

•••puls

grudzień 2025 – styczeń 2026 (367)

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



ISSN 1232-0161 egzemplarz bezpłatny

Abyśmy wszyscy byli zdrowi | Wiara | Nadzieja | Miłość

Konkurs plastyczny dla dzieci
członków Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie

Zaprojektuj maskotkę

inspirowaną logo OIL w Warszawie
i zyskaj szansę na nagrody!

Czas składania prac do 21 grudnia 2025 r.

Najlepszy projekt
zostanie
zrealizowany jako
maskotka OIL
w Warszawie!



Okręgowa
Izba Lekarska
w Warszawie



Szczegóły i regulamin konkursu →





**Pobierz
PDF lub e-book!**

5 | Rok 2026 rokiem OIL w Warszawie!

Artur Drobniak

TEMAT Z OKŁADKI

6 | Bezcenne wartości

Aleksandra Sokalska

8 | Wtulić się w wiarę

Rozmowa z ks. Władysławem Dudą, dyrektorem Archidiecezjalnego Zespołu Domowej Opieki Paliatywnej i duszpasterzem środowisk medycznych archidiecezji warszawskiej

10 | Siła nadziei

Aleksandra Sokalska

13 | Miłość

Jerzy Bralczyk

MEDYCYNĄ

14 | Krok w stronę europejskich standardów diagnostyki

Rozmowa z prof. dr. hab. n. med. Markiem Dedecjusem, kierownikiem Kliniki Endokrynologii Onkologicznej i Medycyny Nuklearnej Narodowego Instytutu Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie

SPRAWY LEKARZY DENTYSTÓW

17 | Egzamin specjalizacyjny w dziedzinie stomatologii zachowawczej z endodontcją

Dorota Lebedzińska

Spis treści

18 | Wsparcie czy ryzyko dla pacjenta?

Wywiad z dr. n. med. Dariuszem Paluszkim, wiceprezesem ORL, przewodniczącym Komisji ds. Lekarzy Dentystów

20 | Rytm młodych

Anna Prawdzik

ZDROWIE PUBLICZNE

22 | Co z tą adherencją?

Małgorzata Solecka

24 | Czy premier Tusk odrobi w końcu lekcję kanclerza Bismarcka

Maria Libura

26 | Ile powinien zarabiać lekarz?

Małgorzata Solecka

28 | Sytuacja w ochronie zdrowia w Królestwie Niderlandów

Dominik Héjj

30 | Geriatria – pilny plan dla starzejącej się Polski

Artur Białoszewski

32 | Lekarz balansujący na linie

Hanna Odziemka

PRAWO

34 | Nowe zasady i projekty w ochronie zdrowia

Filip Niemczyk

36 | Informowanie o wykonywanych świadczeniach

Gabriela Pacek

IZBA BLIŻEJ LEKARZY

38 | Wiedza, rozwój i innowacje – I Forum KLP

Dorota Lebedzińska

40 | Tajemnica przedsiębiorstwa czy informacja publiczna?

Monika Potocka

42 | #Student Blżej Izby – pilotażowy program staży w OIL w Warszawie

43 | Staż od zaplecza – moje doświadczenie w Okręgowej Izbie Lekarskiej

Natalia Sałkowska

44 | Bajki na zdrowie

Wywiad z prof. dr. hab. n. med. Bohdanem Wasilewskim, lekarzem psychiatrą, psychoterapeutą, dyrektorem Instytutu Psychosomatycznego w Warszawie

45 | Aktualności Komisji ds. Kultury

46 | Aktualności Komisji ds. Sportu

48 | Barwy jesieni – plener malarski w Radziejowicach

Dorota Lebedzińska

48 | Uroczysta gala PTL

49 | Śladami historii i sztuki

Krystyna Dowgier-Malinowska

PO DYŻURZE

50 | Reanimacja w lesie

Urszula Bryczek

WYDARZENIA

21 | Dyplomatoria lekarzy i lekarzy dentystów

31 | Jak rozmawiać o umieraniu?

Dorota Lebedzińska

WYBORY

56 | Wybory na OZL X kadencji z rekordową frekwencją w naszej izbie!

Aleksandra Sokalska

57 | Obwieszczenie Okręgowej Komisji Wyborczej OIL w Warszawie o wynikach wyborów delegatów na OZL X kadencji 2026-2030

Koleżanki i Koledzy,

**z okazji świąt Bożego Narodzenia i Nowego Roku
składam Wam najserdeczniejsze życzenia.**

**Niech ten wyjątkowy czas przyniesie radość
i chwilę wytchnienia w gronie najbliższych.**

**Dziękuję za codzienny trud, profesjonalizm,
zaangażowanie oraz troskę o zdrowie i życie
pacjentów. Wasza praca i poświęcenie
stanowią nieoceniony wkład w budowanie
zaufania do naszego zawodu i całego
środowiska lekarskiego.**

**Niech nowy rok przyniesie Wam wiele satysfakcji
zawodowej, pomyślności w życiu osobistym oraz
energii do realizacji wszystkich planów i marzeń.**

Wesołych Świąt i szczęśliwego Nowego Roku!

**dr n. med. Artur Drobniak
prezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie**



Rok 2026 rokiem OIL w Warszawie!



ARTUR DROBNIAK
prezes ORL w Warszawie

Wyборы delegatów na kolejną – X już – kadencję samorządu lekarskiego zostały zakończone. Z satysfakcją mogę powiedzieć, że działania podjęte przez Okręgową Izbę Lekarską w Warszawie w ciągu ostatniego półtora roku, w czasie gdy miałem zaszczyt pełnić funkcję prezesa ORL w Warszawie, znacząco zwiększyły zainteresowanie działalnością samorządu oraz zmobilizowały środowisko lekarskie do aktywnego uczestnictwa w jego pracach. Efektem tych wysiłków była rekordowa frekwencja oraz wybór 273 delegatów na Okręgowy Zjazd Lekarzy.

Z tego miejsca chcę wyrazić wielkie uznanie dla wszystkich wybranych delegatów, bo Państwa wybór jest nie tylko wyrazem zaufania środowiska, ale także potwierdzeniem wagi dotychczasowej aktywności i zaangażowania w sprawy naszego samorządu. W obecnych realiach roku 2025 – kiedy lekarze w Polsce mierzą się z rosnącą biurokracją, napięciami w systemie ochrony zdrowia, niesprawiedliwą nagonką polityków, coraz częstszą agresją wobec personelu medycznego, a także ciągłym obciążeniem odpowiedzialnością zawodową – rola delegatów nabiera szczególnego znaczenia.

Dbanie o dobre imię naszego zawodu, ochrona autonomii i prestiżu profesji, troska o warunki pracy i bezpieczeństwo lekarzy, a także budowanie zrozumienia społecznego dla na-

szej misji stają się dziś jednym z kluczowych zadań. Funkcja delegata to nie tylko udział w obradach zjazdu – to także realna walka o interesy lekarzy, o jakość warunków, w jakich wykonujemy naszą pracę, oraz o przyszłość całej naszej wspólnoty zawodowej.

Wasza rola systematycznie rośnie, zarówno w rejonach wyborczych, jak i w szerszej społeczności lekarskiej. Od Państwa zależy kształt wielu decyzji, kierunki strategicznych działań izby oraz to, jak w kolejnych latach rozwijać się będzie nasz samorząd. Wasza obecność, wrażliwość na problemy i gotowość do odpowiedzialnej pracy są dziś szczególnie potrzebne jako wkład w budowanie silnego, zintegrowanego i szanowanego środowiska. Wspólnie pracujemy, by 2026 r. był rokiem samorządu lekarskiego w Warszawie, rokiem sukcesów lekarzy w pracy i rozwoju naukowym, rokiem wpływu na kształtowanie systemu opieki zdrowotnej w Polsce.

Okręgowy Zjazd Lekarzy Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie odbędzie się 13–15 marca 2026 r. Już teraz proszę delegatów o zapisanie tego ważnego terminu w swoich kalendarzach.

Raz jeszcze gratulacje dla wszystkich wybranych lekarzy i lekarzy dentystów. Do zobaczenia wkrótce, mam nadzieję we wspólnej pracy na rzecz środowiska!

fot. Jacek Kamiński

e-Izba dla lekarzy
i lekarzy dentystów

Nowoczesny dostęp do danych



prosta aktualizacja | wygoda | bezpieczeństwo

**Okręgowa
Izba Lekarska
w Warszawie**



zaloguj się
i sprawdź



Bezcenne wartości



ALEKSANDRA SOKALSKA
redaktor naczelna

W każdym numerze „Pulsu” poruszamy zagadnienia medyczne, przekazujemy wiedzę opartą na badaniach, a krytykujemy to, co podstaw naukowych nie ma. Kiedy więc powstał pomysł, by w tym szczególnym czasie, jakim są święta Bożego Narodzenia, tematem numeru uczynić wiarę, nadzieję i miłość, nie ukrywam, miałyśmy wątpliwości, czy to dobry plan. Jak opisać coś, czego odzwierciedlenia trudno szukać w liczbach, procentach, dowodach? A potem przypadkiem (albo nie!) wpadły nam w ręce słowa hymnu Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, które napisał Jacek Cygan, i wszystko stało się jasne: *Medycyna jest sztuką, rozkwita z wielką siłą, kiedy po obu stronach są Wiara, Nadzieja i Miłość. Medycyna jest cnotą, jest siostrą trzech cnót boskich, których szukamy w sobie: Wiary, Nadziei, Miłości.*

Kierowane rzetelnością i przekonaniem, że choć może czasem twardych dowodów na działanie tej triady brak, ale są przynajmniej poszlaki, zaprosiłyśmy do rozmów i podsumowań prawdziwych od niej ekspertów: ks. Władysława Dudę, dyrektora Archidiecezjalnego Zespołu Domowej Opieki Paliatywnej i duszpasterza środowisk medycznych archidiecezji warszawskiej, pracowniczki Narodowego Instytutu Onkologii: dr n. med. Aleksandrę Konieczną, lek. Izabelę Marię Agnieszczak i dr n. med. Mariolę Kosowicz, a także językoznawcę prof. Jerzego Bralczyka. Opowiedziane przez nich

historie, analizy i wnioski skłaniają do naprawdę głębokich przemyśleń. I pokazują, jak wiara, nadzieja oraz miłość ważne są nie tylko dla pacjenta, ale również lekarza. – *Zawód lekarza od zawsze miał charakter humanistyczny. Mówimy o „sztuce lekarskiej” – a sztuka to przecież domena humanizmu. Medycyna opiera się na nauce, ale musi być prześwietlona przez humanizm. Lekarz, który widzi w pacjencie człowieka, leczy lepiej i pełniej* – przekonuje ks. Władysław Duda.

Dr n. med. Mariola Kosowicz wyjaśnia: – *Pacjent, który ma nadzieję, jest bardziej zaangażowany.* A lek. Izabela Maria Agnieszczak dopowiada: – *W badaniach klinicznych compliance jest wręcz kluczem do sukcesu.*

Wiary, nadziei i miłości szukamy najczęściej w sytuacjach trudnych, w których nie widzimy sensu i których się obawiamy. Dlatego tak istotne stają się w chorobie, a co za tym idzie – w procesie leczenia. Na co dzień jednak – w ferworze różnych spraw do załatwienia – rzadziej o nich myślimy, choć tak naprawdę to one są motorem wszystkich naszych działań.

Święta stają się okazją do zatrzymania się i zastanowienia, w co wierzymy, na co mamy nadzieję i kogo darzymy miłością. Dzięki temu możemy przewartościować to, czego się obawiamy, zdefiniować to, czego pragniemy, a przede wszystkim docenić to, co mamy. W imieniu redakcji życzę zatem Państwu refleksyjnych świąt. Z wiarą, nadzieją i miłością. ●

fot. Zuzanna Sokalska

Przeciążenie pracą? Wypalenie zawodowe?



