo nie jest oswojone ze śmiercią?

Dokładnie. Dawniej ludzie częściej stykali się ze śmiercią bliskich, była ona naturalną częścią życia. Dziś śmierć została niemal „ukryta” przed społeczeństwem. W efekcie, gdy nagle umiera bliska osoba, rodzina nie może się z tym pogodzić i szuka winnych. Musimy także uświadamiać ludzi, że w schyłkowym okresie wielu chorób powinniśmy unikać agresywnych terapii, które nie są w stanie pomóc choremu, a zapewnić mu optymalną opiekę i godne warunki w końcowym okresie życia. Medycyna zna pojęcie „terapii daremnej” – czyli leczenia, które nie przynosi pacjentowi korzyści, a może jedynie wydłużać jego cierpienie. Niestety, nasze prawo nadal nie nadąża za współczesną medycyną i brakuje jasnych regulacji w tym zakresie.

Jakie widzi pan rozwiązanie?

Przede wszystkim potrzebujemy edukacji społeczeństwa na temat procesu umierania. To nie jest nagły moment, ale długotrwały proces. Większość ludzi umiera powoli. Stopniowe wygaszanie funkcji organizmu może trwać tygodnie lub miesiące. Musimy mieć odwagę mówić o śmierci otwarcie – zarówno w środowisku medycznym, jak i w rodzinach. W przeciwnym razie będziemy nadal konfrontowani z sytuacjami, w których lekarze są niesłusznie oskarżani o brak skutecznego leczenia, podczas gdy tak naprawdę doszliśmy do granic medycyny.

Co jeszcze wymaga zmiany?

Medycyna w Polsce wymaga reformy, trzeba skonsolidować szpitale. Nie potrafię dziś precyzyjnie powiedzieć, jak



fot. D. Lebedzińska

powinno się to odbyć, ale z całą pewnością zasoby ludzkie z małych placówek muszą być przeniesione do dużych, tak jak to się stało w wielu krajach, m.in. w Danii. Zdecydowanie musimy też poprawić leczenie w POZ. Lekarz podstawowej opieki nie może mieć 15 minut na wizytę. Musi przejąć obowiązki profilaktyczne. Trzeba odwrócić tę piramidę, w której dziś u podstawy stoi szpital, a na wierzchołku jest opieka ambulatoryjna. Rozmawiamy o tym od dawna.

Dla rozwoju interny widzę ogromną przyszłość w koncepcji zapewnienia podstawowej specjalistycznej pomocy szerokiej grupie chorych. Mam też nadzieję, o czym powiedziałem na wstępie, że NFZ i AOTMiT wprowadzą rozliczenia obejmujące kompleksowe leczenie pacjenta internistycznego. Ważne jest również dalsze rozwijanie systemu kształcenia lekarzy oraz poprawa organizacji pracy oddziałów internistycznych. Bez tych wszystkich zmian interny będzie miała coraz większe trudności w funkcjonowaniu, co ostatecznie odbije się na pacjentach. ●

Skąd wziąć pieniądze?



MAŁGORZATA SOLECKA
dziennikarka

Luka w finansach NFZ do roku 2027 wyniesie 111,4 mld zł – ocenia zespół ekspertów SGH. I przedstawia rekomendacje naprawy sytuacji. Naprawy, czyli zrównoważenia budżetu NFZ i uczynienia go bardziej odpornym na wstrząsy. Trudno nie zauważyć, że polityczne decyzje idą w zupełnie odwrotnym kierunku.

Mamy w tym roku już dwa raporty dotyczące sytuacji finansowej NFZ. Oprócz opracowania think tanku SGH swoje wyliczenia przedstawili eksperci Federacji Przedsiębiorców Polskich i Instytutu Finansów Publicznych. Ten drugi raport, obejmujący lata 2025–2028, szacuje lukę w finansach Funduszu na 200–250 mld zł, uzależniając jej ostateczny rozmiar od decyzji, jakie będą – wkrótce – podejmować politycy.

Jedna z nich dotyczy obniżenia składki zdrowotnej płaconej przez przedsiębiorców. Obietnica z kampanii wybor-

czej 2023 ma zostać „dowieziona” i od stycznia 2026 r. 95 proc. przedsiębiorców, wśród których lwia część to osoby samozatrudnione, ma płacić niższą składkę zdrowotną.

Przeciw takiemu rozwiązaniu protestują posłowie Lewicy (i partii Razem) oraz samorząd lekarski. Negatywne stanowisko zajęła minister zdrowia Izabela Leszczyna, stwierdzając na dobę przed zaplanowanym głosowaniem: *NFZ tego nie udźwignie* (co zresztą stało się jedną z głównych przyczyn rezygnacji z głosowania na marcowym posiedzeniu Sejmu). Jednak liderzy Koalicji Obywatelskiej oraz klubów Trzeciej Drogi uważają, że co zostało obiecanie, musi zostać dotrzymane – nawet jeśli oznaczałoby to pogłębienie problemów systemu ochrony zdrowia. Wydaje się zresztą, że politycy optujący za obniżeniem składki mają dość mgliste pojęcie, jak naprawdę wyglądają realia i potrzeby systemu (i pacjentów). Trudno czym innym, jak tylko niewiedzą, tłumaczyć deklarację Rafała Trzaskowskiego (1 kwietnia, ale z pewnością nie był to żart primaaprilisowy), że składka zdrowotna powinna być „stopniowo obniżana”, ale by to było możliwe, potrzebna jest „reformacja ochrony zdrowia”.

Politycy są jednak odosobnieni – teza, że system ochrony zdrowia ma rezerwy, w których można znaleźć oszczędności pozwalające na zmniejszanie przychodów, nie wytrzymuje konfrontacji z rzeczywistością. I nie zmienia tego nawet oczywista zgoda na temat konieczności

racjonalizacji wydatków czy poszukiwania sposobów optymalizowania kosztów. Ekspertki nie pozostawiają żadnych złudzeń: potrzebujemy wyższych nakładów, by uniknąć czarnego scenariusza, w którym publiczny system zacznie odcinać kolejne grupy pacjentów od świadczeń (może się to stać np. w ujęciu geograficznym, w niektórych regionach kraju dostępność do opieki medycznej może być jeszcze bardziej problematyczna niż w tej chwili).

– *Luka z roku na rok się pogłębia. Finansowanie ochrony zdrowia staje się coraz bardziej zależne od dotacji z budżetu państwa. Co jest problemem, który widzimy przy negocjacjach dotyczących planu finansowego NFZ na 2025 rok* – tłumaczyła podczas prezentacji raportu prof. Monika Raulinajtys-Grzybek, przewodnicząca zespołu ekspertów.

Ekspertki SGH przygotowali 10 propozycji źródeł finansowania ochrony zdrowia oraz wyliczyli ich stopień pokrycia całościowej luki przez każde z rozwiązań:

- Składka zdrowotna dzieci finansowana z budżetu – 43 proc.
- Składka zdrowotna współpłacana przez pracodawców – 37,6 proc.
- Wzrost i wyrównanie stopy składki zdrowotnej – 32,9 proc.
- Część akcyzy na cele zdrowotne – 11,2 proc.
- Pomoc doraźna i ratownictwo medyczne finansowane z budżetu państwa – 12,4 proc.

- Wydłużenie i wyrównanie wieku emerytalnego – 4,8 proc.
- Wyższy podatek „cukrowy”, nowy podatek „tłuszczowy” – 1,9–2,7 proc.
- Współfinansowanie świadczeń przez pacjentów – 5,6 proc.
- Uzupełniające prywatne ubezpieczenia zdrowotne – 5,7 proc.
- Możliwość przekazania 1,5 proc. podatku na opiekę zdrowotną (chodzi o wprowadzenie na listę beneficjentów szpitali) – 0,05 proc.

Widać bardzo wyraźnie, że najpotężniejszy wpływ na zmianę (poprawę) sytuacji miałyby działania w obszarze składki zdrowotnej, tylko o kierunku dokładnie odwrotnym do przeprowadzanego obecnie przez polityków. Największym zastrzykiem finansowym byłaby decyzja o odprowadzaniu składki zdrowotnej za dzieci (ok. 7 mln osób) przez budżet państwa. Gdyby wyznaczyć ją na 190 zł miesięcznie (4,5 proc. składki od podstawy minimalnego wynagrodzenia), do NFZ trafiałoby rocznie 16 mld zł. Potężnym zastrzykiem byłaby też składka zdrowotna opłacana przez pracodawców w imieniu pracowników – gdyby było to 2,5 proc., do NFZ trafiałoby rocznie 13–14 mld zł. Autorzy raportu wskazują przy tym, że Polska jest jedynym krajem z systemem „ubezpieczeniowym” (czy też raczej – składkowym), w którym składkę zdrowotną finansuje tylko pracownik. Warto również zauważyć, że np. w Czechach państwo finansuje składkę zdrowotną za osoby niemające własnego tytułu ubezpieczeniowego.

Ekspertiści kładą na stole propozycję podwyższenia składki zdrowotnej dla pracowników o 1 punkt procento-

wy, ale w procesie rozłożonym na cztery lata, po 0,25 punktu procentowego. Taka operacja została przeprowadzona w latach 2002–2006, gdy składka rosła z poziomu 7,75 proc. do 9 proc. – i praktycznie nie zostało to „zauważone” przez ubezpieczonych. Zwiększone powinny być też obciążenia składkowe dla osób prowadzących działalność gospodarczą (nie trudno zauważyć, że kierunek myślenia polityków jest dokładnie odwrotny). Autorzy raportu proponują też „wymuszenie zmian w objęciu preferencyjnym ubezpieczeniem zdrowotnym rolników”. Czy jest polityczna przestrzeń dla takich decyzji? Wydaje się, że nie – choć autorzy rekomendacji (a także wcześniej eksperci FPP i IFP) podkreślają, że politycy wkrótce mogą nie mieć wyjścia, bo konsekwencje załamania się publicznego systemu będą z politycznego punktu widzenia o wiele dotkliwsze niż „gniew” obywateli z powodu nieznacznego zwiększenia obciążeń. Izabela Leszczyna deklarowała już kilka miesięcy temu, że nie jest w stanie przekonać premiera i kolegów z partii i rządu do konieczności zwiększania składki – a ostatnie decyzje, zmierzające do wprowadzenia ograniczonego do jednej grupy ubezpieczonych, ale realnego zmniejszenia obciążeń, pokazują, jak bardzo trudne byłoby to zadanie (gdyby założyć, że ktoś chce się go podjąć).

Na liście rekomendacji są propozycje, które można uznać za na tyle kontrowersyjne (podwyższenie wieku emerytalnego), że raczej na pewno nie zostaną podjęte przez polityków, i takie, które zgłaszane są od wielu lat (wprowadzenie drobnych opłat za korzystanie ze świadczeń) i wręcz rytualnie odrzu-

cane przez kolejne ekipy (zaraz po prezentacji rekomendacji minister Izabela Leszczyna podkreślała, że nie ma mowy o wprowadzaniu opłat za usługi w publicznym systemie).

Są też jednak i takie propozycje, których realizacja nie powinna budzić sprzeciwu, jak postulat przywrócenia dotacji przedmiotowej przekazywanej z budżetu państwa na ratownictwo medyczne i pomoc doraźną, czyli powrót do stanu sprzed nowelizacji ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry z 2022 r. – gdy wprowadzano te rozwiązania, ówczesna opozycja, która dziś sprawuje władzę, wyrażała zdecydowany sprzeciw. Co stoi na przeszkodzie, by przywrócić dawne przepisy?

Praktyczne odrzucanie przez polityków rekomendacji dotyczących zwiększania przychodów systemu może mieć wprost przełożenie na większą gotowość do szukania możliwości cięć kosztów. W tym kontekście coraz większe zainteresowanie budzi ustawa o wynagrodzeniach minimalnych, która zapewnia pracownikom ochrony zdrowia rosnące wynagrodzenia, ale stawia finanse NFZ pod ścianą. Tylko w 2025 r., jak mówi wiceprezes NFZ Jakub Szulc, skumulowany koszt realizacji ustawy podwyżkowej wyniesie minimum 50 mld zł, a może sięgnąć nawet 58 mld zł. To więcej niż jedna czwarta bieżącego budżetu płatnika.

Problem z ustawą jest jeden i był zdiagnozowany już wtedy, gdy w 2022 r. była procedowana jej nowelizacja: rządzący uchwalili wówczas podwyżki, ale nie wskazali źródła ich finansowania poza „historycznym” wzrostem nakładów na zdrowie.



USŁUGI KSIĘGOWE



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



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

Pełną ofertę znajdziecie na stronie internetowej.

Zespół powiatowej opieki zdrowotnej



HANNA ODZIEMSKA

lekarz, publicysta, zastępca rzecznika odpowiedzialności zawodowej OIL w Warszawie

Przede mną siedzą trzej muskietierowie. Najstarszy i najokazalszy, bez wątpienia Portos, jest lekarzem, trochę szorstki w obyciu, ale dobrze mu patrzy z oczu.

– Zasadniczo, to ja jestem chirurgiem – mówi Portos – ale często dyżuruję na SOR, bo po prostu nie ma obsady, jak zwykle w szpitalach powiatowych.

Atos i Aramis są ratownikami z zespołów wyjazdowych na terenie tego samego powiatu, przywożą pacjentów do szpitala również na dyżurach Portosa. Atos bardziej doświadczony, około czterdziestki, energiczny i zdecydowany. Aramis młodszy, trochę przed trzydziestką, widać po nim jeszcze niewypalony entuzjazm.

– To o czym, panowie, chcecie ze mną rozmawiać? – przechodzę do meritum spotkania.

– No bo pani dużo pisze o lekarzach i pacjentach w wielkim mieście... – zaczyna Portos. – A może by pani raz napisała coś na temat opieki zdrowotnej w nieco mniejszej miejscowości?

– Może ja coś opowiem – włącza się nagle Atos – a właściwie to razem z Aramisem opowiem, bo to był nasz wspólny dyżur. Dzień powszedni, dzień wiatu rano, wezwanie do zasłabnięcia

w miejscu publicznym. Dziewczynka lat czternaście, w drodze do szkoły zasłabła z krótkotrwałą utratą przytomności, pierwszy raz w życiu. Jak dojechaliśmy, była przytomna, przy niej przestraszony ojciec. Odwoził ją do szkoły samochodem, nagle przestała się odzywać, jak się zatrzymał, to na chwilę odzyskała przytomność i znowu zemdląła. Kiedy przyjechaliśmy, była już przytomna, tylko mówiła, że czuje się słabo i że boli ją głowa. Nie mieliśmy wątpliwości, że trzeba ją zabrać na SOR. Do powiatowego, oczywiście.

– Wprowadziłem pacjentkę na wózek do SOR – ciągnie opowieść Aramis. – Atos poszedł przede mną zgłosić pacjentkę. U was, w Warszawie, to inaczej wygląda – kiedy zespół ratunkowy przywozi pacjenta na SOR, to po przeprowadzeniu *triage* daje kartę czynności ratunkowych i SOR tego pacjenta przejmuje. Ale tu jest powiat, tu są inne zwyczaje. Mówię zwyczajnie, bo tak oczywiście być nie powinno, ale nie da się z tym nawet dyskutować. W naszym szpitalu powiatowym, kiedy przywozimy dziecko, to musimy je sami zawieźć tam, gdzie jest pokój konsultacyjny pediatrii, i dopiero tam je przekazujemy.