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



Terminy najbliższych spotkań:

12 grudnia 2025 r. | 16 stycznia 2025 r. | godz. 18.00–20.30

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



Szczegółowe informacje
i zapisy na stronie



Naprzeciw oczekiwaniom



KAROL STĘPNIEWSKI

wiceprezes ORL w Warszawie

przewodniczący Zespołu ds. Lekarskiego Budżetu Partycypacyjnego „Izba Lokalnie”

Zastanawialiście się, Drogie Koleżanki i Drodzy Koledzy, czym na co dzień zajmuje się izba lekarska? Poza zadaniami statutowymi, takimi jak praca Komisji Prawa Wykonywania Zawodu, Stażu Podyplomowego czy Praktyk Lekarskich, oraz niezwykle istotnym pionem odpowiedzialności zawodowej z Okręgowym Sądem Lekarskim i rzecznikiem odpowiedzialności zawodowej, duże znaczenie mają komisje problemowe. Wśród nich można wymienić np. te związane ze sportem, kulturą czy seniorami. Do tego dochodzi duży dział szkoleń organizowanych przez Ośrodek Doskonalenia Zawodowego. Mnogość aktywności OIL w Warszawie może zaskoczyć.

Ale czy naprawdę znamy naszych lekarzy? Czy wiemy, z jakimi potrzebami czy niedostatkami borykają się w codziennym życiu lekarskim? Czy w pełni trafiamy w ich potrzeby? Myślę, że nie do końca. Próbą rozwiązania tej sytuacji jest niejako oddanie im inicjatywy. Dlatego uruchomiliśmy program wsparcia dla lekarzy. Lekarski Budżet Partycypacyjny „Izba Lokalnie” to projekt, którego celem jest wspieranie rozwoju, edukacji oraz integracji środowiska lekarskiego.

Jeśli przeglądacie stronę internetową OIL w Warszawie lub nasze media społecznościowe i nie widzicie niczego, co odpowiada Waszym potrzebom, to ten program jest właśnie dla Was. W swoim założeniu przypomina te znane z coraz większej liczby miast budżety obywatelskie, gdzie to lokalna społeczność

proponuje rozwiązania ułatwiające jej codzienne funkcjonowanie. Dzięki naszemu programowi otrzymacie możliwość organizacji konferencji, warsztatów, szkoleń czy nawet wydarzeń towarzyskich wzmacniających więzy środowiskowe. A możecie inne pomysły? Inicjatywa jest po Waszej stronie. Im więcej walorów będzie posiadał dany projekt, tym większa szansa na jego realizację. Ważne również, aby mogło skorzystać z niego możliwie jak najwięcej lekarzy. Weryfikacji pod kątem merytorycznym dokona powołany w tym celu zespół. Warto zapoznać się z regulaminem programu dostępnym na stronie i wypełnić swój wniosek. Może i Wasz pomysł doczeka się realizacji?

Wśród regulaminowych wymagań jedno zasługuje na szczególną uwagę. To poparcie delegata na Okręgowy Zjazd Lekarski z bieżącej kadencji (obecnie IX, a już wkrótce X). Ma to na celu nie tylko aktywizację delegatów w ich rejonach wyborczych, ale również wzmocnienie roli samego delegata w środowisku, które reprezentuje. Od teraz mają oni realny wpływ na to, w jakim stopniu izba lekarska jest obecna w lokalnych społecznościach.

Gorąco liczę na ciekawe, twórcze, pełne inspiracji pomysły lekarzy. Może część z nich stanie się również projektami ogólnoiżbowymi? Przecież izba lekarska to my wszyscy. Kreujmy i zmieniamy swoją codzienność. Bo kto lepiej zna nasze potrzeby niż my sami?

fot. Jacek Kamiński

Potrzebujesz wsparcia w realizacji pomysłu?



Lekarski Budżet Partycypacyjny „Izba Lokalnie” oferuje dofinansowanie projektów członków Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie

- rozwój zawodowy
- edukacja
- integracja środowiska lekarskiego



Szczegółowe informacje i wnioski na stronie

Wtulić się w wiarę

Czy wiara i medycyna stoją w opozycji? Obie dotyczą tajemnicy życia i śmierci, obie wymagają pokory wobec tego, co przekracza ludzkie możliwości. O tym, czy wiara może wspierać lekarzy, pacjentów i proces leczenia, rozmawiam z **ks. Władysławem Dudą**, dyrektorem Archidiecezjalnego Zespołu Domowej Opieki Paliatywnej i duszpasterzem środowisk medycznych archidiecezji warszawskiej.

rozmawiała **KAROLINA STĘPNIIEWSKA**

Medycyna jest ściśle oparta na dowodach naukowych. Czy w związku z tym może mieć jakiegokolwiek punkty styczne z wiarą? Czy to się nie wyklucza?

Owszem, medycyna bardzo mocno opiera się na nauce, ale jednak wiemy też, jak ważna jest wiara w skuteczność leczenia, weźmy choćby samo zjawisko placebo. Żeby lek zadziałał, trzeba go oczywiście przyjąć, jednak dodatkowym czynnikiem wzmacniającym jego działanie jest przekonanie pacjenta, że ten lek mu pomoże. Leczenie ma o wiele większe powodzenie, jeśli pacjent podchodzi do niego z nadzieją, że przyniesie ono efekty. Ta wiara jest ogromnie ważna w procesie zdrowienia.

Niestety, czasami to za mało. Czy osoby wierzące w Boga inaczej przeżywają chorobę i odchodzenie niż ci, którzy tej wiary nie mają?

Pracuję w hospicjum od ponad 30 lat i na podstawie wielu doświadczeń oraz rozmów z pacjentami i ich bliskimi mogę powiedzieć, że dla człowieka wierzącego ogromnie ważne jest zawierzenie Bogu – powierzenie Mu siebie. Natomiast

człowiek niewierzący nie odnosi się do Boga, więc nie mogę w rozmowie z nim używać takich argumentów. Do takich osób trzeba podejść zupełnie inaczej.

Czy niewierzący chcą w ogóle rozmawiać o Bogu?

Tak, to się zdarza. Pamiętam chorego, który zapytał mnie, czy ma szansę uwierzyć. Odpowiedziałem mu: *To zależy tylko od ciebie. To twoja decyzja, twój akt woli*. Bo wiara zawsze zaczyna się od chcenia.

Czasem, gdy wchodzę do sali, czuję, że między mną a niewierzącym pacjentem jest niewidzialna ściana. Wtedy wiem, że od nas obydwu zależy, czy uda się ją zburzyć. Bardzo często udaje się to dzięki rozmowie o codziennych sprawach – wtedy ten mur powoli się kruszy. Zawsze przypominają mi się słowa ks. Jana Twardowskiego: *Nie przyszedłem pana nawracać*. I rzeczywiście – nie o to chodzi. Nie przychodzę, by coś wymusić, ale by być blisko człowieka, który mnie potrzebuje. Dlatego czasem odwiedzam tych pacjentów ubrany po cywilnemu. Chodzi o zwyczajną rozmowę, o obecność.

A czy lekarze i kapelani szpitalni mogą współpracować jako zespół troszczący się o pacjenta?

Zdecydowanie tak. W wielu krajach, również w Polsce, ta współpraca już funkcjonuje. Wiem z doświadczenia, że to bardzo potrzebne. W naszym hospicjum domowym przyjęliśmy zasadę, że pierwszą osobą, która kontaktuje się z pacjentem i jego rodziną, jest lekarz. Później dzwoni psycholog, by zaproponować rozmowę. Czasem spotykamy się z oporem, bo wciąż funkcjonuje przekonanie: *Po co psycholog? Przecież nie jestem chory psychicznie*. Wtedy bardzo ważna jest rola pielęgniarki, która ma z pacjentem codzienny kontakt i potrafi go przekonać. Tak właśnie wygląda współpraca w zespole: psycholog, pielęgniarka, lekarz i kapelan uzupełniają się wzajemnie. Wszystko po to, by jak najlepiej pomóc pacjentowi i jego rodzinie.

Mówi się, że cierpienie uszlachetnia. Jak ksiądz to widzi?

Ks. prof. Józef Tischner, pod koniec życia bardzo cierpiący z powodu no-



fot. Łukasz Jurewicz

wotworu, gdy nie mógł już mówić, napisał na kartce dwa słowa: *Nie uszlachetnia*. I rzeczywiście – absolutnie nie wolno tego tak stawiać. Cierpienie związane z bólem zawsze jest złem i potworną traumą. Trzeba niebawem postawić, żeby cierpienie przyjąć jako coś, co uszlachetnia.

Ks. Jan Kaczkowski mówił za to, że Pan Bóg nie daje nam zadań, których nie potrafilibyśmy unieść. Ksiądz zgadza się z tym zdaniem?

Dla osoby wierzącej Bóg jest zawsze siłą. Może zawierzyć siebie Bogu, chociaż to nadal jest ogromnie trudne. Ale dla kogoś, kto nie wierzy, te słowa nie mają sensu.

W cierpieniu chyba łatwo zwrócić się przeciwko Bogu?

Pamiętam pacjenta, który leżał skulony z bólu i jedyne, co mógł powiedzieć, to: *Dlaczego? Czym ja tak zgrzeszyłem?* Na to pytanie nie ma odpowiedzi. Bóg milczy. Człowiek wtedy wchodzi z Nim w spór – bardzo uzasadniony. Mogę powiedzieć tylko: *Spróbuj przebaczyć Bogu za to, co cię spotkało*. To jest wyjątkowo trudne. Bywa, że ktoś umiera w tym buncie. To bardzo bolesne, zwłaszcza dla bliskich, którzy mówią: *Dlaczego Pan Bóg zrobił to mojej matce czy komuś, kogo ja bardzo kochałem?* To jest właściwie nie do wytłumaczenia.

A jednak wielu ludzi czerpie z wiary siłę i nadzieję.

Tak, to prawda. Nigdy nie zapomnę słów pewnej chorej kobiety: *Kiedy przestaje działać środek przeciwbólowy i ból narasta, wtulam się w Chrystusa*. Osoba głęboko wierząca potrafi w zażyłości z Bogiem naprawdę znaleźć ukojenie.

Czy wiara może być pomocna w pracy lekarza?

Myślę, że może być ogromnym wsparciem, zwłaszcza w pracy z pacjentami terminalnie chorymi. Celem lekarza jest wyleczenie chorego, ale w przypadku naszych pacjentów to się nie wydarzy. Tu ważne jest pochylenie się nad nimi z empatią. Sprawienie, by mniej cierpieli. Lekarzowi wierzącemu może być czasami łatwiej przekazać pacjentowi wewnętrzną siłę, nawet jeśli nie

może mu już obiecać wyzdrowienia. Myślę też, że wiara może chronić przed wypaleniem zawodowym. Ono zaczyna się tam, gdzie człowiek przestaje widzieć sens tego, co robi. Dla osoby wierzącej źródłem siły jest Bóg – to z Niego czerpie poczucie sensu i nadziei. Światło. Człowiek niewierzący ma trudniej – myślę, że łatwiej może popaść w poczucie bezsensu.

Na początku naszej rozmowy zapytałam, czy medycyna i wiara mogą mieć punkty styczności. Po tym, co ksiądz powiedział, wydaje się, że są sobie znacznie bliższe, niż myślałam.

Zawód lekarza od zawsze miał charakter humanistyczny. Mówimy o „sztuce lekarskiej” – a sztuka to przecież domena humanizmu. Medycyna opiera się na nauce, ale musi być prześwietlona przez

humanizm. Lekarz, który widzi w pacjencie człowieka, leczy lepiej i pełniej. Najwięksi lekarze w historii byli humanistami. Artystami.

Na zakończenie – jakiej duchowej rady udzieliłby ksiądz lekarzom w tym okolicznościowym i noworocznym czasie?

Niech towarzyszy państwu triada: wiara, nadzieja i miłość. Tak jak pisał św. Paweł w Liście do Koryntian: *Trwają wiara, nadzieja i miłość – te trzy: z nich zaś największa jest miłość*.

Miłość jest źródłem wszystkiego – to ona stoi u początku każdego gestu pomocy drugiemu człowiekowi. To ona chroni przed wypaleniem, daje siłę i sens. W leczeniu ważne są dwa ośrodki: umysł i serce. Jeśli działają razem – wtedy naprawdę służymy człowiekowi. ●

*Zadrżnij z radości! zadrżnij, ziemio cała!
Bo czas nadchodzi, gdzie świat ten wyzwoli
Potęgę serca i ducha potęgą
Z tego, co rani, i z tego, co boli.*

Jan Kasprovicz,
„Chrytusowe narodzenie”

**Szanowni Państwo,
drodzy Siostry i Bracia w Chrystusie,**

życzę, aby ten czas świąt Bożego Narodzenia stał się czasem narodzin potęgi serca i potęgi ducha. Niech światło Gwiazdy Betlejemskiej będzie źródłem radosnego drżenia, które wyzwala od bólu i lęku.

W imieniu abp. Adriana Galbasa oraz własnym zapraszam środowiska medyczne na tradycyjne spotkanie kolędowe 15 stycznia 2026 r., o godz. 18.00, do Domu Arcybiskupów Warszawskich przy ul. Miodowej 17/19 w Warszawie.

Z radością oczekując na wspólne kolędowanie,

ks. Władysław Duda
duszpasterz środowisk medycznych
archidiecezji warszawskiej



Siła nadziei



ALEKSANDRA SOKALSKA
redaktor naczelna

Ile waży nadzieja w procesie leczenia? Na to pytanie szukam odpowiedzi z pracowniczkami Narodowego Instytutu Onkologii: **dr n. med. Aleksandrą Konieczną**, onkolożką kliniczną, **lek. Izabelą Marią Agnieszczak**, doktorantką w Warszawskiej Szkole Doktorskiej Nauk Ścisłych i BioMedycznych, związaną także z Oddziałem Badań Wczesnych Faz, oraz **dr n. med. Mariolą Kosowicz**, psycholożką kliniczną, psychoterapeutką i psychoonkolożką.

Nadziei, podobnie jak wiary i miłości, nie da się precyzyjnie wymierzyć. Można co prawda być pełnym nadziei, mieć głęboką wiarę czy bezgranicznie kochać, ale ile to tak naprawdę oznacza? Kilogram? Litra? A może metr kwadratowy? Skoro nie możemy tych doznań zmierzyć, jak tym bardziej obliczyć, jaki procentowo mają wpływ na życie i zdrowie?

A jednak mają... Nigdzie indziej chyba nie widać tego tak wyraźnie jak podczas poważnej choroby. A jeszcze wyraźniej, gdy ktoś cierpi na nowotwór, który przez wielu Polaków ciągle uważany jest za przepowiednię rychłej śmierci. W Polsce, w sumie, niespecjalnie powinno to dziwić, skoro np. śmiertelność na raka piersi w naszym kraju – jako jedynym w Unii Europejskiej – ciągle rośnie. Jest to oczywiście przede wszystkim konsekwencją unikania profilak-

tycznych badań, ale nie zmienia faktu, że w takich okolicznościach nietrudno postrzegać nowotwór jako odbierający nadzieję wyrok.

BEZ NADZIEI NA DOWODY

Medycyna konwencjonalna opiera się na badaniach klinicznych i dowodach naukowych (*evidence-based medicine*). Jak w tych twardych danych umiejscowić coś, czego się zmierzyć nie da? – *Nie szukajmy się, nie jest to proste, a proces zdrowienia na pewno nie zależy tylko od nadziei* – mówi dr n. med. Mariola Kosowicz. – *Są badania obserwacyjne, które wiążą wysoki poziom nadziei z lepszą jakością życia, z mniejszym nasileniem depresji i lęku* – wyjaśnia lek. Izabela Maria Agnieszczak i dodaje: – *Ale trzeba pamiętać, że badania obserwacyjne mają swoje ograniczenia, bo choć wykazują współzależność, nie pozwalają ustalić związ-*

ku przyczynowo-skutkowego. Dr n. med. Aleksandra Konieczna tłumaczy: – *Choć rzeczywiście badania wykazują, że nadzieja ma istotny wpływ na jakość życia w trakcie leczenia, to nie ma dowodów na to, że doprowadza do wyzdrowienia*.

Kiedy w redakcji powstał pomysł na napisanie tekstu o nadziei, byłam pełna entuzjazmu. Podobnie jak studenci medycyny, którzy uczą się, że ich celem jest wyleczenie pacjenta, myślałam, że pacjent powinien mieć nadzieję na zdrowie, by lekarzowi łatwiej było cel ten osiągnąć. Dlatego po tak jednoznacznym podsumowaniu ze strony nauki zaczęłam się zastanawiać, czy jest sens kontynuować temat wpływu nadziei na wyleczenie. Skoro nie ma dowodów...

OBLICZA NADZIEI

Moje rozmówczynie pomogły mi zmienić punkt widzenia. Bo nadzieję można



mieć na różne rzeczy: czasem na zdrowie i długie życie, a czasem na przeżycie dobrego dnia albo dożycie do ślubu swojego dziecka... Dr n. med. Aleksandra Konieczna wspomina: – *Kiedyś prowadziłam leczenie paliatywne pacjentki z bardzo zaawansowanym rakiem piersi, której jedynym celem było dożyć do ślubu córki. I mimo naprawdę złych rokowań ona do tego ślubu dożyła. Umarła szybko po nim. To pokazuje, że silna determinacja, ta mocna chęć życia naprawdę może je wydłużyć.*

Ktoś zwątpi: *tylko tyle?* Cóż, medycyna ma swoje ograniczenia, lekarze to nie bogowie, a ludzie nie są nieśmiertelni. Celem leczenia nie zawsze jest pełne odzyskanie zdrowia, czasem tylko (i aż!) poprawa jakości życia w chorobie i jego przedłużenie.

Nadzieję powinniśmy zatem traktować racjonalnie i choć z pozoru brzmi to

absurdalnie, ma głęboki sens. Dr n. med. Mariola Kosowicz przekonuje: – *Pacjent, który ma nadzieję, jest bardziej zaangażowany. Czyli współpracuje z lekarzem, jest aktywny. A trzeba pamiętać, że aktywność przekłada się na większe poczucie własnej skuteczności, które – jak dowodzą badania – jest bardzo ważną determinantą radzenia sobie ze stresem.*

Pacjenci mający nadzieję rzadziej poddają się zniechęceniu w trakcie przewlekłej terapii. Nadzieja pomaga też utrzymać równowagę psychiczną, a to przekłada się na lepsze funkcjonowanie fizyczne w trakcie leczenia. Dr n. med. Aleksandra Konieczna tak to tłumaczy: – *Przy niższym poziomie stresu układ odpornościowy lepiej funkcjonuje i leczenie jest skuteczniejsze. Widzimy, że u pacjentów pozytywnie nastawionych tolerancja leczenia jest lepsza, a skutki uboczne często mniejsze.*

Onkolożka podkreśla też, że pacjent posiadający nadzieję zwykle przyjmuje leki według zaleceń, zgodnie z planem przychodzi na wyznaczone wizyty, częściej i szybciej zgłasza różne objawy, co sprawia, że lekarzowi jest łatwiej zarządzać terapią. To szczególnie ważne w leczeniu onkologicznym, które jest zwykle długim procesem i może trwać nawet 5–10 lat. – *W badaniach klinicznych compliance jest wręcz kluczem do sukcesu. Jeśli pacjent z nami współpracuje i widzi w terapii sens, jego leczenie przynosi lepsze efekty* – mówi lek. Izabela Maria Agnieszczak.

FAŁSZYWA NADZIEJA

Racjonalizacja nadziei, choć brzmi okropnie, ma jeszcze jeden ważny cel: nie pozwala zwieść się na manowce. Kiedy tak bardzo wierzymy, że wyzdrowiejemy, a lekarz naszej wiary i na-

dziei nie potwierdza, może to zrobić np. „uzdrowiciel”. – *Nadzieja powinna być stanem motywacyjno-poznawczym, a nie pobożnym życzeniem. Pobożnym życzeniem byłoby oczekiwanie pacjenta z zaawansowaną chorobą przerzutową, że wyzdrowieje. Nadzieja musi być osadzona w jakichś realiach, w przeciwnym wypadku może skłaniać pacjenta do niebezpiecznych decyzji, takich jak sięganie po terapie alternatywne* – podkreśla lek. Izabela Maria Agnieszczak.

Po jednej stronie jest lekarz, który przedstawia pacjentowi zgodnie z prawdą wszystkie pluse i minusy terapii oraz rokowania. A po drugiej człowiek mianujący się uzdrowicielem, który obiecuje życie *forever*. – *Szamani wiedzą, jak zmanipulować chorego, by poczuł się bezpiecznie i chwycił się fałszywej nadziei. Proste komunikaty i obietnice uwolnienia od bólu mogą sprawić, że osoba, która przecież często jest w stanie głębokiego kryzysu psychicznego, a do tego nie czuje swojego sprawstwa, uwierzy w magiczne obietnice i im ulegnie* – wyjaśnia psychoonkolożka.

PRAWDZIWA NADZIEJA

Rodziny poważnie chorych pacjentów często mówią: – *Proszę nie odbierać mi nadziei, nie musi przecież wszystkiego wiedzieć*. Tymczasem trzeba mieć świadomość, że stawanie w prawdzie nie jest odbieraniem nadziei, tylko prawem każdego człowieka. Dzięki temu lekarz może zbudować z pacjentem dobrą relację opartą na zaufaniu. Wówczas chory chętniej stosuje się do wytycznych terapii, a jej efekty są lepsze.

Rozmowa lekarza z pacjentem o złych rokowaniach jest jednak bardzo trudna (przyznają to wszystkie moje rozmówczynie), choć absolutnie konieczna. Bo tylko dzięki niej można odpowiednio nadzieję ukierunkować. Jak trudno przeprowadzić taką rozmowę i jak czasem można ulec emocjom, pokazuje historia opowiedziana przez dr n. med. Mariolę Kosowicz. – *Przyszła do mnie młoda para. Ona umierająca, oboje bardzo świadomi sytuacji. Dlatego zaplanowali sobie jeszcze jeden wyjazd – latem, nad morze. To było jej marzenie. Ja, widząc pacjentkę, powiedziałam, że ze względu na jej stan zdrowia warto, żeby nie odkładali wyjazdu,*

tylko pojechali jak najszybciej – jutro, pojutrze. Nie zdążyli, ona umarła cztery dni później. Ta historia zostanie ze mną do końca życia. I zawsze mnie to będzie poruszało, że nie zdążyli. Może ktoś nie powiedział im odpowiednio wcześniej, jak bardzo jej stan jest ciężki. Może ona płakała, może ktoś starał się być zbyt delikatny. A może ona chciała wierzyć, że jeszcze ma czas. Niemniej jednak czegoś zabrakło, żeby mogła spełnić ostatnie marzenie.

Pacjentowi należy się szczerza rozmowa, której kluczowym elementem jest forma. Dr n. med. Aleksandra Konieczna, zanim ją rozpocznie, zastanawia się, na ile pacjent jest gotowy przyjąć złe wiadomości. Stara się za nim podążać, bo to on decyduje, ile może udźwignąć. Psychoonkolożka uważa, że każdego pacjenta, bez względu na stan zaawansowania choroby, wiek, wykształcenie, należy zapytać, ile chce wiedzieć o swoim stanie zdrowia, i z empatią w sposób zrozumiały odpowiedzieć na jego pytania. – *Ważne jest również, by przekazać, jaki jest dalszy plan działania. Nie możemy zostawić pacjenta bez perspektywy realnej pomocy, musimy jasno określić jego stan i cel działań medycznych. Choroba i jej zaawansowanie nie mogą zabierać człowiekowi prawa do decydowania o swoim życiu* – tłumaczy. Onkolożka dodaje: – *Trzeba mówić prawdę w taki sposób, który nie odbiera pacjentowi nadziei, podkreślając, że istnieje przestrzeń do działania. Nawet jeżeli już nie jesteśmy w stanie kontynuować leczenia przyczynowego, możemy dalej starać się łagodzić objawy, poprawić jakość życia, czyli zmienić punkt ciężkości w leczeniu*. Lek. Izabela Maria Agnieszczak podkreśla: – *Czasem taka rozmowa ma prowadzić do tego, by nadzieja pacjenta, wcześniej skupiona na całkowitym wyleczeniu, przekształciła się w nadzieję na kontrolę choroby. Rolą lekarza i całego zespołu terapeutycznego jest towarzyszyć w tej zmianie – tak by nadzieja zawsze miała realny, możliwy do osiągnięcia cel*.