– Żeby zawieźć dziecko na konsultację pediatrii – przerywa Atos – trzeba wjechać windą na czwarte piętro. Windy w tym szpitalu to porażka, stare, wiecznie psujące się złomy. Najpierw trzeba długo czekać, aż winda przyjedzie, a jak przyjedzie, to też nie ma gwarancji, że się tam wejdzie.

– Z powodu przepełnienia? – dopytuje.

– Przepełnienie to jedno – mówi Aramis – a wadliwe działanie to drugie. Dwa razy winda przyjechała całkiem pusta, ale drzwi otworzyły się tylko do połowy, po czym się zamknęły i winda odjechała. Wezwaliśmy ją po raz trzeci, w tym momencie dziewczynka zgłosiła, że znowu gorzej się czuje. Kiedy winda wreszcie przyjechała, to z drzwiami działało się to samo co poprzednio. Windy nie była przepełniona. Gdy drzwi zaczęły się zamykać, Atos się wcisnął i próbował je odepchnąć, żebyśmy mogli wejść. Prawie mu się to udało, ale gdy chciałem wprowadzić wózek, to starszy gość, który jechał tą windą, jak się później okazało – pracownik szpitala – zaczął się drzeć, że psujemy windę i że nas nie wpuści. Atos zaczął mu tłumaczyć, że dziecko po utracie przytomności na pediatrię wieziemy, że musimy pilnie, bo pacjentka źle się czuje...

Pan z windy dalej próbował tarasować wejście, ale Atos nie ustąpił i tym razem weszliśmy z pacjentką i jej ojcem. Wtedy ten pan zaczął nam grozić konsekwencjami... Wszystko w obecności przestraszonej małoletniej pacjentki i wyraźnie skonsternowanego ojca.

– Nikt wam nie zaproponował pomocy? – wtrącam. – Przecież pracownicy mają karty z czipem, może mógł ktoś wam pomóc zapewnić szybki priorytetowy przejazd?

– Nikt nam nie pomógł – ciągnie opowieść Atos. – Krzyczący pan wysiadł na trzecim piętrze, a my wreszcie dotarliśmy na czwarte i wprowadziliśmy pacjentkę i ojca do pokoju konsultacyjnego. Dziewczynką zajęła się pielęgniarka, my czekaliśmy na lekarza pediatrę, żeby przekazać pacjentkę. Zanim dotarł pediatra, nagle do gabinetu wtargnął nasz krzykacz z windy z jakimś drugim, który przedstawił się jako dyrektor, i znowu zaczęły się wrzaski i oskarżenia pod naszym adresem o dewastację windy. Znowu w obecności pacjentki i jej ojca. W tym czasie wszedł do gabinetu lekarz pediatra, a dziewczynka znowu zgłosiła, że gorzej się czuje, i poprosiła o ciszę. Ojciec też nie wytrzymał i stanowczo zapytał obu panów, kim są i czy ktoś wreszcie zajmie się jego chorym dzieckiem, a nie windą. Ja też nie wytrzymałem i powiedziałem, że wzywam policję.

– I wezwał pan?

– Tak – krzywi się Atos. – Złożyliśmy z Aramisem i ojcem dziewczynki zeznania, a później funkcjonariusze poszli przesłuchać pana z windy i dyrektora. Wrócili z informacją, że według wersji tamtych próbowaliśmy zdewastować windę.

– Pani nie dowierza, co? – uśmiecha się gorzko Atos. – Pani jest z Warszawy, pani nie wie, jak działa powiat. Powiat to jest, proszę pani – jak u Reja – krótka rozprawa między panem, wójtem i plebanem. My walczymy na froncie, jeździmy na wezwania, ratujemy życie i zdrowie ludzkie, a co w zamian? Wieczne pretensje, prawie o każdego pacjenta, którego przywozimy, nawet jeśli jest ewidentnie w stanie zagrożenia. Przyjęcia do szpitala bez pretensji są tylko na telefon od prominentnej osobistości powiatu, a nie tak po prostu, bo ktoś zachorował i karetka przywiozła. Szkoda gadać.

– Pan też ma jakąś powiatową opowieść, panie doktorze? – pytam Portosa.

– A mam – uśmiecha się również gorzko Portos – tyle że z drugiej strony. Jak powiedziałem, dość często mam dyżury w SOR. Niekiedy wbrew obowiązującym standardom muszę jednocześnie obstarwić oddział i SOR. To prawie niewykonalne, ale brak obsady dyżurowej to codzienność powiatowych szpitali. Tuż obok SOR mamy nocną i świąteczną pomoc lekarską, gdzie pracuje taki jeden kolega, który ma przykry zwyczaj kierować na SOR pacjentów bez rozpoznania wstępnego, tylko pisze skierowanie z podaniem objawów. Trochę to wygląda, jakby tych pacjentów nie badał... Ja wiem, że on też jest sam na tej nocnej pomocy, wiem, że jak ma do przyjęcia na dyżurze zbyt wielu pacjentów, to część po prostu zrzuca na SOR, ale to mi paraliżuje pracę, bo muszę tych pacjentów zdiagnozować i wypełnić rozbudowaną dokumentację. Wie pani, ile zajmuje zbadanie pacjenta na SOR? Pięć, siedem minut. Razem z diagnostyką i decyzją o dalszym po-

stępowaniu powinno to zająć maksymalnie kilka godzin. Ale z dokumentacją i jej obecnymi wymogami ten czas znacznie się wydłuża. Wracając do kolegi z nocnej pomocy – to trochę tak, jakby kasjerka w hipermarkecie obsługiwała kolejkę w ten sposób, że przekładałaby niezeskanowany towar ze swojej taśmy na taśmę koleżanki. Proszę mnie źle nie zrozumieć, nie porównuję pacjentów do towaru. Towar to świadczenia zdrowotne, czyli praca medyków. Tyle że hipermarket szybko by rozwiązał współpracę z taką kasjerką, a nocna pomoc, tak jak szpital i SOR, wiecznie boryka się z brakiem obsady. Nocna pomoc musi być, bo bez niej szpital nie dostanie kontraktu z NFZ. A że nocna pomoc jest w outsourcingu, to co roku jest konkurs, do którego przystępuje jedna firma, zawsze ta sama. To jest powiat, tu nie ma tłoku konkurencji. Czyli lekarz NiŚOZ może przysyłać do mnie niezdiagnozowanych pacjentów, ilu chce. On wie, że jest jeden i jest niezbędny. Ja go nawet za to nie winię. To błąd systemu.

– Panowie, czy to, o czym mówicie, jest powszechne? Wszystkie szpitale powiatowe tak działają?

– Na pewno nie wszystkie – na twarzy Portosa widać z troską – ale wiele powiatów wciąż tkwi w niechlubnej przeszłości. Wciąż rządzą tam stare układy, polityka, błędy organizacyjne. Dla mnie szpitale powiatowe obnażają niewydolność systemu jaskrawiej niż wojewódzkie. Brak ogólnego pomysłu na sprawną opiekę zdrowotną, niesłuchanie środowisk medycznych, a skutkiem tego jest podwójna wiktymizacja, bo cierpi zarówno pacjent, jak i medyk, który próbuje mu pomóc. ●



PROGRAM STYPENDIALNY



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

- nabór wniosków **do 30 września 2025 r.**
- maksymalna kwota dofinansowania **7500 zł**

Gabinet w smartfonie

Czy apki dla pacjentów się opłacają?



ARTUR OLESCH
dziennikarz

Placówkom zdrowia mają zapewnić oszczędności, a pacjentom – ułatwić korzystanie z usług medycznych i zarządzanie własnym zdrowiem. Czy aplikacje mobilne łączące świadczeniodawców ze świadczeniobiorcami przynoszą jakiegokolwiek korzyści?

Aplikacje mobilne zintegrowane z systemem gabinetowym to wygodne rozwiązanie dla pacjentów. Dla placówek medycznych wiąże się jednak także z kosztami.

IKP A APLIKACJE POD WŁASNYM SZYLDEM

Aplikacji mobilnych dla placówek medycznych na rynku jest sporo. W artykule skupimy się tylko na tych, które są rozszerzeniem systemu gabinetowego. Chodzi o rozwiązania oferowane przez dostawców oprogramowania IT, a przeznaczone do obsługi pacjentów.

Z ich pomocą pacjent może samodzielnie wybrać i umówić termin wizyty (ten będzie od razu widoczny w kalendarzu systemu gabinetowego) albo wprowadzić dane z własnych pomiarów (zostaną przekierowane do e-kartoteki pacjenta, którą widzi lekarz). Ponadto apki te oferują też takie opcje jak: sprawdzanie wyników badań laboratoryjnych, odbiór e-recepty albo telekonsultacje lekarskie. Placówka może wysłać powiadomienie o zbliżającym się terminie czy przypomnieć o szczepieniach. Pełna integracja z systemem IT powoduje, że apka pełni funkcję kanału

komunikacyjnego pomiędzy placówką zdrowia a pacjentem.

To zupełnie inna kategoria aplikacji niż Internetowe Konto Pacjenta (IKP) służące przede wszystkim do sprawdzania wykonanych świadczeń medycznych czy odbierania e-recept. Dostawcy apek dla przychodni prześcigają się w nowych funkcjach: domowa apteczka z przypomnieniami o zażywaniu leków, rezerwacja leku w aptece, informacja o liczbie pacjentów w kolejce do lekarza, w dodatku aktualizowana na żywo, udostępnianie dokumentacji medycznej, poradniki samobadania.

Aplikacje można nawet personalizować, dodając swoje logo. Często reklamuje się je jako „podnoszące poziom obsługi pacjenta” albo „redukujące czas potrzebny na prace administracyjne”, a nawet „poprawiające lojalność pacjenta w stosunku do placówki”. Czy to tylko hasła reklamowe, czy realne obietnice?

PACJENCI CHCĄ UŁATWIEŃ, PLACÓWKI MEDYCZNE UGINAJĄ SIĘ POD KOSZTAMI

Z aplikacji mobilnych zintegrowanych z systemem gabinetowym korzysta zaledwie kilka procent świadczeniodawców w Polsce. Podobnie niskie jest wykorzystanie innych rozwiązań m-zdrowia. Z najnowszego badania Centrum e-Zdrowia wynika, że tylko 14,4 proc. placówek ambulatoryjnej opieki zdrowotnej oferuje pacjentom dostęp do e-usług przez stronę internetową. Jeśli już to robią, najczęściej oferują opcję sprawdzania wyników badań laboratoryjnych on-line przez portal pacjenta (49,1 proc.). Ale już co piąty podmiot planuje wprowadzić takie usługi w najbliższych 12 miesiącach. 2,5 proc. rozważa funkcję e-rejestracji.

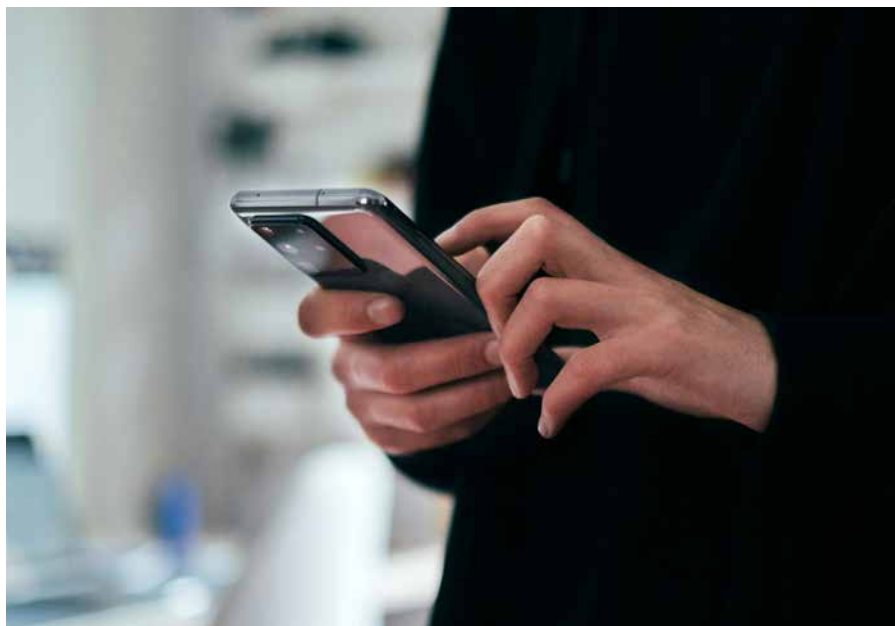
W publicznych placówkach zdrowia przeszkody pozostają te same od lat: czas potrzebny na wdrożenie nowych e-usług, koszty cyfryzacji, niskie kompetencje cyfrowe pracowników i konieczność szkoleń. To bariery, których nie jest w stanie przełamać optymizm w stosunku do e-zdrowia: aż 48,5 proc. badanych przez CeZ twierdzi, że postępująca cyfryzacja wpłynie pozytywnie na relację lekarz-pacjent. Przeciwnego zdania jest tylko 7,4 proc. respondentów.

A jak wygląda gotowość po stronie pacjentów? Pod względem technologicznym jest ona bardzo wysoka. Według badania założycielskiego Krajowego Instytutu Mediów smartfon ma w swoim gospodarstwie domowym ok. 90 proc. Polaków, najwięcej w grupie wiekowej 13–49 lat (95 proc.). W przypadku osób 65+ odsetek ten spada do 37 proc. Aż 91 proc. posiadaczy smartfonów ma dostęp do internetu, co jest niezbędne, aby korzystać z omawianych aplikacji. Pacjenci są już oswojeni z e-zdrowiem. Z Internetowego Konta Pacjenta korzysta 19 mln osób, czyli ponad połowa dorosłych Polaków, najczęściej do obsługi e-recept i e-skierowań. Z kolei z badania „e-Usługi w ochronie zdrowia” przeprowadzonego w 2022 r. przez Fundację My Pacjenci we współpracy z Centrum e-Zdrowia wynika, że najbardziej pożądanym rozwiązaniem e-zdrowia jest możliwość umawiania się on-line do lekarza lub pielęgniarki. Skorzystałoby z niego 74,8 proc. ankietowanych. Na drugim miejscu znalazło się odbieranie wyników badań laboratoryjnych przez internet (71,8 proc.).

PACJENT Z ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ

W literaturze naukowej można znaleźć wiele badań potwierdzających pozytywny wpływ aplikacji mobilnych w ochronie zdrowia. Dzięki nim pacjent staje się aktywnym uczestnikiem procesu leczenia, mogąc częściowo przejąć sprawy dotyczące zdrowia we własne ręce. W praktyce pacjenci podkreślają wygodę np. umówienia terminu wizyty, czyli swobodę wyboru dogodnego dnia i godziny, zamiast dopasowywania się do tych proponowanych telefonicznie przez rejestrację.

Wdrożenie aplikacji mobilnej dla pacjentów może faktycznie odciążyć personel administracyjny albo dzięki przypomnieniom o wizycie zmniejszyć odsetek niestawiających się. Jest jeden warunek: ten proces nie powinien ograniczać się do technicznego uruchomienia usługi i zamieszczenia przy stanowisku rejestracyjnym ulotki z kodem QR do pobrania apki i informacją, że można się umówić on-line. Nie w tym rzecz. Celem jest stworzenie nowej, cyfrowej i zaufanej relacji z pacjentem.



fot. Jonas Leupe / Unsplash

Aplikacja ma sens, jeśli pacjent wie dokładnie, w czym ona może mu pomóc. Umawianie terminów on-line czy automatyczne przypomnienia to tylko mały wrywek ich funkcjonalności. Chorym przewlekle można polecić możliwość samodzielnego wprowadzania wyników pomiarów parametrów zdrowia, aby lekarz miał do nich dostęp na ekranie komputera. Zniecierpliwionym długim czekaniem w kolejce można zaoferować opcję śledzenia na żywo liczby osób, które są przed pacjentem. Osoby zażywające kilka leków mogą ustawić przypomnienia o ich zażywaniu, a rodzice – zarządzać kalendarzem szczepień dzieci.