HISTORIE PEŁNE NADZIEI

Lek. Izabela Maria Agnieszczak realizuje doktorat dotyczący badań klinicznych wczesnych faz i współpracuje z oddziałem, na który trafia specyficzna grupa

pacjentów. To chorzy, u których wcześniejsze terapie nie przyniosły oczekiwanych rezultatów, a szansą dla nich jest udział w terapii eksperymentalnej. Wśród nich są tacy, którzy mimo choroby o bardzo złym rokowaniu leczą się już cztery–pięć lat, biorą udział w różnych badaniach klinicznych – choć statystycznie przewidywany czas przeżycia w ich grupie wynosił około roku. – *Myślę, że bez nadziei, że leczenie może im przedłużyć życie, nie decydowaliby się na kolejne terapie* – podsumowuje.

Dr n. med. Mariola Kosowicz opowiada: – *Czasami nadzieja opuszcza nawet chorego, którego rokowania nie są złe. Miałam kiedyś taką pacjentkę z nowotworem. Na grupie wsparcia opowiadała, że kupuje dla swoich małych dzieci większe ubrania, bo dzięki temu po jej śmierci mąż nie będzie już musiał tego robić. Ktoś z grupy zwrócił jej uwagę, że w ten sposób już robi swoją stypę. I że zamiast planować dzieciom, co będą zakładać za kilka lat, niech z nimi będzie tu i teraz. Jej mąż na tych warsztatach płakał ze strachu i przerażenia. Ja starałam się pokazać, co robi mózg, kiedy się boi. Jak nas oszukuje, jak szuka scenariuszy, które mają potwierdzić lęk. Wyjechała po warsztatach odmieniona, z nadzieją. Od tego czasu minęło 20 lat. Jej dzieci są już dorosłe. A ja, kiedy jadę do Wrocławia, zawsze się z nią spotykam*.

4 października 2025 r. w ramach akcji Różowy Październik odbył się pokaz wyjątkowego filmu „Around the Ice”, który opowiada o wyprawie jachtu Katharsis II wokół Antarktydy. Rejs, wpisany do Księgi Rekordów Guinnessa, wspierał kampanię na rzecz profilaktyki raka piersi. I był niezwykle symboliczny, ponieważ udział w nim wzięła pacjentka Narodowego Instytutu Onkologii – Hanna Leniec-Koper, która rok po zakończeniu leczenia ruszyła w wyprawę swojego życia. Po projekcji odbyło się spotkanie z Hanną Leniec-Koper i Mariuszem Koprem – kapitanem jachtu Katharsis II i liderem wyprawy, podczas którego mówili m.in. o nadziei, odwadze, determinacji i nieprzebranej sile w obliczu choroby.

Ten tekst dedykuję wszystkim, którzy nie tracą nadziei. Bo nawet jeśli nie umiemy jej zmierzyć, zawsze warto ją mieć. ●

MIŁOŚĆ



JERZY BRALCZYK
językoznawca

Jedno z ważniejszych, zdawałoby się, słów, choć tak wycierane w literaturze różnych poziomów i w kulturze niezwykle popularnej, a także nadużywane i w naszych prywatnych rozmowach, ma – jak się zdaje – pochodzenie niezupełnie podniosłe. Całkowicie naturalnie wiążemy je z przymiotnikiem *miły*, jak, żeby wziąć słowa z podobnego rejestru, *wdzięczność* z *wdzięczny*, a *czułość* z *czuły*. A skąd *miły*? *Miły* kiedyś oznaczał ‘umiłowanego’, później stał się określeniem nie tyle tego, kogo się miłowało, lecz tego, kto zachowywał się, powiedzmy, ujmująco. *Miły* to historycznie forma imiesłowu przeszłego, tak jak *czuły* to była imiesłowowa forma czasownika *czuć*, *trwały* – *trwać*, a *były* – *być*, ale od jakiego czasownika mianowicie ma być *miły*? W etymologii mamy ciekawy pogląd, że rdzeniem byłoby tu *mi-*, obecne w podobnych znaczeniach w słowach *mimo* i, co tu ważne – *mijać*. Dałoby się to tłumaczyć tak, że jak ktoś mijał kogoś, przeszedł mimo, nie zaczął, nie zaatakował – był miły (no, w każdym razie nie był niemiły). A rdzeń *mi-* był obecny w praindoeuropejskim, w znaczeniu ‘drogi, przyjemny, łagodny’.

Czyżby to mogło miłości wystarczyć? Zapewne nie. Ale tak bywa, że słowa albo intensyfikują swoją wymowę, albo, co dzisiaj częstsze, osłabiają – jak niestraszne nam dziś słowo *straszne*.

Miłość dawniej łączyła się z *miłowaniem*, dziś odbieranym jako archaizm, choć umiłowanie jeszcze w co bardziej patetycznych tekstach przetrwało. Zamiast czasownika *miłować* używamy *kochać*, a obok *miłości* pojawiło się *kochanie*. *Kochać* miało przodka bardziej konkretnego, prastłowiańskie *ko-*

usati oznaczało ‘głaskać, pieścić’. Ale rzeczownik *kochanie*, tak wygodny także jako forma zwracania się do miłej nam osoby, miłości całkiem zastąpić nam nie mógł.

I *miłość* święci tryumfy, by się poetycko wyrazić, i w mowie potocznej, i w publicznej, tutaj czasami sięgając patosu. Mamy *miłość* i w kościele, i w przemówieniach, i w pieśni. Ta powaga *miłości* jak na razie skutecznie uchroniła *miłość* od pełnego spospolitowania, i o ile słowo *kochać* pojawia się na przykład w reklamie, *miłości* tam raczej próżno szukać.

Za to *miłość* przeniknęła do sfery erotycznej. Tu się mniej *wyznaje*, częściej za to *uprawia miłość*. Jak się zdaje, nie przeszkadza to szlachetnej, a często i wzniosłej miłości i może się ona poszczycić sporą nadal frekwencją w tekstach ważnych i poważnych.

Była też *miłość*, choć dziś niezauważenie, obecna w zwrotach do bliźnich. Ale dla wygody skracana była, redukowana do *mości* albo zgoła do *ści*. *Wasza miłość* stała się *waszmością*, z czasem nawet *waścią*, a w krańcowych, już niemal lekceważących zwracaniach się i *wacią*, jak w *waćpan*, co przecież wzięło się ze stanowczo zbyt długiego *wasza miłość pan...*

Miłość to potrzebne słowo. Oznacza to, co trudno zdefiniować, czasem wyznaczyć, do czego nawet przed sobą trudno się przyznać. To słowo poważne i odporne na różne uśiłowania spospolitowania. I *miłość* rodzinna, specyficzna w połączeniach z nazwami różnych członków rodziny, od *macierzyńskiej* począwszy, i zakochanych, i religijna, i patriotyczna, i wreszcie abstrakcyjna *miłość ludzkości*, którą niełatwo do gatunkowej solidarności sprowadzić. ●

Krok w stronę europejskich

O nowelizacji rozporządzenia dotyczącego badań PET/CT, która wchodzi w życie w styczniu 2026 r., rozmawiamy z **prof. dr. hab. n. med. Markiem Dedecjusem**, kierownikiem Kliniki Endokrynologii Onkologicznej i Medycyny Nuklearnej Narodowego Instytutu Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie.

rozmawiała **DOROTA LEBIEDZIŃSKA**

Panie profesorze, jak duże znaczenie dla polskich pacjentów ma nowelizacja rozporządzenia o badaniach PET/CT?

To zmiana o ogromnym znaczeniu. Do tej pory obowiązywały zalecenia z 2011 r., a więc sprzed 14 lat, z czasów, gdy wiele obecnie stosowanych technologii po prostu nie istniało. Dokończył się ogromny postęp, zarówno jeśli chodzi o technologię obrazowania, dostępność nowych radioizotopów, jak i o możliwości interpretacji wyników. Dlatego ta nowelizacja, która ma wejść

w życie od stycznia 2026 r., jest zdecydowanie krokiem w dobrym kierunku. Oczywiście można powiedzieć, że szkoda, iż tak późno, ale lepiej późno niż wcale... Dzięki aktualizacji zaleceń wielu pacjentów zyska dostęp do nowoczesnych, wysokospecjalistycznych metod diagnostycznych.

Zgodzi się pan zapewne, że aktualizowanie tych wskazań raz na 14 lat to zbyt rzadko. Jak powinien wyglądać idealny proces aktualizacji?

Aktualizacje należy wprowadzać zdecydowanie częściej. Dynamiczny postęp w medycynie nuklearnej sprawia, że zalecenia powinny być aktualizowane co dwa lata. Takie rozwiązanie przewiduje Narodowa Strategia Onkologiczna – rekomendacje tworzone i aktualizowane przez grupy eksperckie na podstawie aktualnej wiedzy, a następnie weryfikowane przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Krajową Radę Onkologii. To rozsądny model, który pozwoli uniknąć wieloletnich opóźnień, bo postęp technologiczny jest dziś błyskawiczny. Nie możemy liczyć na taką częstotliwość aktualizacji zaleceń jak w USA, gdzie rekomendacje aktualizuje się nawet kilka razy w roku – mamy inny model finansowania i inny budżet. Ale dwuletni cykl wydaje się rozsądnym kompromisem między koniecznością aktualizacji zaleceń opartych na postępie wiedzy a realiami systemu.

Czy ta zmiana przybliży nas do europejskich standardów w diagnostyce onkologicznej?

Oczywiście, szczególnie jeśli chodzi o zastosowanie badań PET/CT w raku prostaty. Dzięki wykorzystaniu znacznika PSMA możemy wykrywać wznówę choroby przy znacznie niższych poziomach markera PSA, a więc dużo wcześniej niż do tej pory. Dotychczas stosowana cholina znakowana fluorem była użyteczna, ale PSMA PET/CT to obecnie „złoty standard” w diagnostyce raka prostaty – uznany na całym świecie, a teraz wreszcie dostępny również w naszym kraju.

Chorzy z rakiem prostaty to niejedyna grupa pacjentów, która skorzysta na nowych przepisach. Jakie jeszcze wskazania obejmuje nowelizacja?

Nowe przepisy rozszerzają wskazania m.in. o diagnostykę przytarczyc, w której dopuszczono finansowanie badania PET z choliną. Ma to duże znaczenie u pacjentów z nadczynnością przytarczyc, u których klasyczna scyntygrafia nie wykazała gruczolaków.

Kolejna duża grupa to pacjentki z nowotworami ginekologicznymi – rakiem szyjki macicy i endometrium. Poszerzono też wskazania dla guzów neuroendokrynnych układu pokarmowego i oddechowego, gdzie dotąd stosowano różne niestandardowe rozwiązania, by w ogóle móc wykonać badanie.

Co istotne, nowelizacja obejmuje również obszar nieonkologiczny – m.in. możliwość zastosowania PET/CT w diagnostyce niektórych stanów zapalnych, np. zapalenia wsierdza czy naczyń.

Brzmi bardzo obiecująco. Gdzie więc tkwi „haczyk”?

Kluczową kwestią będzie finansowanie. Możemy mieć najlepszą technologię, ale jeśli procedury nie zostaną właściwie wycenione, dostępność badań nie wzrośnie. Całe środowisko medycyny nuklearnej z niecierpliwością czeka na



fot. archiwum prywatne

standardów diagnostyki

decyzje płatnika. Byłoby paradoksem, gdyby poszerzenie wskazań zbiegło się z ograniczeniem refundacji. Trzeba pamiętać, że wysokiej jakości badanie wymaga wysokiej jakości radioizotopów, aparatury i personelu, a to generuje koszty. Dobre wyważenie między liczbą badań a ich wyceną będzie kluczowe. Ostatecznie to problem płatnika, ale jeśli zostanie źle rozwiązany – stanie się również problemem ośrodków medycyny nuklearnej i w konsekwencji... pacjentów.

Zakładając, że finansowanie zostanie utrzymane na odpowiednim poziomie – czy polskie ośrodki są gotowe na zwiększoną liczbę badań?

Organizacyjnie i technicznie – tak. Istniejące ośrodki na ogół są w stanie podołać większej liczbie wskazań, ale wiele procedur jest dziś limitowanych. Jeśli jednostka ma kontrakt na 2 tys. badań rocznie, to nawet przy szerszych wskazaniach nadal wykona tylko te 2 tys. Szacujemy, że liczba badań mogłaby wzrosnąć o ok. 50 proc., ale do tego muszą zostać zwiększone limity.

W tej chwili w Polsce działa ok. 28 ośrodków wykonujących badania PET/CT. Przeprowadzanych jest kilkadziesiąt tysięcy badań rocznie – to wciąż mniej, niż wynikałoby ze standardów europejskich, które zakładają jeden aparat na milion mieszkańców, ale cieszymy się z tego, co mamy. Trzeba też pamiętać, że sprzęt jest kosztowny – pojedynczy aparat to wydatek rzędu kilkunastu milionów złotych – a samo badanie wymaga starannie zaplanowanej logistyki.

Na czym polega ta szczególna logistyka?

Wbrew pozorom badanie PET/CT bardzo różni się od klasycznej tomografii komputerowej. Wymaga starannego planowania, bo dla każdego pacjenta izotop musi być zamówiony odpowiednio wcześniej. Izotopy używane w badaniu



foto: licencja OIL w Warszawie

mają bardzo krótki czas połowicznego rozpadu – ok. dwóch godzin. Muszą być więc zamawiane z wyprzedzeniem, wyprodukowane i zastosowane tego samego dnia. Jeśli pacjent nie przyjdzie lub spóźni się na badanie, izotop, za który zapłaciliśmy, ulega rozpadowi i ponosimy realną stratę finansową. Dlatego tak ważne jest, by pacjenci potwierdzali wizyty i mieli świadomość, że to nie jest badanie, które możemy wykonać w każdej chwili.

Jak ta zmiana przekłada się na sytuację konkretnego pacjenta, np. mężczyzny z podejrzeniem wznowy raka prostaty?

Dla pacjenta to przede wszystkim szansa na wcześniejsze i bardziej precyzyjne rozpoznanie choroby. Ale trzeba pamiętać, że PET/CT z PSMA nie jest badaniem przesiewowym – wykonuje się je tylko przy określonych wskazaniach i zawsze na zlecenie onkologa. To kosztowna procedura, dlatego musi być stosowana tam, gdzie rzeczywiście przyniesie korzyść diagnostyczną i terapeutyczną. Nowelizacja rozporządzenia nie oznacza więc „dowolnego” dostępu

do badania, ale raczej umożliwia jego racjonalne i skuteczne wykorzystanie tam, gdzie jest naprawdę potrzebne.

Do końca roku nie ma jeszcze możliwości realizacji badań PET/CT w rozszerzonych wskazaniach. Czekamy na przepisy wykonawcze i zarządzenie prezesa NFZ. Dopiero po jego wydaniu będziemy mogli potwierdzić dostępność badań PET/CT w nowych wskazaniach.

Jak wyglądała współpraca środowisk medycznych przy tworzeniu nowej listy wskazań?

Bardzo dobrze. W imieniu specjalistów medycyny nuklearnej chciałbym serdecznie podziękować kolegom onkologom, zwłaszcza profesorom Rutkowskiemu i Krzakowskiemu, których determinacja i zaangażowanie były kluczowe. Współpraca Polskiego Towarzystwa Medycyny Nuklearnej z Polskim Towarzystwem Onkologii Klinicznej i Polskim Towarzystwem Onkologicznym przebiegała bardzo korzystnie. To przecież wspólny interes – onkolodzy zyskują dostęp do wysokiej jakości badań, które ułatwiają im diagnostykę i planowanie terapii.



Lekarski Uniwersytet Trzeciego Wieku „Nestor”



2025/26 r.
godz. 11.00

TEMATY WYKŁADÓW W I SEMESTRZE IV ROKU AKADEMICKIEGO (2025/2026)

- 2.12.2025 r.** „Starość też po mnie odziedziczysz” – **mgr Małgorzata Kalicińska**
16.12.2025 r. **Spotkanie przedświąteczne**
13.01.2026 r. „Religijno-kulturowe zasady i obyczaje obchodów świąt w Kościele prawosławnym”
– **abp Abel, ordynariusz prawosławnej diecezji lubelsko-chełmskiej**
27.01.2026 r. „Motocyklem przez Syrię i Jordanię” – **mgr Anna Jackowska-Pluta**
3.02.2026 r. „Zabezpieczenie społeczne w Polsce” – **dr Piotr Winciunas**

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



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

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

Egzamin specjalizacyjny w dziedzinie stomatologii zachowawczej z endodoncją



foto: Sara Hofman

28–29 października w Okręgowej Izbie Lekarskiej w Warszawie odbył się ustny egzamin specjalizacyjny w dziedzinie stomatologii zachowawczej z endodoncją, stanowiący zwieńczenie wieloletniej drogi kształcenia lekarzy dentystów w tej wymagającej profesji.

DOROTA LEBIEDZIŃSKA

Tydzień wcześniej przeprowadzono część pisemną, do której przystąpiło 31 osób. Do egzaminu ustnego zakwalifikowało się 16 lekarzy dentystów – część zdających została z niego zwolniona dzięki bardzo dobrym wynikom uzyskanym w teście.

Egzamin przeprowadziły dwie komisje egzaminacyjne składające się z doskonalych ekspertów.

Pierwsza komisja: prof. dr hab. n. med. Agnieszka Mielczarek – przewodnicząca, prof. dr hab. n. med. Magdalena Nowosielska, prof. dr hab. n. med. Halina Pawlicka, lek. dent. Justyna Kwitkiewicz.

Druża komisja: prof. dr hab. n. med. Elżbieta Bołtacz-Rzepkowska – przewodnicząca, prof. dr hab. n. med. Izabela Strużycka, dr hab. n. med. Ewa Iwanicka-Grzegorek oraz lek. dent. Jolanta Szczurko.

W uroczystym rozpoczęciu egzaminu uczestniczyli także dr n. med. Artur Drobnik, prezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie, oraz dr n. med. Dariusz Paluszek, wiceprezes ORL i przewodniczący Komisji ds. Lekarzy Dentystów. – *Egzamin specjalizacyjny to nie tylko formalność, ale przede wszystkim potwierdzenie wysokich kompetencji zawodowych i odpowiedzialności wobec pacjentów. Dziękuję wszystkim, którzy przyczynili się do organizacji tego przedsięwzięcia* – podkreślił dr n. med. Artur Drobnik, otwierając spotkanie.

Prezes ORL zwrócił też uwagę na wagę tego etapu w karierze zawodowej lekarzy dentystów. Podkreślił, że specjalizacja jest nie tylko potwierdzeniem wiedzy, lecz także wyrazem dojrzałości zawodowej i gotowości do podejmowania bardziej złożonych decyzji klinicznych.

W imieniu komisji egzaminacyjnych głos zabrała prof. Agnieszka Mielczarek. Zauważyła, że organizowanie egzaminów w siedzibach różnych okręgowych izb lekarskich ma ogromne znaczenie dla integracji środowiska i wymiany doświadczeń między ośrodkami.

– *To pozwala przybliżyć proces egzaminacyjny środowisku lokalnemu i pokazuje, że niezależnie od miejsca standardy zawodowe i etyczne pozostają takie same* – stwierdziła.

Do tej pory większość egzaminów z tej dziedziny odbywała się w Łodzi, w siedzibie Centrum Egzaminów Medycznych. Tym bardziej cieszy fakt, że w tym roku miejscem egzaminu stała się właśnie nasza izba, która w pełni sprostała organizacyjnym i logistycznym wymaganiom przedsięwzięcia.

EMOCJE I WYZWANIA

Choć do egzaminu przystępowali lekarze z kilkuletnim doświadczeniem zawodowym, nie zabrakło emocji i stresu. W kulisach, jak zwykle, pojawiła się też „giełda pytań”.

– *Nie da się całkowicie uniknąć stresu, ale atmosfera była bardzo życzliwa* – przyznała jedna z uczestniczek. – *Czułymi, że jesteśmy oceniani nie tylko pod kątem wiedzy, ale też umiejętności praktycznego myślenia*. Inna zdająca dodała z uśmiechem: – *To była dobra lekcja pokory, a jednocześnie potwierdzenie, że solidna wiedza i opanowanie to klucz do sukcesu*.

Profesorowie zasiadający w komisjach również podkreślali, że mimo stresu to wydarzenie ma wymiar partnerskiego spotkania profesjonalistów. – *Zawsze staramy się stworzyć atmosferę dialogu i wzajemnego szacunku* – mówiła prof. dr hab. n. med. Elżbieta Bołtacz-Rzepkowska. – *Egzamin ma nie tylko sprawdzać, ale też motywować do dalszego rozwoju zawodowego i naukowego*.

Egzamin specjalizacyjny to nie tylko formalne zwieńczenie szkolenia, ale przede wszystkim potwierdzenie wysokich kwalifikacji zawodowych. Dla wielu lekarzy jest to także moment refleksji nad własną ścieżką rozwoju i początkiem kolejnych wyzwań. Jak podkreślił dr Dariusz Paluszek: – *Specjalizacja to proces, który wymaga ogromnej determinacji, systematyczności i pasji. Cieszy nas, że tylu lekarzy decyduje się podnosić swoje kwalifikacje, bo to bezpośrednio przekłada się na jakość opieki nad pacjentami*. ●

Wsparcie czy ryzyko dla pacjenta?

Ostatnie zmiany w prawie rozszerzające kompetencje higienistek stomatologicznych wywołują gorącą debatę.

Dr n. med. Dariusz Paluszek, wiceprezes ORL, przewodniczący Komisji ds. Lekarzy Dentystów, wyjaśnia, jakie zagrożenia niesie brak jednolitego systemu kształcenia i nadzoru oraz jak powinna wyglądać bezpieczna współpraca w zespole dentystycznym.

rozmawiała
DOROTA LEBIEDZIŃSKA

Wraca temat higienistek stomatologicznych. Jakie są główne problemy związane z rozszerzaniem ich kompetencji?

Problem jest bardzo istotny i dotyczy nie tylko środowiska stomatologicznego, ale całego systemu ochrony zdrowia. W ostatnich latach obserwujemy tendencję do poszerzania kompetencji zawodów pomocniczych – w tym higienistek stomatologicznych – w sposób, który budzi poważne wątpliwości. Decyzje o dopuszczaniu do wykonywania określonych procedur są często podejmowane na poziomie ministerialnym bez odpowiedniej rozmowy z samorządem



lekarskim, uczelniami medycznymi czy ekspertami z dziedziny stomatologii.

Największy problem polega na tym, że poszerzanie uprawnień nie idzie w parze z ujednoliceniem systemu kształcenia. W efekcie osoba bez pełnego przygotowania medycznego może wykonywać czynności mające bezpośredni wpływ na zdrowie pacjenta, często bez nadzoru lekarza dentysty. To sytuacja potencjalnie bardzo niebezpieczna, bo stomatologia to nie tylko estetyka i profilaktyka, ale także leczenie chorób wymagających specjalistycznej wiedzy i doświadczenia.

Jakie procedury w szczególności budzą obawy środowiska?

Najwięcej kontrowersji wzbudza zakres czynności, które higienistki mogłyby wykonywać samodzielnie – zwłaszcza te, które wiążą się z diagnozowaniem lub planowaniem leczenia. Mówimy tu o informowaniu pacjenta o konieczności zabiegów, ocenie stanu przyzębia, a nawet sugerowaniu ekstrakcji czy leczenia protetycznego. To nie są działania czysto techniczne, lecz decyzje medyczne wymagające wiedzy klinicznej. Planowanie leczenia, nawet w najbardziej podstawowym zakresie, musi pozostać w gestii lekarza.

Czy to oznacza, że według pana higienistki nie powinny pracować samodzielnie?