Oczywiście, komunikację w zakresie nowych e-usług trzeba dopasować do profilu pacjentów. Aplikację mobilną mojeIKP zainstalowało dotychczas ok. 6 mln osób, a więc tylko 1/3 zarejestrowanych na IKP. Największą grupę stanowią osoby w wieku 40–44 lat, a osoby w wieku 60+ stanowią tylko 12 proc. użytkowników. Jak widać, oprócz strategii dojrzewania cyfrowego także profil pacjentów powinien być punktem wyjścia do podjęcia decyzji, czy wprowadzenie apki w ogóle ma sens.

KOSZTY KONTRA KORZYŚCI

Informatyzacja nie jest tania. I nie chodzi tylko o koszty systemu infor-

matycznego, ale także obsługi IT, serwisu, sprzętu, aktualizacji oprogramowania, zabezpieczenia danych, szkoleń itd. Aplikacje mobilne niosą ze sobą też kilka pułapek. Choć są często oferowane bezpłatnie do systemu IT, w dłuższej perspektywie uzależniają podmiot od dostawcy – jeśli z aplikacji zaczniesz korzystać coraz więcej pacjentów, zmiana oprogramowania będzie oznaczała zmianę aplikacji. Przyzwyczajanie pacjentów do nowego narzędzia to jak zaczynanie od zera. Jeśli więc placówka planuje w najbliższym czasie reorganizację – co potencjalnie może wiązać się ze zmianą dostawcy – warto poczekać. Kolejnym elementem jest dobre zaplanowanie całego projektu. Lekarze muszą dokładnie poznać funkcje aplikacji oraz wiedzieć, jakie dane są synchronizowane, które informacje z EDM widzą pacjenci, a których nie. Wypromowanie apki wśród pacjentów to proces trwający latami. Mimo że większość z nas już korzysta z bankowości elektronicznej, rozwiązywania e-zdrowia przyjmują się trudniej. Przykładowo, największa liczba aktywowanych kont IKP przypadała na lata 2020–2022. Powód: tylko przez IKP można było umówić się na szczepienie przeciw COVID-19. Rozwiązania cyfrowe dla pacjentów muszą być praktyczne i odpowiednio promowane, aby były przez nich stosowane. ●

Co z tymi sieciami?



MAŁGORZATA SOLECKA
dziennikarka

Krajowa Sieć Onkologiczna jest, ale e-karty DiLO nie ma i na razie – nie będzie. To znaczy jest termin, w którym ma być, a nawet zastąpić kartę tradycyjną, ale to kwestia przyszłości. Czy Krajowa Sieć Onkologiczna weszła w życie po to (może nie „tylko”, ale „przede wszystkim”), by Polska mogła sięgnąć po pieniądze z KPO?

Korzyści dla pacjentów na horyzoncie, przynajmniej na razie, nie widać, wracają natomiast pytania o strukturę sieci i rozwiązania dotyczące ścieżek pacjenta. Podczas kwietniowego kongresu „Rzecznicy Zdrowia” mówiono m.in. o koordynatorach, którzy powinni w każdym ośrodku towarzyszyć pacjentom i organizować ich proces leczenia. I to robią, a pomagają im w tym... grupa na popularnym komunikatorze. Tak, Dorota Korycińska, prezes Ogólnopolskiej Fundacji Onkologicznej, zasiadająca w Krajowej Radzie Onkologicznej, przyznała, że koordynatorzy dużą część spraw (np. szukanie specjalistów, miejsc na oddziałach, ale też namiarów na innych koordynatorów) rozwiązują na grupie. Albo starają się rozwiązać. – *Koordynatorzy potrzebują narzędzi do koordynacji* – przekonywała.

Prof. Jacek Jassem zwracał uwagę na utrzymanie krytykowanej już na etapie pilotażu hierarchicznej struktury sieci i brak praktycznych rozwiązań ułatwiających współpracę poziomą. Ta współpraca, dowodził, powinna być motywu przewodnim sieci, aby jednak była możliwa, potrzebne są ramy – a tych brak. Są za to zapewnienia, że ośrodki będą ze sobą współpracować.

Sieć onkologiczna rusza, w Sejmie zaś przyspieszyły prace nad Krajową Siecią Kardiologiczną. Już wiadomo, że nie będzie tak dobrze, jak w pilotażu – część procedur będzie limitowana, pojawia się więc, prędzej czy później, problem nadwykonania. Ministerstwo Zdrowia tłumaczy to trudną sytuacją finansową Narodowego Funduszu Zdrowia, posłowie PiS w trakcie prac Komisji Zdrowia złożyli poprawkę, proponując, by świadczenia w ramach KSK były fi-

nansowane z budżetu państwa... Trudno uwierzyć, że minęło zaledwie dwa i pół roku od wniesionej przez MZ i popartej przez klub PiS nowelizacji ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry, przenoszącej wielomiliardowy blok świadczeń zdrowotnych do finansowania przez NFZ, w imię – niech to wybrzmi – ujednolicenia zasad finansowania leczenia.

Niezależnie od politycznych przepychanek nie ma wątpliwości – skoordynowane leczenie, leczenie kompleksowe, takie, w którym zaspokajane są wszystkie potrzeby pacjenta istotne dla powodzenia procesu terapeutycznego, musi kosztować. Czy będzie się ono odbywać w Krajowej Sieci Onkologicznej, czy w Krajowej Sieci Kardiologicznej, intencja jest taka, by pacjent wymagający specjalistycznej opieki medycznej otrzymywał ją w systemie publicznym, terminowo i w takiej jakości, która usprawni leczenie i zwiększy szanse na sukces (oczywiście nie zawsze będzie to powrót do pełnego zdrowia, sukces w poszczególnych jednostkach chorobowych mierzy się inaczej).

Pieniądze nie są już w tle rozmów, od wielu miesięcy są motywem przewodnim w praktycznie wszystkich dyskusjach dotyczących ochrony zdrowia, trudno się więc dziwić, że motyw ten pojawia się również podczas omawiania rozwiązań, bądź co bądź innowacyjnych, a na pewno przełomowych (w odniesieniu do schematów, w jakich do tej pory one funkcjonowały i w których poruszał się pacjent).

Zasadnicze pytanie brzmi: czy jeśli na z założenia droższe rozwiązania (jakość kosztuje, kosztuje terminowość, nawet jeśli przynoszą one realne oszczędności w postaci zmniejszenia kosztów pośrednich i efektu zdrowotnego, pieniądze trzeba wyłożyć) nałożone zostaną limity lub inne mechanizmy ograniczające możliwość korzystania z dobrodziejstw skoordynowanego i kompleksowego leczenia według standardów „niezależnie od kodu pocztowego”, nie zrobimy pełnego obrotu i nie znajdziemy się – jako system – w punkcie wyjścia. A przede wszystkim, czy w tym punkcie wyjścia nie znajdzie się wkrótce pacjent albo duża grupa pacjentów, którym wiele obiecano.

Składka zdrowotna bez zdrowego rozsądku



KRZYSZTOF HERMAN
wiceprezes ORL w Warszawie

Wostatnim czasie Sejm uchwalił ustawę obniżającą składkę zdrowotną dla przedsiębiorców. Zmiany mają wejść w życie od początku 2026 r. i obejmą około 2,5 mln przedsiębiorców, co według szacunków Ministerstwa Finansów uszczupli budżet państwa o 4,6 mld złotych rocznie.

Entuzjazm w środowiskach biznesowych – zrozumiały. Krytyka ze strony ekonomistów – spodziewana. Ale głos środowiska medycznego i pacjentów? Ten, jak zwykle, rozbrzmiewa wyłącznie echem w tle. A szkoda, bo to właśnie system ochrony zdrowia, a przede wszystkim pacjenci negatywnie odczują skutki uchwalonej ustawy.

Jako samorząd z niepokojem obserwujemy tę decyzję. Polski system ochrony zdrowia od lat boryka się z niedofinansowaniem, a obniżenie składki zdrowotnej może pogłębić ten problem. Minister finansów zapewnia, że całość kosztów związanych z tym projektem zostanie pokryta z budżetu państwa, jednak w obliczu rosnącego deficytu budżetowego rodzi to uzasadnione obawy o stabilność finansowania opieki zdrowotnej.

Warto również zwrócić uwagę na głosy sprzeciwu płynące z różnych środowisk politycznych. Obniżenie składki zdro-

wotnej może prowadzić do dalszej prywatyzacji ochrony zdrowia i pogorszenia dostępności świadczeń dla pacjentów.

Nie jestem przeciwnikiem ulżenia przedsiębiorcom. Polska ma jeden z bardziej skomplikowanych systemów podatkowych w Europie, a wielu małych i średnich przedsiębiorców balansuje na granicy opłacalności. Ale ulga podatkowa nie może odbywać się kosztem najbardziej niewrażliwego elementu państwa – zdrowia publicznego.

Tymczasem składka zdrowotna – choć przez wielu traktowana jak kolejny podatek – to realne pieniądze, które finansują właśnie ten system. Każda jej obniżka, szczególnie tak szeroko zakrojona, to mniej środków na leczenie, profilaktykę, edukację zdrowotną, inwestycje w infrastrukturę i kadry.

System ochrony zdrowia w Polsce już teraz działa na granicy wydolności. Według danych OECD w 2023 r. wydatki na zdrowie stanowiły 6,7 proc. PKB, podczas gdy średnia unijna wynosiła 9,9 proc. Obniżenie składki zdrowotnej bez zapewnienia alternatywnych źródeł finansowania może prowadzić do dalszego pogorszenia jakości i dostępności usług medycznych.

Zdrowie obywateli powinno być priorytetem, a jego finansowanie – stabilne i adekwatne do potrzeb społeczeństwa. ●

Smak truskawki, zapach nałogu



PAWEŁ WALEWSKI
autor jest publicystą „Polityki”

Rzeczywistość amatorów wapowania to iluzja między restrykcjami a nikotynową pułapką. Czy jesteśmy w stanie odciągnąć od niej młodzież zakazami?

W Polsce, gdzie dym tytoniowy wciąż unosi się nad przystankami autobusowymi jak nostalgiczny relikwiarz PRL, elektroniczne papierosy miały być rewolucją. Obietnicą dla tych, którzy nie potrafią rozstać się z nikotyną, ale chcieliby przynajmniej udawać, że dbają o swoje płuca. Bo tradycyjne papierosy straciły urok – wydobywający się z nich dym nie kojarzy się już z Humphreym Bogartem, lecz z trucizną dla płuc. Wśród współczesnych lekarzy trudno znaleźć naśladowców botaników z XVI w., którzy o tytoniu wyrażali się w superlatywach, twierdząc, że ziele to oczyszcza głowę, usuwa zmęczenie, zapobiega dżumie, leczy wrzody i rany (o nowotworach ani słowa). Ludzkość nauczyła się flirtować ze swoim zabójcą – rytuał palenia tytoniu przetrwał w różnych obszarach kulturowych, stając się symbolem wolności i emancypacji.

A czym jest papieros w naszych czasach, że wciąż ma tylu obrońców, którzy nie pozwalają go sobie odebrać? Jak

zauważyła Cassandra Tate w książce „Cigarette Wars”, palacze piętnowani są jako społeczni odszczepieńcy, gdyż debata o szkodliwości tytoniu naładowana jest agresywną motywacją moralną: szkodziś nie tylko sobie, ale również innym. *Trudno się dziwić, że domagają się respektowania prawa do swobody szkoderzenia sobie według własnego widzimisię* – twierdziła Tate, która nie była socjolożką ani psychiatrką leczącą uzależnionych, lecz dziennikarką i historyczką. Koncerny znalazły jednak sposób, by odzyskać klientelę – owocowe i deserowe smaki sprawiły, że najmłodszy użytkownicy sięgają po nie masowo.

Tymczasem w marcu 2025 r. rząd postanowił powiedzieć „dość” i do prac legislacyjnych trafił projekt zakazujący sprzedaży jednorazowych e-papierosów oraz szaszetek nikotynowych. Nowe prawo ma wejść w życie w trzecim kwartale, choć jeszcze rok temu obiecywano, że stanie się to przed wakacjami 2024 r. Cóż, w Polsce obietnice polityków mają

to do siebie, że lubią się rozmyślać jak para z waporyzatora, ale czy ten zakaz to przełom w walce o zdrowie publiczne, czy raczej kolejny odcinek zabawy w przeciąganie liny?

Rynek e-papierosów w Polsce to mikrokosmos globalnych trendów: od 7 mln użytkowników na świecie w 2011 r. do 41 mln w 2018 r., a prognozy Euro-monitora szacują, że w ciągu najbliższych dwóch lat liczba ta zbliży się do 55 mln. Wapowanie zyskało u nas popularność zwłaszcza wśród młodych – tych, którzy nigdy nie sięgnęliby po tradycyjnego szluga, lecz z przyjemnością wdychają watę cukrową albo tajska herbata z kolorowego opakowania przypominającego pendrive’a. Problem w tym, że to, co miało być mniejszym złem dla nałogowych palaczy, stało się furtką do uzależnienia dla młodego pokolenia. A teraz, gdy tajemnicze choroby rzucają cień na mit „zdrowego wapowania”, Polska próbuje nadgonić regulacyjne zaległości.

Ale zacznijmy od starej znajomej w nowym przebraniu – nikotyny. Od wieków trzyma ludzkość w szachu za pomocą rytualnych fajek Indian po eleganckie marlboro w reklamach z kowbojami. W tradycyjnych papierosach jest spalana razem z tytoniem, uwalniając arsenał toksyn – smołę, tlenek węgla, benzopiren – które zamieniają płuca w coś, co przypomina zużyty filtr od kawy. E-papierosy miały to zmienić: zamiast spalania – podgrzewanie. Zamiast dymu – para. A zamiast smrodu popielniczki – zapach arbuza. Pamiętam pierwsze konferencje prasowe, podczas których nawet alergolodzy i pulmonolodzy (tak, tak!) przekonywali nas, że wapowanie to korzystny pomost dla palaczy, którzy wreszcie chcą rzucić nałóg. Teraz słyszymy, że to raczej autostrada do nikotynowego rajku dla tych, którzy nigdy wcześniej nie palili. Ponieważ zdaniem ekspertów nikotyna, niezależnie od nośnika, to wciąż ta sama substancja: uzależniająca, podnosząca ciśnienie, obciążająca serce. A e-papierosy dodały do tego równania nowe niewiadome: chemikalia w liquidach, których długoterminowy wpływ na organizm wciąż jest zagadką.