Nie chodzi o to, żeby ograniczać rolę higienistek, ale o to, żeby ją jasno zdefiniować. Higienistki są ogromnym wsparciem dla lekarza – wykonują zabiegi profilaktyczne, prowadzą edukację zdrowotną, pomagają utrzymać higienę jamy ustnej pacjentów. Ale muszą działać

w ramach zespołu stomatologicznego, pod nadzorem lekarza.

W moim gabinecie współpracuję z higienistką od wielu lat i jej praca jest nieoceniona. Zawsze jednak działa w ramach ustalonego planu leczenia i w konsultacji ze mną. Problem pojawia się wtedy, gdy higienistce daje się prawo do samodzielnego

przyjmowania pacjentów, wystawiania opinii czy prowadzenia działań diagnostycznych. Wówczas zacierają się granice odpowiedzialności, a pacjent traci pewność, że otrzymuje kompleksową i bezpieczną opiekę.

Po prostu wykształcenie higienistek jest niewystarczające?

Tak, i to nie dlatego, że brakuje im zaangażowania czy chęci nauki, ale dlatego, że system kształcenia w Polsce jest niejednorodny. Mamy szkoły policealne, kursy dwuletnie, szkolenia weekendowe, a nawet krótkie programy organizowane przez różne stowarzyszenia. Każda z tych ścieżek kończy się tym samym tytułem – higienistki stomatologicznej – mimo że poziom przygotowania bywa bardzo różny.

W rezultacie osoby z minimalnym doświadczeniem mogą uzyskać uprawnienia do wykonywania procedur, które w praktyce wymagają wiedzy medycznej. Trudno porównać to z pięcioletnim kształceniem lekarza dentysty, który musi zdać egzaminy państwowe, odbyć praktyki i ponosi pełną odpowiedzialność zawodową.

To sytuacja analogiczna do problemu, z jakim mierzy się kosmetologia. Wiele zabiegów medycyny estetycznej

wykonują osoby bez wykształcenia medycznego, co doprowadziło do pojawienia się osób z licznymi powikłaniami i rosnącej liczby interwencji prawnych. W stomatologii nie możemy pozwolić sobie na powtórzenie tego scenariusza.

A co z argumentem ministerstwa, że zwiększenie kompetencji higienistek poprawi dostępność świadczeń stomatologicznych?

To argument często powtarzany, ale niepoparty faktami. W Polsce nie brakuje lekarzy dentyków. Problem leży w finansowaniu, a nie w dostępności. To jest prawdziwa bariera w dostępie do leczenia. Zwiększenie kompetencji higienistek nie rozwiąże tego problemu, bo nie zmieni systemu refundacji ani nie zwiększy liczby kontraktów.

Z punktu widzenia ekonomicznego może to wyglądać atrakcyjnie – higienistka ma niższe wynagrodzenie, więc pacjent zapłaci mniej. Ale w rzeczywistości może on otrzymać usługę pozabawioną właściwej diagnozy i nadzoru medycznego. W konsekwencji, gdy pojawiają się powikłania, koszty leczenia i tak wzrosną.

Czy są przykłady innych krajów, w których odmiennie rozwiązano problem odpowiedzialnych kompetencji higienistek?

Owszem, i te przykłady są bardzo różne. We Francji zawód higienistki praktycznie nie istnieje, wszystkie procedury wykonuje lekarz dentyś lub osoba przez niego bezpośrednio wskazana. To model, który stawia na pełną odpowiedzialność lekarza za cały proces terapeutyczny.

W Wielkiej Brytanii czy Skandynawii higienistki mają większe uprawnienia, ale tam system kształcenia jest znacznie bardziej rygorystyczny – obejmuje kilkuletnie studia, praktyki i obowiązkowy nadzór. W Polsce chcemy wprowadzić podobny zakres kompetencji bez zapewnienia analogicznego zaplecza edukacyjnego i prawnego. To działanie pozorne i potencjalnie niebezpieczne.

Jakie są realne zagrożenia, jeśli higienistki zaczęłyby działać samodzielnie?

Zagrożeń jest wiele. Po pierwsze, błędna ocena stanu zdrowia jamy ustnej.

Higienistka może nie rozpoznać objawów nowotworu, ropnia czy martwicy, a pacjent przez długie miesiące będzie żył w przekonaniu, że wszystko jest w porządku. Po drugie, błędne planowanie leczenia lub jego zaniechanie. W stomatologii czas ma ogromne znaczenie – opóźnienie leczenia o kilka miesięcy może skutkować utratą zęba.

Kolejny problem to brak odpowiedzialności zawodowej. Higienistki nie podlegają nadzorowi izb lekarskich, nie mają własnego samorządu, nie są objęte kodeksem etyki zawodowej w takim zakresie jak lekarze. W razie błędu mogą odpowiadać jedynie cywilnie, co nie zawsze przekłada się na realną ochronę pacjenta.

Czy widzi pan szansę na poprawę sytuacji?

Zdecydowanie tak, ale wymaga to systemowych zmian. Po pierwsze – potrzebny jest jednolity, państwowy system kształcenia higienistek, najlepiej na poziomie uniwersyteckim. Po drugie – konieczne jest wprowadzenie obowiązkowego nadzoru lekarza nad ich pracą, a także systemu odpowiedzialności zawodowej.

Można sobie wyobrazić model, w którym higienistka po czteroletnich stu-

diach i zdaniu egzaminu państwowego mogłaby wykonywać określone procedury bezpośrednio, ale w ściśle wyznaczonych granicach i przy zachowaniu pełnej współpracy z lekarzem.

Dobrze, że problem ten dostrzega też Naczelna Izba Lekarska oraz posłowie zarówno z jednej, jak i z drugiej strony politycznej.

Na zakończenie – jakie jest przesłanie dla środowiska stomatologicznego i ustawodawców?

Najważniejsze jest, by decyzje o zmianach w zawodach medycznych były podejmowane po szerokich konsultacjach z praktykami i ekspertami. Nie można tworzyć nowych uprawnień tylko po to, by obniżyć koszty czy poprawić statystyki. W centrum każdej reformy powinien być pacjent i jego bezpieczeństwo.

Higienistki są niezbędne w codziennej pracy gabinetu i ich rola będzie rosła – ale musi to się odbywać w ramach jasno określonego systemu, z odpowiednim przygotowaniem, nadzorem i odpowiedzialnością. Dopiero wtedy można mówić o prawdziwym podniesieniu jakości opieki stomatologicznej w Polsce.



Rytm młodych



ANNA PRAWDZIK

Zespół Młodych Lekarzy Dentystów
Komisji ds. Lekarzy Dentystów

Postrzeganie czasu z perspektywy linearnej każe zakładać scenariusz, że kolejne etapy leczenia, rozwoju zawodowego czy współpracy muszą mieć wyraźny początek oraz zakończenie, rozumiane jako sukces lub niepowodzenie.

Wydaje się jednak, że etap linearnego rozwoju związany jest ze ścieżką akademicką czy naukową, natomiast w pracy klinicznej wiele rzeczy dzieje się symultanicznie. Zwłaszcza na początku pracy w zawodzie planowanie miesiąca może polegać na wpłataniu swojego życia między terminarze gabinetów a terminy szkoleń.

Czas może być zarówno sprzymierzeńcem, jak i wrogiem lekarza. Czas gojenia, trwania zabiegu czy oczekiwania na wizytę wpływa na relację lekarz-pacjent niezależnie od posiadanych przez lekarza kompetencji miękkich. Czas jest uchwytany, mierzalny, łatwo poddaje się logicznej analizie, może dawać poczucie kontroli lub natychmiast je odbierać. Włączanie tego czynnika w rozmowach z pacjentem pozwala nie tylko zaangażować pacjenta w proces leczniczy, ale również dać mu poczucie przejrzystości i bezpieczeństwa.

Wizyta zaczyna się znacznie wcześniej niż samo wejście pacjenta do gabinetu. To czas, jaki upłynął od poprzedniej wizyty, często stanowi bezpośredni czynnik kierujący pacjenta do decyzji

o kolejnej. Pacjent poświęca swój czas także na przeglądanie stron internetowych czy social mediów gabinetu lub bezpośrednio lekarza dentysty. Kontakt z rejestracją, dojazd, znalezienie miejsca parkingowego – całość doświadczenia wpłynie na nastawienie pacjenta do leczenia, zanim ten pojawi się na fotelu.

Naprzeciwko pacjenta z jego ujęciem czasu staje młody lekarz, który łączy specjalizację, pracę w gabinetach prywatnych i kursy czy konferencje z życiem prywatnym. W tym wszystkim musi znaleźć się z pacjentem tu i teraz – spojrzeć na niego i mieć czas na analizę jego przypadku. Sztuka obecności w rozpędzonym życiu, gdy poprzedni zabieg się przedłużył, a późniejsze wyjście z gabinetu burzy osobiste plany, stanowi świadomy wybór, a może nawet element wymagający ćwiczeń.

Przychodząca wraz z doświadczeniem akceptacja pozwala złapać dystans, choć zanim się pojawi, czas może być źródłem napięcia i stresu. Podążanie za gotowym terminarzem, dostosowywanie się do niego, praca w maksymalnym skupieniu w określonych wy-

ciinkach czasowych sprawiają, że młody lekarz dentysta nierzadko czuje nadmiar, a nawet przeciążenie perspektywą.

Elementem trudnym okazać się może także konieczność przełączania między kontekstami. Młody lekarz funkcjonuje często równolegle w kilku różnych środowiskach pracy, z których każde ma własną dynamikę, zespół, wyposażenie gabinetu czy profil pacjenta. W jednym miejscu wykonywane zabiegi mogą mieć zupełnie inny zakres niż w drugim, jedno może wymagać skupienia na szczegółach zabiegu, inne – komunikacji z pacjentem i omawianiu planów leczenia. Budowanie własnej ścieżki i wdrażanie nabywanych umiejętności przy jednoczesnej konieczności częstej zmiany ról tworzą uwarunkowania budujące konieczność poszukiwania własnej, stabilnej przestrzeni w zawodzie.

W pierwszych latach pracy największym wyzwaniem może okazać się wypracowanie i nauczenie się kreowania własnej przestrzeni w czasie. Stworzenie zasad, z uwzględnieniem wcześniej założonych wyjątków, może pozwolić czuć się dobrze z podejmowanymi w danym momencie krokami. Reagowanie na zmiany i sytuacje nieprzewidziane planem razem z poczuciem decyzyjności ograniczają stany napięcia, które często towarzyszą początkom drogi zawodowej. Jednocześnie akceptacja pewnych elementów, na które ma się ograniczony wpływ w kontekście czasu, jak biologia tkanek, tempo gojenia czy gotowość pacjenta do podjęcia leczenia, pozwalają wykorzystać energię na rozwój zawodowy i skupić się na satysfakcji z wykonywanej pracy.

Końcówka roku daje możliwość wglądu w procesy już domknięte, na zdobyte doświadczenie kliniczne i kolejne etapy rozwoju. Pozwala podsumować to, co wcześniej działało się równolegle. To moment, w którym można przyjrzeć się swoim decyzjom z perspektywy czasu, z możliwością dostrzeżenia, które z nich były podążaniem za rutyną, a które stanowiły oznaki własnego stylu pracy. Cierpliwość i porządek wewnętrzny w dynamicznym środowisku pozwalają świadomie kształtować ścieżkę zawodową. Satysfakcja płynąca z konsekwencji stanowi nieodczyny element zawodowej trwałości.



Uroczyste wręczenie dyplomów Wydziału Lekarskiego WUM

Okręgową Izbę Lekarską w Warszawie reprezentował wiceprezes ORL Jakub Zakrzewski. Wśród gości byli również przedstawiciele szpitali klinicznych.

Dziekan zwrócił się do absolwentów z refleksją o istocie zawodu lekarza: – *Wasz przenikliwy umysł jest najlepszym narzędziem w walce o zdrowie pacjenta. Bądźcie lekarzami, którzy wzbudzają zaufanie, dają pacjentom pocieszenie. Idźcie i zmieniajcie świat* – mówił.

Rektor WUM życzył młodym lekarzom odwagi, ciekawości i równowagi między wiarą we własne siły a pokorą. – *Niech nauka stanie się podstawą głębokiej mądrości, którą będziecie rozwijać przez całe życie* – powiedział.

Po przyrzeczeniu lekarskim 573 absolwentom wręczono Złote Laury, dyplomy z wyróżnieniem oraz ukończenia studiów. Głos zabrali też przedstawiciele studentów, a w imieniu środowiska lekarskiego wystąpił wiceprezes ORL w Warszawie Jakub Zakrzewski, który zapewnił nowych lekarzy o wsparciu, które zawsze znajdują w samorządzie. Uroczystość zakończyła się częścią artystyczną w wykonaniu kwartetu Mellow Quartet.

fot. K. Stępniewska

Podczas dyplomatorium Wydziału Lekarskiego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, które odbyło się 26 października 2025 r. w hotelu Double Tree by Hilton, nie brakowało wzruszeń.

Uroczystość rozpoczęła się od odśpiewania hymnu uczelni, po którym głos zabrał dziekan Wydziału Lekarskiego, prof. dr hab. n. med. Paweł Włodarski. Przywitał absolwentów, ich rodziny i gości honorowych: przedstawicieli władz uczelni, w tym rektora WUM, prof. dr hab. n. med. Rafała Krenkego, prorektorów, dziekanów i byłych rektorów.

Dyplomatorium Wydziału Lekarsko-Stomatologicznego

W auli Centrum Dydaktycznego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego 24 października 2025 r. odbyło się dyplomatorium absolwentów Wydziału Lekarsko-Stomatologicznego. Uroczystość zorganizowana pod hasłem **„W drodze ku przyszłości”** zgromadziła 150 absolwentów kierunków: lekarsko-dentystycznego, English Dentistry Division, higieny stomatologicznej i technik dentystycznych.

Wydarzenie uświetniły swoją obecnością władze uczelni i wydziału. – *Dzisiejsza uroczystość to zakończenie pewnego etapu, ale i początek nowej drogi. Przed wami odpowiedzialność i satysfakcja płynąca z pomagania innym* – mówiła dziekan prof. dr hab. n. med. Agnieszka Mielczarek, gratulując absolwentom wytrwałości.

Podczas ceremonii prof. dr hab. n. med. Jolanta Kostrze-wa-Janicka przyjęła od absolwentów ślubowanie, symbolicz-



nie zamykające okres studiów. Następnie wręczono dyplomy oraz Złote Laury dla najlepszych studentów.

W imieniu Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie głos zabrał wiceprezes ORL Dariusz Paluszek, życząc młodym lekarzom odwagi i odpowiedzialności. – *Każdy pacjent i każda decyzja będą sprawdzianem waszych umiejętności. Nie bójcie się odpowiedzialności – to ona czyni z lekarza prawdziwego profesjonalistę. Od dziś przechodzicie pod skrzydła izby, która będzie waszym zawodowym opiekunem* – podkreślił.

Wzruszające podziękowania dla kadry i bliskich złożyła przedstawicielka absolwentów, a uroczystość zakończył występ skrzypaczki Joanny Haltman oraz tradycyjne rzucenie biretów – symbol wejścia w nowy etap zawodowego życia.

fot. D. Lebiecińska

Co z tą adherencją?



MAŁGORZATA SOLECKA
dziennikarka

Ponad połowa pacjentów chorujących przewlekłe nie stosuje się do zaleceń lekarskich – tak wynika z raportu Fundacji My Pacjenci, który wpisuje się w dyskusję, jaką od miesięcy toczą eksperci, m.in. w senackiej Komisji Zdrowia. Dane same w sobie są niepokojące, bo brak stosowania się do zaleceń lekarskich niesie konsekwencje dla zdrowia samych pacjentów, ale też realnie obciąża finansowo system. Co wiemy na temat skali i powodów zjawiska?

Fundacja My Pacjenci 5 listopada przedstawiła raport „Pacjent z chorobą przewlekłą w systemie ochrony zdrowia”, przygotowany na podstawie badania ankietowego (wrzesień 2025), przeprowadzonego na reprezentatywnej grupie dorosłych pacjentów, u których zdiagnozowano przynajmniej jedną chorobę przewlekłą.

Z badań wynika, że wielu chorych nie przyjmuje leków regularnie lub rezygnuje z terapii po poprawie samopoczucia. 15 proc. badanych przyznaje, że bardzo często lub często przyjmuje leki nieregularnie, a aż 43 proc. ocenia, że postępuje tak rzadko (cokolwiek to znaczy). Blisko połowie pacjentów często lub rzadko, ale zdarza się nieumyślnie przerwać leczenie (choć tylko co czwarty deklaruje, że zdarza się to umyślnie), więcej niż co trzeci pacjent ma doświadczenie ze zmianą dawki bez konsultacji z lekarzem.

Fundacja zapytała o przyczyny takiego postępowania – tych, którzy przyznali, że nie trzymają się zaleceń dotyczących farmakoterapii (choć problem adherencji obejmuje całe spektrum zaleceń, a więc i odstępstw od nich).

38 proc. pacjentów tłumaczy to najprościej: – *Zapomniałem przyjąć lek*. Również dwie kolejne najczęstsze przyczyny, jak podkreślała Magdalena Kołodziej, prezes fundacji, związane są (lub mogą być) z pamięcią: po 16 proc. przyznaje, że nie zdążyło odnowić recepty lub skończył się lek. Dla 15 proc. wyjaśnieniem są pojawiające się skutki uboczne, dla 12 proc. – koszty terapii, a co 10. pacjent ocenia, że leków jest po prostu za dużo. Co 12. pacjent deklaruje: – *Chcę sobie radzić bez leków* lub *Czuję się dobrze, lek nie jest mi potrzebny*.

Filip Pawliczak z Okręgowej Izby Lekarskiej w Łodzi tłumaczył podczas dyskusji eksperckiej, że w chorobach przewlekłych celem terapii nie jest szybkie wyleczenie, ale utrzymanie stabilności i dobrej jakości życia. – *Kluczem do sukcesu jest rozmowa, relacja i zaufanie. Choroby przewlekłe wymagają świadomości, że poprawa nie nastąpi natychmiast. To proces, w którym pacjent i lekarz muszą współpracować, aby utrzymać zdrowie przez wiele lat* – zwracał uwagę. Eksperci ocenili, że z adherencją, nawet mimo usprawie-

dliwionych wiekiem problemów z pamięcią, lepiej radzą sobie starsi pacjenci, seniorzy. Największy problem mają zaś młodzi, którzy nie akceptują, że leki będą przyjmować przez wiele lat, często – do końca życia. To oni najczęściej przerywają terapię, bo już się dobrze czują, nie rozumiejąc, że leczenie ma ich utrzymać w zdrowiu i sprawności, a bez niego są zagrożeni groźnymi powikłaniami, utratą zdrowia lub wręcz życia. Ale Fundacja My Pacjenci nie lekceważy również deklarowanych problemów z pamięcią. Jedną z konkluzji raportu brzmi: – *Potrzebne są rozwiązania cyfrowe, które pomogą pacjentom w stosowaniu się do zaleceń terapeutycznych*.

Pacjenci nie stosują się do zaleceń i – czego w sumie nietrudno się domyślić – często nie informują o tym lekarzy. Co dziesiąty nie robi tego nigdy, co czwarty taką informację przekazuje rzadko, 14 proc. zapewnia, że robi to często, a 15 proc. – że zawsze informuje (pozostali badani zadeklarowali, że do zaleceń stosują się zawsze, więc nie mają o czym lekarza informować). A dlaczego nie mówią? Najprościej rzecz ujmując: obawiają się oceny i krytyki. Albo, jak podkreślają autorzy, nie mają kiedy z lekarzem o tym porozmawiać. Co czwarty pacjent, który przyznał, że nie stosuje się do zaleceń i nie mówi o tym lekarzowi, stwierdza, że milczy, bo głupio mu, że tak robi. Co piąty obawia się krytyki ze strony lekarza lub nie czuje się komfortowo. 13 proc. twierdzi: – *Nie chcę, żeby lekarz stracił o mnie dobre zdanie*, ale tyle samo twierdzi, że lekarz nie ma czasu, by wysłuchać. Spośród kilkunastu odpowiedzi pacjenci mogli wskazać więcej niż jedną, ale obawa przed oceną i krytyką powtarza się – w różnych odsłonach – najczęściej, a w trakcie dyskusji wiele uwagi poświęcono potrzebie budowy relacji między pacjentem a zespołem terapeutycznym (nie tylko lekarzem), opartej na zaufaniu.

Dr n. med. Beata Małecka-Libera, przewodnicząca senackiej Komisji Zdrowia, podkreśliła, że niska adherencja to nie tylko problem medyczny, lecz też społeczny. – *Pacjent świadomy i dobrze poinformowany może aktywnie uczestniczyć w procesie leczenia. Edukacja zdrowotna oraz rozmowa z pacjentem są tak samo ważne jak farmakoterapia*.



Ochrona prawna – Twój solidny fundament

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

Co możesz zyskać



Porada prawna

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



Wynagrodzenie adwokata lub radcy prawnego

Zorganizujemy pomoc profesjonalnego pełnomocnika i pokryjemy koszty jego pracy.



Koszty sądowe

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

Jak skorzystać z ubezpieczenia ochrony prawnej

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

Jak wygląda procedura ochrony prawnej

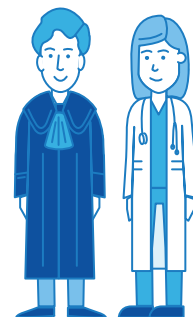
Pomoc adwokata lub radcy prawnego z sieci kancelarii współpracujących z PZU

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

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

Refundacja poniesionych kosztów

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



ins INS Services

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

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

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

Czy pan premier Tusk odrobi w końcu lekcję kanclerza Bismarcka



MARIA LIBURA
przewodnicząca Zespołu
Studiów Strategicznych OIL

Systemy ochrony zdrowia stanowią krytyczną infrastrukturę państwa, a nie romantyczną z ducha działalność dobroczynną. Rozumiał to kanclerz Bismarck, twórca pierwszego nowoczesnego modelu ubezpieczenia zdrowotnego.

Zdrowie społeczeństwa to kapitał niezbędny do rozwoju gospodarczego, decydujący o potencjale militarnym państwa. System zabezpieczenia zdrowotnego i społecznego nie powstał jako idea pięknoducha, lecz instrument budujący spójność społeczną, która miała uchronić Niemcy przed rewolucją. Słuchając naszych polityków, usprawiedliwiających wątle wydatki na zdrowie inwestycjami w obronność, można odnieść wrażenie, że nie odrobili jeszcze lekcji Żelaznego Kanclerza, choć czasu mieli sporo, bo jego system kas chorych powstał pod koniec XIX w.

Tymczasem w roku 2025 system publicznej ochrony zdrowia w Polsce zna-

lazł się w poważnych tarapatkach finansowych. W roku, w którym Polska oficjalnie osiągnęła status 20. największej gospodarki świata, zaplanowane dochody Narodowego Funduszu Zdrowia nie wystarczają na pokrywanie jego zobowiązań. – *Kroczący wzrost kosztów jest nie do udźwignięcia* – mówi w money.pl o sytuacji w NFZ ministra zdrowia Jolanta Sobierańska-Grenda. W naszym wysoko rozwiniętym kraju od kilku miesięcy szpitale wstrzymują przyjęcia pacjentów, bo NFZ nie płaci za nadwykonania, spóźnia się też z uregulowaniem zobowiązań za realizację programów lekowych. Mówi się już zupełnie oficjalnie o tzw. dziurze w budżecie NFZ, któ-

ra w bieżącym roku sięgnie 14 mld zł, a w przyszłym – nawet 23 mld zł.