W Polsce palenie tradycyjnych papierosów wciąż ma się dobrze – według GUS w 2023 r. paliło je 24 proc. doro-

słych. E-papierosy zdobyły serca (i płuca) młodszych. W przeciwieństwie do klasycznych waporyzatorów nie trzeba ich ładować ani napełniać. Wyjmujesz z pudełka, naciskasz przycisk, wdychasz kokosowy bourbon albo czarną porzeczkę, a potem wyrzucasz, gdy bateria padnie albo liquid się skończy. W myśl starej zasady marketingu – jeśli chcesz złapać klienta na całe życie, zacznij od nastolatka. Daj mu coś, co pachnie jak deser, a nie jak smoła, i masz przepis na sukces. Z sondażu przeprowadzonego przez szczeciński oddział Stowarzyszenia Walki z Rakiem Płuca wśród uczniów w wieku 13–19 lat wynika, że aż 77 proc. ma już za sobą inicjację nikotynową (65 proc. przyznaje się do regularnego używania wyrobów zawierających nikotynę, a niemal połowa codziennie wapuje).

Producenci twierdzą, że chodzi o redukcję szkód: *Naszym celem jest oferowanie mniej szkodliwych alternatyw dla tradycyjnych papierosów.* Ale jeśli naprawdę chodzi o zdrowie, dlaczego nie sprzedają tych urządzeń w aptekach z receptą? Odpowiedź jest prosta: bo zdrowie to jedno, a zysk to drugie. W 2019 r. amerykańskie Centra Kontroli i Zapobiegania Chorobom (CDC) zidentyfikowały 450 przypadków tajemniczej choroby płuc związanej z wapowaniem. Duszności, kaszel, gorączka, wymioty – coś, co na pierwszy rzut oka wyglądało jak ciężkie zapalenie, ale nie

reagowało na standardowe leki. Badacze z Harvardu zaczęli grzebać w składzie liquidów i znaleźli podejrzanego: octan witaminy E, dodawany do płynów z THC, który uszkadzał pęcherzyki płucne i blokował mechanizmy samoczyszczania dróg oddechowych. W takich podróbkach z Chin można znaleźć więcej trucizn, ale nawet gdyby ich tam nie było, to co z aromatami, które w żywności są nieszkodliwe, ale nikt nie testował, co się dzieje, gdy podgrzejesz je do 200 stopni i wciągniesz do płuc?

Brak danych nie oznacza braku problemu. Zakaz sprzedaży jednorazowych e-papierosów i saszetek nikotynowych (czyli woreczków z nikotyną wkładanych pod wargę jak snus) to odpowiedź na rosnącą popularność tych produktów wśród młodzieży. Projekt zakłada nie tylko zakaz sprzedaży jednorazówek, ale też zaostrzenie kontroli nad liquidami i kar za nielegalny handel. *Chcemy chronić młodych ludzi przed wpadnięciem w nałóg* – tłumaczy wiceminister zdrowia Marek Król. Brzmi szlachetnie, ale diabeł tkwi w szczegółach. Po pierwsze, zakaz nie obejmuje klasycznych e-papierosów wielokrotnego użytku, które też mają swoje atrakcyjne smaki i oczywiście nikotynę. Po drugie, egzekwowanie takich przepisów w dobie internetu to jak łapanie dymu gołymi rękami – niby się da, ale efekt marny. Za e-papierosami stoją przecież po-

teżne koncerny tytoniowe, dla których po dekadach spadków sprzedaży tradycyjnych wyrobów wapowanie okazało się nową żyłą złota. W Polsce rynek e-papierosów w 2024 r. wyceniono na 2,5 mld zł, z czego lwia część przypada właśnie na jednorazówki. Zakaz może więc uderzyć w ich portfele, ale czy na tyle, aby się poddały?

Może zamiast reaktywnych zakazów pomyśleć o kompleksowej strategii? Tymczasem lekcje edukacji zdrowotnej, na których nastolatki mogłyby się dowiedzieć, że wdychanie kokosowego bourbona z plastikowego pendrive'a to nie jest niewinna zabawa, stały się zarzewiem konfliktu. Miały być obowiązkowe, będą dobrowolne – bo przecież w kraju, gdzie priorytetem jest uczenie dzieci tabliczki mnożenia i dat bitew, zdrowie to fanaberia, na którą szkoda czasu. „Niech sobie radzą same” – zdaje się mówić system edukacji. No to radzą sobie, wapując w szkolnych toaletach i śmiejąc się z plakatów z napisem „Palenie szkodzi”. Dobrowolne pogadanki to nie strategia, to kapitulacja. Bez inwestowania w wiedzę, która dotrze do młodzieży, zanim zrobią to koncerny, możemy za rok rozmawiać o jeszcze nowszej generacji elektronicznych uzależniaczy. Jeśli historia czegośkolwiek nas nauczyła, to tego, że nikotynowi giganci zawsze znajdą sposób, by pozostać w grze.



Rada Funduszu Samopomocy

- Gdy zmarł Twój bliski, który był lekarzem lub lekarzem dentystą
- Jeśli jesteś lekarzem lub lekarzem dentystą i znalazłeś się w trudnej sytuacji finansowej z powodu choroby

Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie nie pozostawi Cię bez pomocy.

Zgłoś się do Rady Funduszu Samopomocy – możesz uzyskać pomoc finansową.

- Gdy urodzi Ci się dziecko

Rada Funduszu Samopomocy wspomże Cię w pierwszych miesiącach wychowania Twojego dziecka. SKORZYSTAJ Z IZBOWEGO BECIKOWEGO!



22 542 83 33



izba-lekarska.pl

Nieprzekraczalny termin składania wniosków – 6 miesięcy.

Czy prezydentura Trumpa wyjdzie Amerykanom i światu na zdrowie?

W Teksasie szaleje epidemia odry, najpoważniejsza od 30 lat. Powoli rozlewa się na sąsiednie stany; do początku kwietnia odnotowano już ponad pół tysiąca zachorowań. Trzy osoby zmarły, w dwóch przypadkach wirus kosztował życie dzieci. Nawet Robert F. Kennedy Jr., obecny sekretarz zdrowia USA, który przed objęciem urzędu znany był ze sceptycznej postawy wobec szczepień, dziś musi łagodzić swoje stanowisko i zachęcać do ich przyjęcia.

Bibliografia na stronie internetowej „Pulsu”



MARIA LIBURA
przewodnicząca Zespołu
Studiów Strategicznych OIL

Niestety, nie tak łatwo cofnąć wpływ lat narracji utożsamiającej obowiązkowe szczepienia z zamachem na wolność człowieka. Powrót groźnej choroby, na którą od lat mamy bezpieczną i skuteczną szczepionkę, to cena, jaką społeczeństwo płaci za polityczną maszynę, która brak zaufania do nauki przerabia na poparcie polityczne. W Teksasie wyjątkowo skutecznie udało się społeczeństwu zaszczerpieć niechęć do polityk publicznych, przedstawianych wyborcom jako przejaw opresji. Wyrazem tego jest utrzymanie szerokich wyjątków od obowiązkowych szczepień w szko-

łach (na podstawie przekonań osobistych czy religijnych). W roku szkolnym 2022–2023 ok. 8 proc. dzieci w wieku przedszkolnym miało takie zwolnienia, co stanowiło jeden z najwyższych wskaźników w USA. W związku z tym politycy, w tym obecny gubernator Teksasu Greg Abbott, stają się zakładnikami własnej narracji o konieczności minimalizowania nakazów, nawet w obliczu zagrożenia kryzysem wywołanym chorobą zakaźną. Epidemia odry może wpłynąć na przyszłe wybory w Teksasie. Jeśli liczba zgonów i zachorowań wzrośnie, ekipa gubernatora Abbotta może zostać oskarżona o zbyt łagodne podej-

ście do zagrożenia. Z drugiej strony zbyt ostra reakcja (np. wprowadzenie obowiązkowych szczepień) mogłaby zrazić jego wyborców.

Czy podobne kryzysy wpłyną na choćby częściową korektę kursu obecnej administracji w obszarze medycyny i ochrony zdrowia? Wielu na to liczy, gdyż działania USA destabilizują zastany porządek w globalnych wysiłkach na rzecz zdrowia. Już samo ogłoszenie decyzji o wycofaniu Stanów Zjednoczonych ze Światowej Organizacji Zdrowia poważnie osłabiło tę organizację. Wstrzymanie pomocy zagranicznej (np. przez USAID) to cios w zależne od niej kraje, ale potencjalnie także w zdrowie publiczne w USA. Ograniczając globalną współpracę w walce z chorobami zakaźnymi, Amerykanie zwiększają ryzyko wybuchu kolejnych, groźnych epidemii w rejonach świata zbyt ubogich, by zdołały ograniczyć ich zasięg.

Zarazem administracja obecnego prezydenta publicznie deklaruje chęć „uwolnienia amerykańskiej innowacyjności” w poszukiwaniu nowych metod leczenia. Obiecuje też dodatkowe wysiłki na rzecz poprawy zdrowia społeczeństwa poprzez inicjatywy jak Make America Healthy Again. Trudno jednak spać spokojnie, gdy równocześnie amerykańskie Narodowe Instytuty Zdrowia (NIH) zamykają w zawrotnym tempie prawie 800 projektów badawczych. Jak wynika z przeprowadzonej przez portal Nature analizy, wskutek bezprecedensowych cięć wycofano finansowanie przez te instytucje badań na tematy uznane za problematyczne. Należą do nich nie tylko COVID-19, ale także badania nad HIV/AIDS. Zmuszono w ten sposób setki badaczy do zawieszenia

lub porzucenia prowadzonych projektów. Po otrzymaniu powiadomienia, że ich badania „nie realizują już priorytetów agencji”, niektórzy musieli zwolnić swoje zespoły, a nawet zamknąć laboratoria. Z analizy Nature wynika też, że algorytm cięć opierał się prawdopodobnie na słowach kluczach, dobranych zgodnie z głównymi frontami wojen kulturowych. Największą szansę na utratę funduszy miały projekty zawierające wśród słów kluczy frazy, takie jak „LGBTQ” czy „sceptycyzm wobec szczepień”.

Nie jest też pewnie przypadkiem, że największe ubytki finansowania dotknęły akurat instytut badający zdrowie mniejszości i nierówności w zdrowiu. Jakby tego było mało, w lutym 2025 r. ograniczono wysokość tzw. kosztów pośrednich dla grantów NIH do 15 proc., co dla instytucji badawczych może skutkować stratą rzędu nawet 4–5 mld dolarów rocznie. Choć sędzia federalny w marcu 2025 r. tymczasowo zablokował te cięcia, niepewność co do kierunku działania obecnej administracji nadal wpływa na planowanie i projektowanie badań. Doraźne zamrożenie nowych grantów NIH oraz wstrzymanie przeglądów wniosków opóźniły finansowanie projektów. To zahamowało prace nad nowymi terapiami i badaniami klinicznymi, kluczowymi dla postępu w leczeniu wielu chorób, w tym nowotworowych. Również w marcu 2025 r. ogłoszono, że NIH planuje zwolnienie około 1200 pracowników, co stanowi ok. 6 proc. personelu. Jeśli zapowiedzi te zostaną zrealizowane, będzie to dodatkowe osłabienie potencjału agencji.

Ekonomiści i naukowcy ostrzegają, że obecna polityka może zagrozić pozycji USA jako niekwestionowanego dotąd lidera w badaniach biomedycznych. Niestabilność finansowania oraz gwałtowny tryb zmiany kursu nie tylko uderzają w ciągłość aktywności naukowej, ale także osłabiają zainteresowanie naukowców pracą w USA. Tu warto przypomnieć, że siłą amerykańskiego modelu było dotąd przyciąganie „umysłowej siły roboczej” z całego globu. Dziś nie tylko wybitni naukowcy, ale ambitni doktoranci zastanowią się dwa razy, czy warto inwestować w przeprowadzkę do Stanów. Sytuację próbuje wykorzystać

Kanada i inni międzynarodowi gracze, zepchnięci wcześniej przez amerykańskiego Wielkiego Brata na boczny tor.

Polityka prezydenta Donalda Trumpa ma też złożony wpływ na dostępność ochrony zdrowia dla samych obywateli USA. Już podczas swojej pierwszej kadencji dążył on do zniesienia Affordable Care Act, ustawy wprowadzonej przez Baracka Obamę, która rozszerzyła dostęp do ubezpieczeń zdrowotnych dla milionów Amerykanów, wcześniej *de facto* wykluczonych z leczenia. Chociaż pełne uchylenie ACA nie powiodło się w Kongresie w 2017 r., administracja Trumpa wprowadziła zmiany, które zmniejszyły dostępność ubezpieczeń, zwłaszcza dla osób o niższych dochodach. Zliberalizowała też zasady dotyczące krótkoterminowych planów ubezpieczeniowych, które są tańsze, ale oferują mniejszy zakres świadczeń i nie muszą obejmować osób z wcześniej zdiagnozowanymi schorzeniami. To zwiększyło dostępność tanich opcji dla zdrowych osób, ale pogorszyło sytuację tych z poważniejszymi potrzebami zdrowotnymi.

W drugiej kadencji kurs prezydenta Trumpa wydaje się jeszcze bardziej radykalny. Z początkiem 2025 r. jego rząd wprowadził cięcia w finansowa-

niu programów zdrowotnych, takich jak Medicare i Medicaid. Plany redukcji zatrudnienia w agencjach zdrowotnych (np. CDC, FDA) wywołały obawy o osłabienie infrastruktury zdrowia publicznego. Trump kontynuuje też wysiłki na rzecz urynkowania ochrony zdrowia, co obejmuje ograniczanie regulacji federalnych i wspieranie prywatnych ubezpieczycieli. Słabo udaje się przy tym obiecać obywatelom obniżenie kosztów ubezpieczeń i leków; choć niektóre grupy pacjentów zyskały, to ogólne wydatki na opiekę zdrowotną w USA pozostają najwyższe na świecie, bez proporcjonalnego efektu na zdrowie populacji.

Zmiany w USA wpisują się w szerszy kontekst polityczny, w którym nauka stała się polem ideologicznych sporów, a nawet została przez nie zdominowana. Taki stan rzeczy stanowi zagrożenie dla postępu w medycynie, może też zwiastować pojawienie się nowego lidera w biotechnologicznym wyścigu. Dla samych Amerykanów nie jest to dobra wiadomość; nie dość, że ich kraj traci do niedawna niekwestionowaną pozycję hegemonu, to rosną obawy o zdolność ich mocno niewydolnego systemu zdrowia do radzenia sobie z tak licznymi kryzysami jednocześnie. ●



fot. licencja OIL w Warszawie

Skarga na lekarza do OROZ



ZUZANNA PIERŚCIŃSKA
adwokat

Jak wygląda proces rozpoznawania wpływających do okręgowego rzecznika odpowiedzialności zawodowej skarg na lekarzy? Postępowanie składa się z kilku etapów i nie zawsze kończy się skierowaniem wniosku o ukaranie do właściwego okręgowego sądu lekarskiego.

Liczba spraw wpływających do okręgowych rzeczników odpowiedzialności zawodowej systematycznie rośnie. Tylko w latach 2020–2024 liczba ta wzrosła o ok. 46 proc.

Postępowanie dotyczące odpowiedzialności zawodowej lekarzy i lekarzy dentystów ma na celu ocenę zarówno działań, jak i zaniechań członków samorządu z punktu widzenia zasad wykonywania zawodu – tych zawartych w przepisach prawa powszechnie obowiązującego oraz zasad etycznych zawartych w Kodeksie Etyki Lekarskiej.

Odpowiedzialność zawodowa stanowi nieodzowny element wykonywania zawodu lekarza i jest niejako wpisana w „ryzyko zawodowe”. Należy jednak pamiętać, że nie każda skarga wpływająca do okręgowego rzecznika odpowie-

dzialności zawodowej kończy się skierowaniem wniosku o ukaranie do właściwego okręgowego sądu lekarskiego. Dlatego też warto wiedzieć, jak wygląda proces rozpoznawania wpływających do organu skarg i co stanowią w tym zakresie przepisy prawa.

Postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej składa się z: czynności sprawdzających, postępowania wyjaśniającego, postępowania przed sądami lekarskimi oraz postępowania wykonawczego. W artykule skupimy się jedynie na czynnościach sprawdzających i postępowaniu wyjaśniającym, a także możliwych zakończeniach tychże etapów, nazywanych łącznie czynnościami przygotowawczymi.

Zgodnie z ustawą z 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich celem czynności

sprawdzających jest wstępne zbadanie okoliczności koniecznych do ustalenia, czy istnieją podstawy do wszczęcia postępowania wyjaśniającego, postępowania wyjaśniającego zaś – ustalenie, czy został popełniony czyn mogący stanowić przewinienie zawodowe, wyjaśnienie okoliczności sprawy, a w przypadku stwierdzenia znamion przewinienia zawodowego – ustalenie obwinionego oraz zebranie, zabezpieczenie i w niezbędnym zakresie utrwalenie dowodów dla sądu lekarskiego. Na marginesie wskazać należy, że w trakcie czynności sprawdzających nie przeprowadza się dowodu z opinii biegłego ani czynności wymagających spisania protokołu, z wyjątkiem możliwości przesłuchania w charakterze świadka osoby składającej skargę na lekarza.

Decyzję o wszczęciu postępowania wyjaśniającego w danej sprawie lub odmowie jego wszczęcia podejmuje właściwy okręgowy rzecznik odpowiedzialności zawodowej po szczegółowej weryfikacji, czy informacje i okoliczności przedstawione w skardze mogą sugerować popełnienie przez lekarza przewinienia zawodowego, w tym naruszenie zasad etyki lekarskiej lub przepisów dotyczących wykonywania zawodu lekarza. Rzecznik powinien wydać postanowienie w tym zakresie niezwłocznie, niemniej w sytuacji, gdy zachodzi potrzeba uzupełnienia danych zawartych w skardze lub konieczność weryfikacji określonych faktów – postanowienie o wszczęciu albo o odmowie wszczęcia postępowania wyjaśniającego powinno zostać wydane najpóźniej w terminie trzech miesięcy od dnia wpływu skargi.

Warto wskazać, że na postanowienie o odmowie wszczęcia postępowania pokrzywdzonemu przysługuje zażalenie do okręgowego sądu lekarskiego.

Postępowanie wyjaśniające powinno być zakończone w terminie sześciu miesięcy od uzyskania przez rzecznika informacji wskazującej na możliwość popełnienia przewinienia zawodowego. W okresie tym mieści się również ewentualne postępowanie sprawdzające, którego celem jest uzupełnienie lub sprawdzenie informacji dotyczącej przewinienia zawodowego. Postępowanie takie może trwać maksymalnie trzy miesiące od otrzymania informa-



cji, w związku z czym łączny czas postępowania wyjaśniającego nie może przekroczyć sześciu miesięcy. W uzasadnionym przypadku istnieje jednak możliwość jego przedłużenia przez naczelnego rzecznika odpowiedzialności zawodowej na dalszy czas określony, nie dłuższy niż sześć miesięcy.

CO ZATEM DZIEJE SIĘ PO PRZEPROWADZENIU POSTĘPOWANIA WYJAŚNIAJĄCEGO?

Opcje są dwie: umorzenie postępowania – jeżeli przeprowadzone postępowanie wyjaśniające nie dostarczy-

ło podstaw do skierowania wniosku o ukaranie – albo wydanie postanowienia o przedstawieniu lekarzowi zarzutów – jeżeli przeprowadzone postępowanie wyjaśniające wskazuje na popełnienie przewinienia zawodowego.

Po wydaniu postanowienia o przedstawieniu zarzutów lekarz, którego dotyczy postępowanie, staje się obwinionym, co rodzi po jego stronie prawo ustanowienia obrońcy. Zgodnie z przepisami obwiniony może ustanowić nie więcej niż dwóch obrońców spośród lekarzy, adwokatów lub radców prawnych. Jest to również czas na zapoznanie się z aktami sprawy i składanie wniosków

dowodowych, po przeprowadzeniu których rzecznik może umorzyć postępowanie albo zawiadomić lekarza (oraz jego obrońcę, jeśli został ustanowiony) o terminie końcowego zaznajomienia z materiałami postępowania wyjaśniającego wraz z pouczeniem o możliwości uprzedniego przejrzenia akt. Ostatnim krokiem w tym przypadku jest skierowanie przez rzecznika wniosku o ukaranie do właściwego sądu lekarskiego. ●



Źródła podane są na stronie internetowej „Pulsu”



Polubowne rozstrzyganie sporów z pacjentami



Biuro Mediatora

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



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



E-mail: mediator@oilwaw.org.pl
Prawnik e-mail: zuzanna.pierscinska@oilwaw.org.pl

Edukacja, praktyki pseudomedyczne i bezpieczeństwo danych



FILIP NIEMCZYK
adwokat

Minister edukacji wydał dwa rozporządzenia, mocą których do programu nauczania szkół podstawowych i średnich, począwszy od roku szkolnego 2025/2026, wprowadzone zostały dwa nowe przedmioty: edukacja zdrowotna oraz edukacja obywatelska. Aktualności prawnomedycznych w zakresie ochrony zdrowia jest jeszcze więcej.

Rozporządzenia ministra edukacji wprowadzające nowe przedmioty zostały opublikowane* i będą obowiązywać od przyszłego roku szkolnego. Edukacja zdrowotna będzie przedmiotem nieobowiązkowym, który zastąpi przedmiot wychowanie do życia w rodzinie. Nauka przedmiotu będzie realizowana w szkołach podstawowych w klasach IV–VIII oraz w szkołach ponadpodstawowych. Głównym celem edukacji zdrowotnej jest kształtowanie kompetencji uczniów związanych z dbałością o zdrowie oraz budowanie potencjału zdrowotnego własnego i otoczenia. W działach tematycznych podstawy programowej przedmiotu znalazły się zagadnienia: zdrowia fizycznego, aktywności fizycznej, odżywiania, zdrowia psychicznego, zdrowia społecznego, zdrowia seksualnego, profilaktyki uzależnień i wiedzy o systemie ochrony zdrowia.

fot. Jakub Rodziejewicz

Przedmiot edukacja zdrowotna będzie nieobowiązkowy, to znaczy, że rodzice lub pełnoletni uczniowie będą mogli zgłosić dyrektorowi szkoły w formie pisemnej rezygnację z udziału w tych zajęciach. Nauczycielami przedmiotu edukacja zdrowotna mają być w szczególności osoby, które ukończyły studia przygotowujące do wykonywania zawo-

du lekarza, lekarza dentystry, farmaceuty, pielęgniarki, położnej, diagnosty laboratoryjnego, fizjoterapeuty, ratownika medycznego albo studia w zakresie zdrowia publicznego i posiadają przygotowanie pedagogiczne.

PROJEKT REGULACJI ZAKAZUJĄCEJ PRAKTYK PSEUDOMEDYCZNYCH

Kancelaria Premiera poinformowała* o rozpoczęciu prac nad ustawą zakazującą praktyk pseudomedycznych. Celem opracowywanej ustawy o zmianie ustawy o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta oraz ustawy o systemie powiadamiania ratunkowego jest przeciwdziałanie działaniom szkodliwym i niebezpiecznym dla zdrowia oraz życia ludzkiego, których źródłem może być udzielanie świadczeń zdrowotnych niezgodnych z aktualną wiedzą medyczną oraz przez osoby niewykonyjące zawodu medycznego i działalności leczniczej, a udzielających metody pseudomedyczne, paramedyczne, ale którym przypisywane są właściwości zgodnego z aktualną wiedzą medyczną świadczenia zdrowotnego. Warto przywołać w tym kontekście wyrok WSA w Warszawie*, w którym stwierdzono, że żaden podmiot leczniczy,

niezależnie od formy prawnej, nie może oferować usług, które są niezgodne z aktualną wiedzą medyczną, jedynie metoda bezpieczna dla pacjentów, zweryfikowana naukowo oraz skuteczna w leczeniu danych chorób może być uznana za odpowiadającą wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej.

Projektowane rozwiązania mają polegać na rozszerzeniu kompetencji i zadań rzecznika praw pacjenta w zakresie postępowania w sprawach praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów, wyodrębnieniu postępowania w sprawach praktyk pseudomedycznych oraz umożliwieniu nakładania przez rzecznika praw pacjenta kar pieniężnych. Te ostatnie będą mogły być nakładane zarówno na podmiot, który w swej praktyce narusza zbiorowe prawa pacjentów lub oferuje praktyki pseudomedyczne, jak też na kierownika takiego podmiotu.

FARMACEUTA BĘDZIE MOĞŁ UZUPEŁNIĆ RECEPTĘ

Ministerstwo Zdrowia przedstawiło do konsultacji publicznych projekt rozporządzenia zmieniającego rozporządzenie w sprawie recepty*. Istotą projektu jest zmiana dotychczas obowiązującego rozporządzenia* w taki sposób, aby umożliwić osobie realizującej receptę w aptece albo punkcie aptecznym uzupełnienie kodu uprawnienia dodatkowego, tzn. kodu „DZ” dotyczącego świadczeniobiorców do ukończenia 18. roku życia albo kodu „S” dotyczącego świadczeniobiorców po ukończeniu 65. roku życia. Wiek uprawniający do otrzymania takiej recepty może być zweryfikowany przez farmaceutę lub technikę farmaceutycznego na podstawie numeru PESEL, który w zasad-

niczej większości przypadków wynika wprost z treści recepty.

NACZELNA RADA LEKARSKA APELUJE W SPRAWIE ZNIESIENIA TRYBÓW UPROSZCZONYCH

NRL zaapelowała do ministra zdrowia* o podjęcie działań legislacyjnych zmierzających do niezwłocznego uchylenia przepisów, które przewidują możliwość nabywania uprawnień do wykonywania zawodu lekarza i lekarza dentysty w Polsce w trybach uproszczonych. Jak wskazano w uzasadnieniu, możliwość nabycia w uproszczonym trybie uprawnień do wykonywania w Polsce zawodu lekarza i lekarza dentysty prowadzi do sytuacji, w której możliwość leczenia pacjentów otrzymują osoby, których kwalifikacje medyczne nie podlegają rzetelnej weryfikacji pod kątem spełniania minimalnych wymogów kształcenia określonych w przepisach Unii Europejskiej. W przypadku warunkowego prawa wykonywania zawodu nie jest nawet wymagane zalegalizowanie dyplomu lub jego duplikatu.

Tryby uproszczonego nabywania uprawnień do wykonywania zawodu lekarza stanowią z jednej strony nadzwyczajne obniżenie wymogów stawianych kandydatom ubiegającym się o możliwość wykonywania zawodu lekarza w Polsce, a z drugiej strony ich wprowadzenie nie doprowadziło jednak do osiągnięcia oczekiwanego przez ustawodawcę efektu, ponieważ po czterech latach funkcjonowania uproszczonego dostępu do zawodu lekarza sytuacja pacjentów nie uległa poprawie. Apelowi towarzyszy projekt nowelizacji ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty*.

PREZES URZĘDU OCHRONY DANYCH OSOBOWYCH ZE STANOWISKIEM W SPRAWIE DANYCH PACJENTÓW

Prezes UODO zwrócił się do prokuratora krajowego z przypomnieniem, że w świetle obowiązujących przepisów prawa przetwarzanie bez podstawy prawnej danych osobowych, w szczególności danych podlegających wzmożonej ochronie, w tym danych o stanie zdrowia, jest niedopuszczalne*. Wystąpienie ma związek ze sprawą ze Szczecina, w której prokuratura zatrzymała całą dokumentację medyczną pacjentek znajdujących się pod opieką lekarzy, mimo że postępowanie dotyczyło wyłącznie jednej pacjentki. Następnie prokuratura skierowała do sądu akt oskarżenia przeciwko lekarce, oparty na danych znalezionych w tej dokumentacji. Prezes UODO przypomniał, że przetwarzanie danych wszystkich pacjentek nie miało podstaw w prawie, a zatem było nielegalne. Przetwarzanie danych osobowych na gruncie ustawy o ochronie danych osobowych przetwarzanych w związku z zapobieganiem i zwalczaniem przestępczości możliwe jest wyłącznie, gdy jest to niezbędne dla realizacji uprawnienia lub spełnienia obowiązków wynikających z przepisów. Dane dotyczące zdrowia – jako dane podlegające szczególnej ochronie – znajdują ochronę prawną zarówno w przepisach dotyczących przetwarzania danych osobowych, jak i w art. 47 Konstytucji RP – przypomniał prezes UODO.



* 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 dentysty



poniedziałek–piątek: 9.00–17.00
lexdoctor@oilwaw.org.pl | 728 988 518



lub poprzez
formularz
zgłoszeniowy



Bez etyki i prawa ani rusz

W tych ciągle zmieniających się czasach lekarzowi do wykonywania pracy nie wystarczą stetoskop i torba lekarska. Bez przynajmniej podstawowej wiedzy o przedsiębiorczości będzie mu trudno. O tym, co to właściwie znaczy być przedsiębiorcą i dlaczego współczesny lekarz powinien nim być, rozmawiam z rektorem SGH **dr. hab. Piotrem Wachowiakiem, prof. SGH.**

rozmawiała **KAROLINA STĘPNIIEWSKA**



fol. SGH

Lekarz przedsiębiorca to ktoś, kto łączy pasję leczenia z umiejętnością zarządzania i realizacji nowych pomysłów. Klub Lekarza Przedsiębiorcy ma wspierać te ambicje – tak o powołanym przez OIL w Warszawie KLP mówił prezes ORL Artur Drobniak. Czy każdy może być przedsiębiorczy?

Oczywiście, każdy człowiek powinien być przedsiębiorczą osobą, bo przedsiębiorczość przydaje się w życiu prywatnym i zawodowym. W przypadku lekarzy, którzy bardzo często mają swoje prywatne praktyki albo pracują w szpitalach nie na etatach, ale na kontraktach, jest to szczególnie ważne.

Ale co to właściwie znaczy, że ktoś jest osobą przedsiębiorczą?

Osoba przedsiębiorcza to człowiek, który poszukuje pewnych zmian w otoczeniu, dostosowuje się do nich i wykorzystuje je jako szanse. Innymi słowy, musi umieć obserwować, co się dzieje wokół niego, wychwytywać zmiany i dostosowywać się do nich, a jeszcze lepiej – wyprzedzać je.

Jedną z ważniejszych strategii przedsiębiorczych, o których pisał guru zarządzania Peter Drucker, jest strategia „być jak najpierwszy”, bo jeżeli jesteśmy w czymś pierwsi, odnosimy przez krótki czas sukces. Dlaczego przez krótki czas? Bo zaraz pojawią się naśladowcy, a proszę zauważyć, że łatwiej jest coś unowocześnić, niż coś wymyślać od nowa. Dlatego też bardzo często jest tak, że naśladowcy wyprzedzają te osoby, które były jako najpierwsze.

Czyli osoba przedsiębiorcza to człowiek, który cały czas jest aktywny i kreatywny. Ma nowatorskie podejście i dzięki temu potrafi twórczo rozwiązywać problemy. Jestem przekonany, że w przypadku lekarzy to jest bardzo ważne.

Czy do tego nie trzeba jednak mieć pewnych cech osobowościowych? Każdy może być przedsiębiorczy?

Cechy osobowościowe, np. otwartość, oczywiście sprzyjają byciu przedsiębiorczym. Ja jednak zawsze mówię, że przedsiębiorczości można się nauczyć. Nie można postępować w sposób rutynowy. Cały czas należy się doskonalić i poszukiwać nowych możliwości.

Jak się tego uczyć?

Przede wszystkim trzeba chcieć. Przedsiębiorczości nie można kojarzyć tylko z ekonomią, bo przedsiębiorczość to wiedza z ekonomii, zarządzania, prawa, psychologii, socjologii... Można powiedzieć, że to podejście interdyscyplinarne. Przedsiębiorczość to nie tylko wiedza. Oczywiście wiedza jest podstawą, ale ważne są także umiejętności i postawa skoncentrowana na najważniejszych wartościach, takich jak: szacunek, uczciwość, współpraca, profesjonalizm. Osoba przedsiębiorcza musi mieć też marzenia, bo to one nas motywują do działania.

To ładne, bo wszyscy mamy marzenia.

Tylko muszę powiedzieć jedną rzecz: trzeba uważać, bo te marzenia potrafią się spełniać, więc trzeba mieć takie, które naprawdę chcemy, żeby się spełniły. Oprócz tych marzeń trzeba mieć wizję, jak do tego chcemy dojść, a następnie, co jest ważne, ludzi, z którymi możemy odnieść ten sukces.

Często się mówi, że mamy cel i chcemy go zrealizować, ale droga dościsia do celu często jest ważniejsza niż sam cel. Podążając do celu, powinniśmy mieć z kim podążać tą drogą, bo na ogół sami nie zrealizujemy naszych celów, to jest bardzo trudne. Często się mówi, że menedżerowie są samotni.

Dlaczego?

Dlatego, że pogubili po drodze ludzi, z którymi mogli odnieść sukces. Dla

tego osoba przedsiębiorcza to też taki człowiek, który umie magnetyzować swoją postawą innych ludzi, zachęcać ich i – co jest ważne, a często trudne w rzeczywistości – otaczać się osobami mądrzejszymi od siebie.

Gdzie powinni szukać takiej wiedzy i takich ludzi adepci medycyny?

Jako SGH realizujemy z Warszawskim Uniwersytetem Medycznym studia MBA w ochronie zdrowia. To bardzo dobrze, że organizują je dwie uczelnie, bo słuchacze programu MBA dostają bardziej kompleksową wiedzę, różne spojrzenia i są lepiej przygotowani do pełnienia roli menedżera. Chcemy też wspólnie uruchomić studia drugiego stopnia związane właśnie z zarządzaniem organizacjami w ochronie zdrowia.

Bardzo ważna jest kreatywność, czyli umiejętność połączenia wiedzy pochodzącej z różnych dziedzin. I proszę zobaczyć – jak już mówiłem, przedsiębiorczość to różne obszary wiedzy, a osoba przedsiębiorcza umie je ze sobą połączyć i wykorzystać.

I dobry lekarz właśnie to potrafi?

Myślę, że dobry lekarz ma podejście holistyczne, czyli że jak przyjdzie ktoś i będzie skarżył się na różne dolegliwości, to lekarz nie powie: leczymy tylko jedną rzecz, ale przyjrzy się ogólnie zdrowiu tego pacjenta i powie: to trzeba leczyć, to trzeba leczyć i to też trzeba leczyć. I takie właśnie postępowanie jest również charakterystyczne dla osoby przedsiębior-

czej. Wbrew pozorom więc te dwie profesje są bardzo podobne do siebie.

Klub Lekarza Przedsiębiorcy chce promować etyczne podejście do prowadzenia działalności medycznej. Zastanawiam się, czy da się łączyć etykę lekarską z przedsiębiorczością?

Gdy mówimy o osobach przedsiębiorczych, ja zawsze podkreślam, że w nawiasie jest słowo przedsiębiorczość, a co jest przed nawiasem? Dwa bardzo ważne słowa, a mianowicie etyka i prawo. Czyli jeżeli ktoś odnosi sukces, ale działa niezgodnie z prawem i niezgodnie z zasadami etyki, to nie jest osobą przedsiębiorczą. Nie ma absolutnie żadnych przeciwwskazań, żeby łączyć etykę lekarską z przedsiębiorczością, to wręcz obowiązek.

Mówi się jednak, że zawód lekarza jest bardzo misyjny, to gdzie tutaj miejsce na zyski, myślenie o biznesie, odnoszenie sukcesów jako przedsiębiorca? Czy to się ze sobą nie kłóci?

Oczywiście, że to jest zawód misyjny, tak jak nauczyciel w szkole czy nauczyciel akademicki. To są bardzo, bardzo podobne zawody, ale to nie oznacza, że te osoby mają nie odnosić sukcesu, że nie mogą odpowiednio zarobić. Ale znowu – przed nawiasem jest etyka i zgodność z prawem. Najważniejsze jednak jest przede wszystkim to, żeby wykonywać zawód, który przynosi nam satysfakcję. ●



KONSULTACJE DORADCY PODATKOWEGO W SKŁADCE CZŁONKOWSKIEJ



Lekarzu, możesz skorzystać
z usług doradcy podatkowego
w ramach opłaconej składki członkowskiej.



Umów się na konsultację

Przełom w walce z hejtem

rozmawiała **KAROLINA STĘPNIEWSKA**

20 marca 2025 r. Sąd Apelacyjny w Warszawie podtrzymał wyrok w sprawie lekarki, która przy wsparciu rzecznika praw lekarza Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie wytoczyła proces Znanemu Lekarzowi. Portal ma zapłacić zadośćuczynienie za naruszenie dóbr osobistych lekarki. Rozmawiamy o sprawie z rzecznikiem praw lekarza **Moniką Potocką** i mecenasem **dr. n. pr. Sebastianem Stykowskim**.

Jak państwo oceniają wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie?

Monika Potocka (MP): To ważny sygnał świadczący o tym, że Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie jest w stanie ochronić lekarza przed hejtem. To nasze wspólne zwycięstwo – zarówno lekarza, jak i izby, która występowała w tej sprawie jako interwenient uboczny.

Sebastian Stykowski (SS): To przełom. Sąd potwierdził, że za publikację obraźliwych komentarzy odpowiada również portal i musi udowodnić ich prawdziwość, by uniknąć odpowiedzialności za naruszenie dóbr osobistych.

Do biura rzecznika praw lekarza zgłasza się wielu lekarzy z problemem krzywdzących komentarzy w internecie. Czy po tym wyroku będzie ich jeszcze więcej?

MP: Tak, ponieważ ten wyrok daje lekarzom możliwość dochodzenia swoich praw. Można powiedzieć, że OIL w Warszawie przetarła im szlaki. Występowaliśmy w roli interwenienta ubocznego, bo zgodnie z art. 5 pkt 14 ustawy o izbach lekarskich mamy obowiązek chronić dobre imię lekarzy.

Jak wyglądała droga do prawomocnego wyroku?

SS: W tym wypadku sprawa trafiła najpierw do postępowania przedsądowego. Pani doktor wystosowała wezwanie do Znanego Lekarza o zablokowanie komentarza. Po korespondencji z portalem i braku reakcji zdecydowała się na wytoczenie powództwa o naruszenie dóbr osobistych. Przygotowaliśmy wszelkie pisma procesowe, również te przedsądowe.

MP: To było wieloletnie postępowanie. Najpierw w sądzie pierwszej instancji, w końcu zakończone 20 marca wyrokiem w drugiej instancji.

Co można poradzić lekarzom, którzy chcieliby dochodzić swoich praw przed sądem w takich sprawach?

SS: Standardem jest wezwanie podmiotu do zaprzestania naruszania

dóbr osobistych. Należy wskazać w treści, w jaki sposób te dobra osobiste są naruszane, a także zacytować i wydrukować komentarz, a następnie wysłać listem poleconym na adres administratora z wnioskiem o zablokowanie tego wpisu. Ważne jest wskazanie, dlaczego dany lekarz czuje, że jego dobra osobiste są naruszone. Istotne jest też to, żeby w wezwaniu wskazać, że jeżeli w terminie np. 24–48 godzin komentarz nie zostanie zablokowany, to wzywamy do zapłaty określonej kwoty.

Dochodzone kwoty zadośćuczynienia zależą od wielu czynników, najczęściej jest to kilkanaście lub kilkadziesiąt tysięcy złotych. W niektórych przypadkach kwota może przekroczyć nawet 100 tys. zł.

Jeśli lekarz nie czuje się na siłach zrobić tego sam, może się zgłosić do rzecznika praw lekarza?

MP: Tak. Udostępniamy wzory takich wezwań. Nasz mecenas pokieruje dalej, wyjaśni całą procedurę. Oczywiście wspieramy na całej drodze, wchodzimy do postępowania, tak jak miało to miejsce w tym przypadku. ●



fot. D. Lebiecińska



Kontakt i godziny pracy
rzecznika praw lekarza:



Ubezpieczenie utraty dochodu dla lekarzy

Specjalna oferta ubezpieczenia dla członków Izby Lekarskiej

Ubezpieczenie utraty dochodu to zabezpieczenie dla lekarzy w razie różnych sytuacji losowych. Możemy zapewnić wsparcie finansowe zarówno w przypadku czasowej niezdolności do pracy spowodowanej wypadkiem lub chorobą, jak i w przypadku całkowitego trwałego inwalidztwa.

Czasowa niezdolność do wykonywania pracy lekarza

Dostępne dwa warianty:
wsparcie finansowe od 1. lub 31. dnia zwolnienia w zależności od wybranego wariantu.



W razie czasowej niezdolności do wykonywania pracy lekarza potwierdzonej drukiem ZUS ZLA **możemy wypłacić Ci świadczenie miesięczne za każdy dzień zwolnienia** począwszy od pierwszego bądź trzydziestego pierwszego dnia niezdolności, **jeśli jesteś niezdolny do pracy co najmniej 30 dni**.

Możesz wybrać, jakie świadczenie miesięczne będzie dla Ciebie odpowiednie i **pozwoли Ci utrzymać dotychczasowy poziom życia mimo przerwy w wykonywaniu zawodu**.

Do wyboru masz **trzy sumy ubezpieczenia**:

PLN

5 000 zł/m-c

PLN

10 000 zł/m-c

PLN

15 000 zł/m-c

Całkowite trwałе inwalidztwo

W razie całkowitego trwałego inwalidztwa, **możemy wypłacić Ci świadczenie jednorazowe**.



Korzyści z ubezpieczenia

- **Jeśli zachorujesz**, możemy wypłacić Ci świadczenie – powodem zwolnienia lekarskiego mogą być różne choroby – w tym m.in.: udar, zawał czy nowotwór.
- Ochrona obejmuje również **następstwa nieszczęśliwych wypadków**, przyczyną zwolnienia może być np. złamanie lub skrzywienie kończyn.
- **Minimum formalności** – brak ankiety medycznej, brak wymogu składania oświadczeń o dochodach, wysokość odszkodowania niezależna od zarobków.
- Świadczenia: **nawet do 15 tys. zł miesięcznie bądź 180 tys. zł jednorazowo**.
- Składka **już od 226 zł za rok ochrony**.
- **Brak karencji** – ochrona działa od następnego dnia po złożeniu wniosku.
- Ubezpieczenie przeznaczone **dla każdego lekarza** (niezależnie od formy wykonywania zawodu).

ins INS Services

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

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

Zakładem ubezpieczeń jest PZU SA. Ten materiał nie jest ofertą w rozumieniu art. 66 Kodeksu cywilnego i ma charakter wyłącznie informacyjny. Szczegółowe informacje o zakresie ubezpieczenia, w tym o wyłączeniach i ograniczeniach odpowiedzialności, znajdziesz w aktualnych ogólnych warunkach ubezpieczenia PZU NNW wraz z postanowieniami dodatkowymi i odbiegającymi od OWU PZU NNW ustalonych uchwałą nr UZ/319/2020 z 9 listopada 2020 r.: dostępnych na stronie ins-med.pl w zakładce „Ubezpieczenia dla lekarzy”.



Lekarski Dzień Dziecka

1 czerwca 2025 r. zapraszamy do Parku Julinek koło Warszawy

Dla członków OIL atrakcje na wyłączność!

- ✓ strefa z animacjami dla całych rodzin
- ✓ warsztaty edukacyjne i kreatywne
- ✓ bajkowe animacje
- ✓ gry i turnieje
- ✓ park wodny i linowy
- ✓ karuzele i kolejki górskie



Szczegóły na izba-lekarska.pl



Okręgowa
Izba Lekarska
w Warszawie



Wystawy fotografii w Lublinie

WGalerii Sztuki Nieprofesjonalnej „U Lekarzy” w Lublinie odbyły się dwie wystawy zdjęć fotografujących lekarzy. Pierwsza dotyczyła prezentacji prac nagrodzonych i wyróżnionych podczas Ogólnopolskiego Konkursu Fotograficznego w tematach „Nocny pejzaż” i „Abstrakcja”. Laureatom konkursu: Jerzemu Ratajskiemu, Dariuszowi Hankiewiczowi i Krzysztofowi Wałęckiemu, którzy nie mogli przybyć do Warszawy 7 grudnia 2024 r. na uroczyste rozstrzygnięcie konkursu, nagrody zostały wręczone w Lublinie.

Druga wystawa, która odbyła się 5 kwietnia br., dotyczyła prezentacji fotografii z III Ogólnopolskiego Plenaru w Żyrardowie. Prezes OIL w Lublinie Leszek Buk wyraził zadowolenie, że tak interesujące wystawy mogą być zaprezentowane szerszej publiczności lekarzy i nie tylko, bo galeria U Lekarzy jest miejscem spotkań miłośników sztuki, a medycyna jest największą ze sztuk.

Przedstawiciele warszawskiej Komisji ds. Kultury: Bożena Hoffman-Golańska, Mirosław Żydecki, Katarzyna Osiak, serdecznie podziękowali prezesowi Lubelskiej Izby Lekarskiej Leszkowi Bukowi, a w szczególności dr. Dariuszowi Hankiewiczowi, za zorganizowanie wystaw i możliwość prezentacji efektów pasji fotograficznej lekarzy. ●



fot. K. Stepniowska

Terapeutyczna rola poezji

Wieczór poetycki lekarzy Bohdana Wasilewskiego i Bogdana Stelmacha, który odbył się 22 marca w hotelu Poleczki Residence Apartments w Warszawie, był nie tylko okazją do obcowania ze sztuką, ale i dyskusji o terapeutycznej roli działań twórczych.

Wiersze z tomiku „Między dniem a nocą”, wydanego w ramach projektu „Arteterapia w zapobieganiu wypaleniu zawodowemu” Centrum Dydaktycznego Instytutu Psychosomatycznego i Mazowieckiego Centrum Psychoterapii, to „notatki w biegu”, jak mówił jeden z autorów, prof. dr hab. n. med. Bohdan Włodzimierz Wasilewski. – *To intymny dialog z samym sobą dla podtrzymania wiary w sens istnienia i szczególnej misji, którą jest nasz zawód. Ta wiara pozwala nam stawiać czoła wypaleniu zawodowemu i daje siłę, żeby*

wspierać pacjentów – wyjaśniał dr Wasilewski. Drugi z autorów, lekarz Bogdan Stelmach, tomikiem „Między dniem a nocą” debiutuje w roli poety. Namówiony do podzielenia się swoją poezją, dotychczas pisaną do szuflady, mówił podczas spotkania: *Nie brakuje dowodów, że pasja do sztuki i twórczości stanowi bardzo mocną barierę przed wypaleniem zawodowym.*

Wiersze lekarzy czytali aktorzy Ewelina Szyc i Piotr Sierecki. Po części artystycznej i poczęstunku goście, wśród nich m.in. Piotr Müldner-Nieckowski, wiceprezes Stowarzyszenia Pisarzy Polskich, i Waldemar Hładki, prezes Unii Polskich Pisarzy Lekarzy, dyskutowali o roli poezji i sztuki w zapobieganiu wypaleniu zawodowemu, które dotyka coraz większą liczbę lekarzy, nawet tych na początku swojej drogi zawodowej.

Prof. Wasilewski wyraził wdzięczność, że Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie konsekwentnie wspiera działalność kulturalną lekarzy. OIL w Warszawie reprezentowały Zuzanna Wojdyńska, a jako panelistki w dyskusji o roli sztuki w zapobieganiu wypaleniu zawodowemu – lek. Magdalena Flaga-Łuczkiwicz, pełnomocnik ds. zdrowia lekarzy, oraz dr Bożena Hoffman-Golańska, przewodnicząca Komisji ds. Kultury i jedna ze współorganizatorek wydarzenia. Na spotkaniu przedstawiono też zapowiedzi wydawnicze Komisji ds. Kultury ORL w Warszawie. Będzie to książeczka dla dzieci pt. „Przytulanki”, która zostanie wydana w formie wideobooka. ●



fot. Olga Żydecka

Ważne szkolenie

Już 8 czerwca w godzinach 9.00–17.00 w siedzibie OIL (Sala Sze-najcha) odbędzie się szkolenie „Procedury na czas W”. Szkolenie jest organizowane przez Komisję ds. Sportu z programu OIL Sport Event, a poprowadzi je ekspert ds. kryzysoodporności Borys Czyhin, który jest certyfikowanym audytorem wewnętrznym i analitykiem ryzyka, byłym funkcjonariuszem Samodzielnego Pododdziału Kontrterrorystycznego Komendy Sto-lecznej Policji oraz podoficerem Wojska Polskiego. Uczestnicy szkolenia dowiedzą się m.in., jak przygotować się na wybuch wojny od strony formalno-prawnej, finansowej i osobistej. Szkolenie jest przewidziane dla 20 osób i obowiązują na nie zapisy (szczegóły na stronie internetowej izby).

fot. Thomas Tucker / Unsplash



Liga Mistrzów OIL w Warszawie



fot. Michał Krawczyk

Pierwsze piłkarskie emocje IV sezonu rozgrywek Ligi Mistrzów OIL w Warszawie za nami.

Otwierające rundę wiosenną mecze rozegrano 6 kwietnia 2025 r. w Bemowskim Ośrodku Piłki Nożnej przy ul. Obrońców Tobruku 11. Kapitanowie drużyn otrzymali od Okręgowej Izby Lekarskiej opaski kapitańskie.

W rozgrywkach bierze udział 9 zespołów:

1. Polpal United
2. Dynamo Wołoska
3. Najlepsi
4. Healers United
5. Chłopcy Do Bicia
6. FC Biały Kieł
7. Medicine United
8. Sorentina
9. FC Stylus

Najwyższe zwycięstwo w pierwszej kolejce odnieśli Chłopcy Do Bicia, pokonując FC Biały Kieł 8:2. Świetną formą wykazali się też Najlepsi, którzy pokonali Medicine United, zwyciężając 6:2. Zawodnicy Sorentiny pokonali Dynamo Wołoska 6:4, a FC Stylus wygrali z Polpal United 3:2.



REFUNDACJA SZCZEPIEŃ DLA SENIORÓW



INFORMACJE PODSTAWOWE

Refundacja obejmuje lekarzy i lekarzy dentystów, członków OIL w Warszawie, którzy ukończyli 70 lat. Zwrot kosztów wynosi do 750 zł na osobę.

Należy złożyć wniosek o przyznanie dofinansowania obejmującego każdą szczepionkę, która jest rekomendowana i zalecana. Dofinansowanie będzie przyznawane do wyczerpania środków finansowych przeznaczonych w budżecie Zespołu ds. Szczepień ORL w Warszawie na szczepienia ochronne dla lekarzy i lekarzy dentystów z OIL w Warszawie.

Ważne: Każdemu seniorowi lekarzowi i seniorowi lekarzowi dentyście przysługuje prawo złożenia dwóch wniosków o dofinansowanie w ciągu roku kalendarzowego. O przyznaniu refundacji decyduje kolejność zgłoszeń.

SKŁADANIE WNIOSKÓW

Dokumenty do złożenia:

- wniosek o dofinansowanie szczepienia ochronnego (formularz na stronie izba-lekarska.pl, w zakładce Zespołu ds. Szczepień),
- kserokopie dokumentów finansowych (paragonu lub faktury) potwierdzających zakup szczepionki,
- zaświadczenie lekarskie lub inne dokumenty poświadczające przyjęcie szczepionki.

Uwaga: należy wypełnić pierwszą i drugą stronę wniosku, tj. klauzulę zgody na przetwarzanie danych osobowych.

JAK ZŁOŻYĆ WNIOSEK:



elektronicznie – pod adresem szczepienia@oilwaw.org.pl,



pocztą,



osobiście, w siedzibie OIL w Warszawie.





fot. Radosław Celmer

XLVIII Okręgowy Zjazd Lekarzy OIL w Warszawie

W sobotę, 22 marca odbył się XLVIII Okręgowy Zjazd Lekarzy Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie. W czasie obrad wysłuchano sprawozdań organów OIL, udzielono absolutorium ORL za 2024 r. i uchwalono budżet na 2025 r. Zjazd był także okazją do dyskusji i wymiany poglądów.

Zjazd zgodnie z decyzją ORL w Warszawie odbył się w formie hybrydowej. Wzięło w nim udział 130 delegatów ze 188 uprawnionych.

Obrady XLVIII OZL otworzył prezes ORL w Warszawie Artur Drobnia, który przywitał delegatów, w tym byłych prezesów ORL oraz Feliksa Orchowskiego, dyrektora Głównej Biblioteki Lekarskiej im. Stanisława Konopki w Warszawie. Obecność dyrektora nie była przypadkowa – przed rozpoczęciem obrad podpisano bowiem umowę między OIL a GBL dotyczącą współpracy w zakresie wzajemnego promowania działalności i organizacji szkoleń.

Następnie uczczono minutą ciszy lekarzy i lekarzy dentystów zmarłych w 2024 r. Po tej oficjalnej i uroczystej chwili wybrano przewodniczącego zjazdu,

którym został Łukasz Jankowski, a także prezydium i komisje zjazdowe.

SPRAWOZDANIA

Po przyjęciu regulaminu i porządku obrad XLVIII zjazdu rozpoczęto sprawozdania poszczególnych organów samorządu z działalności w 2024 r.

Sprawozdanie Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie wygłosił prezes ORL Artur Drobnia. Mówił m.in. o współpracy z jednostkami naukowymi, przeprowadzeniu akcji aktualizacji danych lekarzy, rozwoju nowej strony internetowej OIL w Warszawie i magazynu „Puls”. Podkreślił, że usprawniono pomoc prawną dla lekarzy w ramach Lex Doctor, wprowadzono dla nich nowe formy wsparcia, nastąpił rozwój ODZ (oraz nowoczesne i intuicyjne zapisy na szkolenia i wydarzenia). Prezes mówił także o działalności izby w zakresie opieki senioralnej i prężnej pracy Komisji ds. Kultury, Komisji ds. Sportu i Komisji Młodych Lekarzy, powiedział również o nowo powstałym Klubie Lekarza Przedsiębiorcy. Sprawozdanie zostało przyjęte jednogłośnie (przy czterech głosach wstrzymujących się).

Sprawozdanie okręgowego rzecznika odpowiedzialności zawodowej przedstawił rzecznik Krzysztof Jankowski, a Okręgowego Sądu Lekarskiego złożył przewodniczący OSL Arkadiusz Bogucki. Sprawozdanie Okręgowej Komisji Rewizyjnej wygłosiła jej przewodnicząca Elżbieta Latoszek-Banasiak, natomiast Okręgowej Komisji Wyborczej – przewodnicząca Mery Topolska-Kotulecka. Wszystkie sprawozdania zostały przyjęte.

BUDŻET

Po tej części rozpoczęło się omawianie kwestii finansowych. Na początek Michał Gontkiewicz, skarbnik Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie, złożył sprawozdanie z wykonania budżetu OIL w Warszawie w 2024 r. i przedstawił jego projekt na 2025 r. Następnie członek OKR Janusz Pachucki wygłosił opinię do sprawozdania z wykonania budżetu.

Po dyskusji nad budżetem podjęto uchwały w sprawach: udzielenia absolutorium Okręgowej Radzie Lekarskiej w Warszawie za 2024 r. oraz uchwalenia budżetu OIL w Warszawie na 2025 r. ●



Lekarski Uniwersytet Trzeciego Wieku „Nestor”



2025 r.
godz. 11.00

TEMATY WYKŁADÓW W II SEMESTRZE III ROKU AKADEMICKIEGO (2024/2025)

- 6.05. „Czy w wieku senioralnym występuje potrzeba wizyty u logopedy” – dr Elżbieta Stecko
- 20.05. „Pierwsze lata odrodzonego samorządu lekarskiego” – dr n. med. Krzysztof Makuch
- 10.06. „Ignacy Jan Paderewski – kompozytor, pianista, polityk” – dr Michał Rybak
- 24.06. „Operacje na patentach – o ochronie własności intelektualnej w praktyce” – dr Piotr Zakrzewski
- 1.07. „Współdziałajmy w osiąganiu zdrowia jamy ustnej” – prof. dr hab. Maria Borysewicz-Lewicka

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.



ZDROWY KRĘGOSŁUP METODĄ FMS

W każdy **poniedziałek i czwartek (oprócz 1 maja)**
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 mieć
strój sportowy, wodę i ręcznik do położenia na matę.

fot. Karolina Skinder

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 listownie do sekretariatu Okręgowej Izby
Lekarskiej w Warszawie lub pod adresem e-mailowym:
sekretarz@oilwaw.org.pl

Z miejskiej lekarki na wiejską dochtórkę – wspomnienia z prowincji

ANNA BOSZKO
pediatra



fot. archiwum prywatne

Akademię Medyczną w Warszawie ukończyłam w 1967 r., a los mnie – miejską dziewczynę – rzucił na wieś, gdzie czekał zupełnie inny świat. Folklor. Inne życie, inne nazewnictwo i przede wszystkim inne zapachy. Przez pierwsze trzy lata nie byłam w stanie rozpoznać, czy to zapach kury, moczu, czy może ktoś w coś wszedł butem. Dodam, że na wieś przetransowałam się razem z dziećmi i mężem, który pracował w pobliskim zakładzie jako główny energetyk. Oczywiście miałam pomoc w opiece nad dziećmi, ponieważ jednocześnie pracowałam w pogotowiu, ośrodku zdrowia i jako lekarz przemysłowy w zakładzie technicznym,

w którym zatrudniony był mój mąż. Choć ukończyłam pediatrię, przyjmowałam również dorosłych pacjentów ambulatoryjnie. Na początku nie znałam dawek leków dla dorosłych, więc musiałam uczyć się tego na bieżąco. Jeździłam na szkolenia i kursy do Warszawy, oddalonej o około 80 km. Wydawało mi się, że wpadłam jak śliwka w kompot, że to wiejskie życie nie jest dla mnie i nigdy się nie przyzwyczaję do bycia „wiejską panią dochtór”. W stolicy mogłam wymieniać się doświadczeniem z kolegami z pracy, wiedziałam, że zawsze mogę liczyć na wsparcie. Natomiast tutaj byłam sama z pacjentem i jego objawami.

Zaufanie budowałam powoli. Jeśli przychodziła do mnie matka z dzieckiem, które miało wysypkę, mówiłam: *Mnie się wydaje, że to odra, ale jeśli uważa pani, że się mylę, proszę udać się do szpitala, by to potwierdzili.* Najczęściej moje diagnozy były trafne, a pacjenci nabierali do mnie zaufania, dostrzegając, że mimo młodego wieku znam się na tym, co robię. Gdy zaczęłam pracę w pogotowiu, poznałam również prawdziwe warunki życia ludzi, których przyszło mi leczyć. Proszę mi wierzyć, wizyty w przychodni i moje odwiedziny u pacjentów w domach to były dwa zupełnie różne światy. I nie chodziło tylko o warunki materialne, ale także o język, którym się posługiwali. Oto przykład: pacjentka mówi, że coś pojawiło się na „kuciapce”. Zaniemówiłam. Nie miałam pojęcia, czy to „coś” znajduje się z przodu, czy z tyłu.

Higiena pacjentów w tamtych czasach była często daleka od ideału. Pacjent przychodzi z bólem nogi. Mówię: *Proszę zdjąć skarpetkę.* On zsuwa ją tylko do pięty. Proszę dalej, zachęcam. Niestety, nie dało się tego zrobić, ponieważ nosił ją kilkanaście dni i była po prostu przyklejona do ciała.

Na początku lat 70. byłam jedyną „dochtórką” w okolicy, a pacjenci wiedzieli, że jeśli nie znajdą mnie w przychodni, mogą przyjść na pogotowie i przed wyjazdami zawsze postaram się pomóc. Pamiętam pacjenta z pobliskiej walcowni, około 30-letniego mężczyznę, który skarżył się na ból brzucha i biegunkę. Badam, patrzę mu w twarz, a rękę prowadzę po brzuchu i czekam, w którym miejscu poczuje ból. Ale ta moja ręka nie idzie po brzuchu, tylko czuję, jakby sunęła po asfalcie. Patrzę i co widzę? Czarny brzuch, oblepiony pyłem. Okazało się, że kąpiel była zaplanowana na 1 listopada, a on przyszedł do mnie pod koniec października.

Sytuacje, które napotykałam, były też często przykre. Wśród moich pacjentów przeważali chłoporobotnicy, niektórzy zajmowali się handlem na Stadionie Dziesięciolecia. Pewnego dnia przyjechałam karetką do domu, w którym pod jedną brudną kołdrą leżało pięcioro dzieci z gorączką 40 stopni. Obraz nędzy i rozpacz. W domu nie było praktycznie nic, poza jednym dużym, zielonym gobelinem z trzema pomarańczowymi tygrysami. Nie wiadomo – śmiać się czy płakać, ale to „coś” na ścianie było dla nich synonimem luksusu. Kontrasty społeczne w tamtych czasach były bardzo duże, wręcz karykaturalne.

Innym razem przychodzi mama z pięcioletnią dziewczynką. Śliczna kokarda, włoski kręcone, dziecko z nadwagą, skarży się na bóle brzucha i pieczenie w czasie oddawania moczu. Pytam matkę, jak często podmywa dziecko. Odpowiedź brzmi: *No, jak się kąpie.* Pytam więc, jak często się kąpie, i słyszę: *Raz w tygodniu.* Wytłumaczyłam, że dziecko należy myć codziennie, a nawet pokazałam, jak to robić. W tamtych czasach niektórzy zdawali sobie sprawę, że trzeba dbać o higienę, ale nie do końca wiedzieli, jak to zrobić, więc trzeba było również wszystko dokładnie tłumaczyć.

Na początku ludzie patrzyli na mnie jak na dziwadło, ale z czasem zrozumie-
li, że chcę im pomóc i że moje porady są
skuteczne. Powoli budowałam swoją po-
zycję na wsi i zdobywałam ich zaufanie.

Minęły 52 lata, a ja w tym samym
ośrodku zdrowia pracuję do dziś. Teraz
opiekuję się już trzecim pokoleniem pa-
cjentów. Znam ich rodziny, wiem, po któ-
rym dziadku badany przed pierwszym
szczepieniem maluch ma zmarszczkę
na czole czy śniadą cerę. Owocem mojej
pracy jest również zbiór kilkudziesięciu
zeszytów, w których zapisywałam powie-
dzonka pacjentów, ich lapsusy językowe
oraz opisywałam różne śmieszne i cieka-
we sytuacje. Zaczęłam to robić, ponieważ
dla mnie, wiejskiej dziewczyny, wszystko,
co działo się ledwie 80 km od Warszawy,
było szokujące i zadziwiające. W moim
otoczeniu nikt nie posługiwał się gwarą,
a tutaj jakbym trafiła na zupełnie inną
planetę. Inne obyczaje, inny język.

Oto kilka takich powiedzonek, które
zapisalam w moich zeszytach. Sytuacje,
które opisałam, były różne – zarówno
śmieszne, jak i smutne.

Pytam pacjentkę o samopoczucie
i temperaturę. Odpowiada:

– Tak, gorączkę miałam, ale się tak
swojsko leczyłam.

Starszy pan, skarżący się na bóle
głowy i zaburzenia równowagi, opisu-
je swój stan:

– I tak widzę, że mi się śpić trzęsie.

– A ojciec żyje?
– Nie.

– A co się stało?

– A prawidłowo to on z dachu spadł.

Pacjent:

– Pani doktor, ja byłem już na tamtym
świecie, ale to alkohol mnie uratował.

Pacjentka ze stymulatorem serca:

– Miałam ten defekator i jak przyło-
żyłam się do radia, to radio się ściszało.

– Kiedy się pan przewrócił? – pytam.

Pacjent zwraca się do matki:

– Kiedy byłaś u mnie?

– W środę.

– A to już byłem przewrócony.

– Jak dłubię zapałkami w uchu, to
mnie tak swędzi, ale potem mnie wol-
niej swędzi.

– Pani doktor, proszę mi coś przepisać,
bo u mnie nerwy maciczne się rozgnie-
wały, jak syn przyszedł do domu pijany.

– Zawsze ta noga pana boli?

– A nie, jak tylko ta padanina jest.
(Czyli tylko wtedy, kiedy pada deszcz).

Zdarzały się również łowczyńie po-
sagów. Wdowa – uboga kobieta, mia-
ła sześcioro dzieci, bardzo dużą wadę
wzroku, chyba -10 dioptrii, i zaintereso-
wała się siedemdziesięcioletnim wdow-
cem. Pobrali się. Po pół roku on dostał
udar i został pacjentem leżącym. Ko-
bieta przychodzi do mnie i mówi:

– Pani doktor, myśmy pochowali te-
ścia, dziewięćdziesiąt lat miał i nigdy się
nie zeszczął, taki był żwawy.

A ten biedak się moczył, a ona nie
chciała czy może nie miała siły się nim
zajmować. Po prostu liczyła na jego
kasę, a przewrotny los spłatał jej figla.

Czasami trzeba się było dobrze na-
główkować, zanim doszło się do tego,
co pacjentowi dolega...

Starsza pani mówi sąsiadce:

– Robią ze mnie psychiczną, a ja je-
stem zabójcza, a nie psychiczna.

– Na co się pan leczył w szpitalu?

– A na te choroby swoje zachwiejowe.
(Czyli zaburzenia równowagi).

– Mam taką chrypę, jakby kot ogonem
majał i memlał. (Chodziło o zapalenie
krtani).

– Czy pan się poci?

– Jestem rzadki, jak robię na wykopie.
(Okazało się, że „rzadki” to miejscowa
nazwa osoby spokojnej).

– Czy pani pali?

– Tak, palę, ale mocno się nie znęcam.

– I proszę trzymać czystość.

– Ale całe życie?

Mogłabym opisać jeszcze wiele przy-
padków, ale wybrałam te, które moim
zdaniem są najciekawsze i najzabaw-
niejsze. Każdy z nich to osobna histo-
ria. To moja pamięć i wspomnienia, ale
przede wszystkim to lata pracy i moi pa-
cjenci, bez których te anegdoty nigdy by
nie powstały. ●

Szanowni Lekarze i Lekarze Dentyści,

każdy z Was ma w pamięci wyjątkowe momenty – pierwszego pacjenta,
niezapomniane dyżury, ciekawe przypadki, anegdoty z czasów studenckich.
Chwile, które kształtowały Was jako lekarzy i które warto ocalić od zapomnienia.

Zapraszamy do podzielenia się swoimi wspomnieniami na łamach naszego
miesięcznika. Może to być zabawna historia, refleksyjna opowieść lub poruszający
moment z codziennej praktyki. Zachęcamy do nadsyłania tekstów (maks. 6 tys.
znaków ze spacjami) i kilku zdjęć, którymi ubarwimy opowieść. Najciekawsze
wspomnienia opublikujemy w kolejnych numerach „Pulsu”.

Czekamy na Wasze historie pod adresem puls@oilwaw.org.pl



**OBWIESZCZENIE NR 5/OKW-IX/25
OKRĘGOWEJ KOMISJI WYBORCZEJ OKRĘGOWEJ IZBY
LEKARSKIEJ W WARSZAWIE
Z 2 KWIETNIA 2025 R.**

w sprawie wygaśnięcia mandatu członka Okręgowej Rady
Lekarskiej Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie
IX kadencji 2022–2026

Na podstawie § 42 ust. 1 Regulaminu wyborów, będącego załącznikiem do Uchwały nr 2 XVI Nadzwyczajnego Krajowego Zjazdu Lekarzy z 17 maja 2024 r. w sprawie przyjęcia Regulaminu wyborów oraz uchwały nr 9/OKW-IX/25 Okręgowej Komisji Wyborczej Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie z 2 kwietnia 2025 r. w sprawie wygaśnięcia mandatu członka Okręgowej Rady Lekarskiej Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie IX kadencji 2022–2026 obwieszcza się, co następuje:

§ 1

Obwieszcza się wygaśnięcie z dniem 1 kwietnia 2025 r. mandatu członka Okręgowej Rady Lekarskiej Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie IX kadencji 2022–2026 – lek. Joanny Pokładnik.

§ 2

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

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

**UCHWAŁA NR 45/R-IX/25
OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W WARSZAWIE
Z 19 MARCA 2025 R.
w sprawie zmiany Uchwały nr 30/R-IX/25
Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie
z 19 lutego 2025 r.**

w sprawie ustalenia podziału Okręgowej Izby Lekarskiej
w Warszawie na rejony wyborcze na okres X kadencji
2026–2030

Na podstawie art. 22 ust. 2 i ust. 3 Ustawy z 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz.U. z 2021 r., poz. 1342 t.j.), § 13 Regulaminu wyborów stanowiącego załącznik do Uchwały nr 2 XVI Nadzwyczajnego Krajowego Zjazdu Lekarzy z 17 maja 2024 r. w sprawie przyjęcia Regulaminu wyborów, w zw. z Uchwałą nr 6/OKW-IX/25 Okręgowej Komisji Wyborczej Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie z 26 lutego 2025 r. w sprawie zmiany Uchwały nr 5/OKW-IX/25 Okręgowej Komisji Wyborczej Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie z 17 lutego 2025 r. w sprawie ustalenia podziału Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie na rejony wyborcze na okres X kadencji 2026–2030, niniejszym uchwała się, co następuje:

§ 1

W załączniku do Uchwały nr 30/R-IX/25 Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie z 19 lutego 2025 r. w sprawie ustalenia podziału Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie na rejony wyborcze na okres X kadencji 2026–2030 w ust. 1 „Rejony dla Lekarzy”:

wyrażenie „K10/017 Szpital Południowy (A)” otrzymuje brzmienie „K10/017 Szpital Południowy”;

wyrażenie „K10/018 Szpital Południowy (B)” otrzymuje brzmienie „K10/018 Lekarze stażyści (E)”;

wyrażenie „K10/028 Lekarze Warszawa – Żoliborz” otrzymuje brzmienie „K10/028 Lekarze Warszawa – Żoliborz + Bielany”.

§ 2

Tekst jednolity załącznika, o którym mowa w § 1, stanowi załącznik do niniejszej uchwały.

§ 3

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Załącznik, o którym mowa w § 1, znajduje się w BIP Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie.



Koleżance
dr Dorocie Szelągowskiej
wyrazy szczerego współczucia z powodu śmierci

Taty

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



Koledze
dr. Janowi Redzie
wyrazy szczerego współczucia z powodu śmierci

Taty

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

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 2025 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 i regulamin na stronie Fundacji Pro Seniore)

**Termin składania wniosków mija
30 czerwca 2025 r.**



OBIADY W KLUBIE LEKARZA

Komisja ds. Lekarzy Seniorów zaprasza seniorów lekarzy/lekarzy dentystów **w poniedziałki i czwartki w godz. 12.00–14.00 do Klubu Lekarza przy ul. Raszyńskiej 54 w Warszawie** na dofinansowane przez OIL w Warszawie obiady.

Dodatkowe informacje:
Renata Sobolewska, tel. 22 542 83 30.

DRUK RECEPT

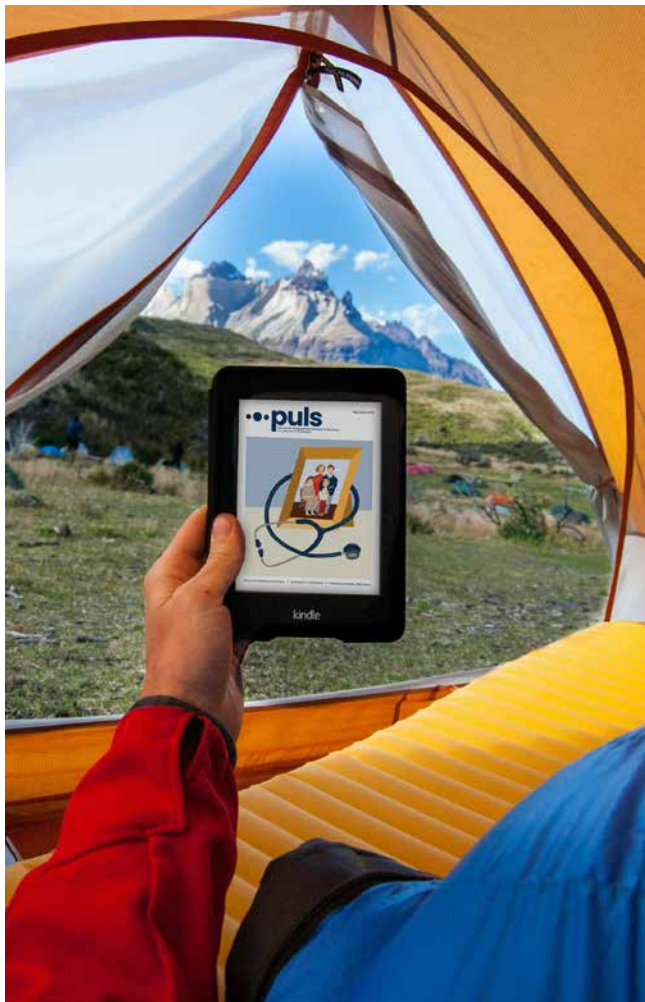
Recepty *pro auctore* i *pro familia* dla lekarzy seniorów drukujemy w Okręgowej Izbie Lekarskiej **w Warszawie, przy ul. Puławskiej 18,** WYŁĄCZNIE

w środy w godz. 12.00–15.00.

Trzeba mieć PIN i hasło do druku recept z NFZ.



Okręgowa
Izba Lekarska
w Warszawie



„Puls” w wersji na czytniki

czytaj wygodnie

tam, gdzie chcesz

zabierz w podróż...

...i do domu!



pobierz e-wydanie

WYDAWCA MIESIĘCZNIKA OIL W WARSZAWIE „PULS”

02-512 Warszawa, ul. Puławska 18, tel. 22 542 83 59, puls@oilwaw.org.pl

REDAKTOR NACZELNA: Aleksandra Sokalska, **ZASTĘPCA REDAKTOR NACZELNEJ:** Dorota Lebiedzińska

SEKRETARZ REDAKCJI: Karolina Stępniewska – k.stepniewska@oilwaw.org.pl

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

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

REKLAMA I MARKETING: Renata Klimkowska – tel. 22 542 83 53, 668 373 100, marketing@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 adiacji artykułów i listów, dokonywania skrótów oraz zmian tytułów.

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

Zawarte w artykułach i felietonach opinie nie są stanowiskiem redakcji.

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



Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie

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

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 30
BIOETYCZNA PRZY OIL W WARSZAWIE tel. 22 542 83 12
DS. STAŻU PODYPLOMOWEGO tel. 22 542 83 32 | staz@oilwaw.org.pl

KOMISJE I ZESPOŁY PROBLEMOWE

**MŁODYCH LEKARZY, KULTURY, SPORTU, WSPÓŁPRACY Z ZAGRANICĄ,
MATEK LEKAREK, MONITOROWANIA NARUSZEŃ W OCHRONIE ZDROWIA, SZCZEPIEŃ
DS. ZWOLNIEŃ LEKARZY Z OBOWIĄZKU OPŁACANIA SKŁADKI CZŁONKOWSKIEJ** | skladki@oilwaw.org.pl
Kontakt przez zespół obsługi komisji tel. 22 542 83 90 | 22 542 83 33
SPRAWY LEKARZY SENIORÓW tel. 22 542 83 30

POZOSTAŁE

OŚRODEK DOSKONAŁENIA ZAWODOWEGO LEKARZY I LEKARZY DENTYSTÓW tel. 22 542 83 76
| 22 542 83 77 | odz@oilwaw.org.pl
RADA FUNDUSZU SAMOPOMOCY tel. 22 542 83 33
DZIAŁ MEDIÓW I STRATEGII KOMUNIKACJI tel. 22 542 83 83
MARKETING I REKLAMA tel. 22 542 83 53 | 668 373 100 | marketing@oilwaw.org.pl
DELEGATURA RADOMSKA (26-600 Radom, ul. Rwańska 16) tel. 48 331 36 62
poniedziałek, wtorek i piątek w godz. 8.00–16.00 | środa i czwartek w godz. 9.00–17.00



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

izba-lekarska.pl



APARTAMENTY INWESTYCYJNE **OFERTA** DLA LEKARZY

RABAT
-10%

DLA PRACOWNIKÓW
PLACÓWEK
MEDYCZNYCH

Nano Apart to wysokiej klasy apartamentowiec zlokalizowany przy ulicy Grochowskiej w Warszawie. Apartamenty zostaną wyposażone i wykończone pod klucz w standardzie odpowiadającym czterogwiazdkowym hotelom.

Korzystaj samemu lub wynajmij i zarabiaj*

WAŻNE: pełny zwrot VAT przysługuje,
nawet jeśli zakupu dokonuje osoba prywatna, np. lekarz.

Doradcy: Krystyna +48 696 646 660 / Tomasz +48 888 549 007 / www.nanoapart.pl

Apartament 21 m² / **cena dla lekarzy – 336 tys. zł netto**

* gwarancja pełnej obsługi najmu