Ministra zdrowia w wypowiedziach dla mediów stwierdziła też bez ogródek, że bez dotacji budżetowej nie będzie można sfinansować świadczeń opieki zdrowotnej systemu publicznego, a wzrost składki zdrowotnej jest politycznie niemożliwy. Trudno się nie zgodzić, w końcu obecna koalicja forsowała już dwie obniżki tej składki dla przedsiębiorców, drugą na ostatniej prostej zawetował prezydent Andrzej Duda. Może więc powinna nas cieszyć ta nagła, zdawałoby się, mało polityczna otwartość w komunikowaniu dramatycznego stanu finansów NFZ? Patrząc na szerszy kontekst – niekoniecznie. Już po spotkaniach ministrowi zdrowia z ministrem finansów opinia publiczna dowiedziała się z oficjalnego komunikatu, że *uzgodniono działania, zmierzające do przekazania dodatkowego wsparcia dla Narodowego Funduszu Zdrowia w kwocie 3,5 mld zł, a zakładane wsparcie będzie wystarczające do zabezpieczenia finansowania świadczeń do końca 2025 r.* Miliardy są tak nieintuicyjne, zero w tę, zero w tamtą, że może umknąć naszej uwagi te drobne nieścisłości rachunkowe, gdy będziemy się cieszyć, że „coś do NFZ dosypią”?

W tle toczy się batalia o restrukturyzację szpitali. Wiele wskazuje na to, że sygnalizowanie rzekomego bankructwa NFZ ma przygotować opinię publiczną na zamykanie części szpitali lub ich oddziałów, szczególnie na poziomie powiatowym. Wieść gminna niesie, że w planach jest odchudzenie bazy szpitalnej nawet o 30 proc. Naczelna Izba Lekarska postawiła z tej okazji przed gmachem na Miodowej ogromny baner z napisem: „Zamiast strategii – likwidacja 1/3 szpitali? To plan Ministerstwa Zdrowia na poprawę zdrowia Polaków. Zamiast szczeru na lekarzy, weźcie się do roboty”.

Transparent nawiazuje do toczącej się dyskusji nad wynagrodzeniami w ochronie zdrowia, która, ciekawym zbiegiem okoliczności, rozgorzała właśnie w przededniu reformy szpitalnictwa. Wcześniej kominy płacowe nie wzbudzały większego zainteresowania władz publicznych, podobnie jak dość szczególny model działania

małych szpitali powiatowych, które do zwykłych i oczekiwanych od tych instytucji zakresów świadczeń zaczęły dobudowywać sobie moduły działalności wysokospecjalistycznej, co do zasady, zdawałoby się, zarezerwowane dla placówek wyższej referencyjności. Aby zaś skłonić specjalistów do przyjazdów w odległe często tereny, oferowały atrakcyjny finansowo model płatności określonego procentu od wartości procedury lub po prostu bardzo dobre wynagrodzenia.

Nagła troska o kominy płacowe powstające w efekcie tego mechanizmu w zastanawiający sposób pomija problem zasadniczy. To zachowanie szpitali w mniejszych miejscowościach – nielogiczne z punktu widzenia racjonalności wykorzystania zasobów systemu – nie jest wynikiem jakiejś zbiorowej psychozy czy owładnięcia manią wielkości ich dyrektorów. Jego przyczyną jest bardzo dobra wycena niektórych świadczeń i dramatycznie niska – innych. Aby spać się finansowo, szpitale muszą więc czasem wykonać taki fikołek, bo sama bieda internista to czyste długi. Kominy płacowe są wręcz koniecznością w systemie, w którym jedne świadczenia są ponadprzeciętnie rentowne, a inne już na izbie przyjęć oznaczają dla szpitala stratę. Jak coś się opłaca, to dyrektor szpitala ściągnie specjalistę w trybie „procent od procedury”, bo tak mu dyktuje rachunek ekonomiczny. Dziwny krajobraz polskiego szpitalnictwa jest zatem namalowany pędzlem polityków odpowiadających za zdrowie. Strach przed wyborczymi konsekwencjami ewentualnej reformy sprawia, że zamiast jasnego planu dostosowania infrastruktury szpitalnej do potrzeb ludności dostajemy spektakl oburzenia na, swoją drogą, spektakularne wynagrodzenia, które – podkreślmy – są przecież pochodną polityki zdrowotnej państwa, a nie działaniami „niewidzialnej ręki rynku”.



fot. licencja OIL w Warszawie

Wiedzą to pracujący w systemie, ale dla przeciętnego zjadacza chleba taryfikacja to czarna magia – odbiera on prosty przekaz, że szpitale zostaną zamknięte, bo kardiolog w Koninie za dużo zarabia. Co więcej, gdy przyjrzymy się propozycjom „zamrożenia płac” w sektorze zdrowia, dotkną one przede wszystkim zatrudnionych na etacie, a nie na kontraktach. W obecnej atmosferze nie doczekamy się jednak rychło poważnej rozmowy o rozpiętościach płacowych w sektorze zdrowia i ich konsekwencjach, o regulacji czasu pracy w kontekście bezpieczeństwa zarówno pacjenta, jak i personelu (kto pamięta, jakie były w tym zakresie postulaty protestu rezydentów?). Nie ma dyskusji, w jakich obszarach zatrudnienie etatowe jest wskazane ze względu na efekty zdrowotne, a gdzie sprawdza się model kontraktowy. Ale też nie o taką dyskusję tu chodzi. Kominy płacowe pozwalają wywołać wrażenie, że pieniędzy w systemie jest za dużo, co ma uzasadnić zahamowanie wzrostu nakładów na zdrowie. Co więcej, państwo ma w rękach narzędzia, by te kominy skutecznie wyrównać poprzez odpowiednią wycenę świadczeń. Dlatego trzeba do znudzenia przypominać, że Polska znajduje się w ogniu państw, jeśli chodzi o nakłady na zdrowie mieszkańca

w Unii Europejskiej. Rekordowe wyższe nakładów, nad którymi lamentują stróż budżetu, sprawiły, że zajmujemy piąte, a nie trzecie miejsce... od końca. Polska wydała w 2023 r. 1463 euro na zdrowie mieszkańca, podczas gdy bracia Czesi – 2463 euro. Nie porównujemy się nawet z Niemcami, gdzie nakłady na obywatela to – bagatela – 5902 euro, nie patrzymy na średnią unijną oscylującą wokół 3835 euro, bądźmy realistami i osiągnijmy poziom Czech.

Sytuacja NFZ wynika nie z błędów rachunkowych, lecz z konsekwentnych wyborów politycznych dotyczących finansowania ochrony zdrowia i jej organizacji. Powinniśmy patrzeć na wynagrodzenia w sektorze przez pryzmat skuteczności i bezpieczeństwa, dochodząc w tej logice do norm czasu pracy i nowych modeli płatności dla placówek. Zamiast tego zostaliśmy zaproszeni do oburzenia, które najpewniej uzasadni ograniczenie działania systemu publicznego, niekoniecznie wpływając przy tym na zjawisko kominów i nierówności wynagrodzeń. Słaby system publiczny to wręcz zaproszenie do inflacji kosztów w systemie komercyjnym, który nie ma zobowiązań wobec populacji i może spokojnie leczyć mniej osób większym kosztem, wychodząc na swoje. ●

Ile powinien zarabiać lekarz?



MAŁGORZATA SOLECKA
dziennikarka

48 tys. zł. Taki maksymalny limit zarobków dla lekarzy pracujących w podmiotach publicznych – bez względu na formę zatrudnienia – proponuje Ministerstwo Zdrowia. Choć w zasadzie trudno powiedzieć, by była to propozycja resortu. Kierownictwo MZ przekonuje bowiem, że limitów domaga się „strona społeczna”. Takie jest oczekiwanie.

Jeszcze latem przedstawiciele samorządu lekarskiego słyszeli od nowej szefowej resortu zdrowia, że wprowadzenie ograniczeń w obszarze kontraktów jest raczej niemożliwe. Minęły jednak (zaledwie) trzy miesiące – i wszystko jest możliwe. Zarówno wprowadzenie CAP, górnej granicy wartości kontraktów, jak i likwidacja umów opartych na procencie od wykonanych procedur (umowy mają być zunifikowane, zawierane według wzorca opracowanego w MZ oraz oparte na stawce godzinowej) oraz wprowadzenie zasady, że kontrakt może być zawarty na wymiar odpowiadający minimum jednej drugiej etatu. Lekarz na kontrakcie zasadniczo mógłby zarobić ok. 38 tys. zł, w wyjątkowych przypadkach – ok. 10 tys. zł więcej.

Nie mówi się o tym (jeszcze) zbyt głośno, ale między resortem zdrowia a NFZ trwają rozmowy, czy – albo raczej w jakim zakresie – ograniczyć możliwość łączenia pracy w publicznym i prywatnym sektorze ochrony zdrowia. Jeśli miałyby być wdrożony plan maksimum (np. rozważany podobno zakaz świadczenia usług w więcej niż jednym schemacie finansowania, również dla podmiotów prywatnych, czyli albo „na NFZ”, albo w modelach komercyjnych), system czekałoby prawdziwe trzęsienie ziemi.

Na razie (połowa listopada AD 2025) dyskusja publiczna koncentruje się jednak na kwestii zarobków. Rozmowy w Trójstronnym Zespole ds. Ochrony Zdrowia (początek obrad plenarnych wyznaczono na 18 listopada, zapew-

ne nie ograniczą się do jednego posiedzenia) odbywają się z bardzo skromną reprezentacją środowiska lekarskiego – planowo uczestniczy w nich jedynie Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy, reprezentujący przede wszystkim pracowników etatowych. Samorząd lekarski, jak mówił w pierwszych dniach listopada prezes Naczelnej Rady Lekarskiej Łukasz Jankowski, nie zgadza się na tryb rozmawiania o sprawach lekarzy bez lekarzy – izba skierowała wniosek do MZ o dopuszczenie przedstawicieli samorządu do obrad zespołu, w którym zasiadają, oprócz rządu, związki zawodowe i organizacje pracodawców.

– *Sytuacja w ochronie zdrowia jest bardzo trudna, a kryzys, z którym mamy do czynienia, jest już kryzysem permanentnym. Ministerstwo Zdrowia konsekwentnie nie spotyka się ze środowiskiem lekarskim, nie konsultuje z nami swoich pomysłów. O lekarzach rozmawia się dziś bez lekarzy* – mówił szef lekarskiego samorządu. – *Zaproszenia do konsultacji publicznych projektów ustaw, które miałyby ograniczyć, limitować pracę lekarzy, nigdy nie trafiły do NIL* – podkreślał Jankowski, wyrażając powszechną w środowisku opinię, że strategia pomijania lekarzy w rozmowach dotyczących ich bezpośrednio ma jasno określony cel: obarczenie środowiska odpowiedzialnością za złą i pogarszającą się sytuację w systemie. Jak mówił, strategia zrzucania odpowiedzialności na lekarzy ma długą historię, bo politycy różnych opcji sięgali po argument „pokaż, lekarzu, co masz w garażu” już wielokrotnie.

Ewentualne ograniczenia dotyczące zarobków mają uderzyć w lekarzy (i przynieść oszczędności systemowi i budżetowi NFZ), ale ich realne konsekwencje odczują najbardziej pacjenci. Oszczędności dla systemu, owszem, będą: im mniej procedur wykonają szpitale, tym mniej zapłaci za nie Narodowy Fundusz Zdrowia. Ale im mniej procedur wykonają szpitale, tym bar-



dziej wydłużą się kolejki do świadczeń. Aż trudno uwierzyć, że przed wyborami 2023 r. Koalicja Obywatelska obiecywała zniesienie limitów w lecznictwie szpitalnym (jeden z konkretów), a politycy tej partii przekonywali, że szpitale mają o 30–40 proc. większe moce, które pozostają niewykorzystane... Inną sprawą jest, że ta obietnica i te szacunki nie miały podstaw (systemowych, ekonomicznych, żadnych). Teraz resort zdrowia chce iść w przeciwnym kierunku: zastopować moce szpitali, nakładając ograniczenia w zatrudnianiu lekarzy do wykonywania procedur. – *Jak ograniczenie czasu pracy i możliwości zatrudnienia tylko do pół etatu w normalnym czasie pracy wpłyną na przykład na Lotnicze Pogotowie Ratunkowe? Jakie skutki będzie mieć zakaz kontraktów opartych na procencie od procedury? Jak wpłynie to na kolejki do zabiegów chirurgicznych?* – pytał (retorycznie) Łukasz Jankowski.

Pozostaje jeszcze kwestia zasadnicza. Jest prawdą, że w Polsce obowiązuje tzw. ustawa kominowa – uchwalona wiele lat temu, prowadząca do absurdalnych sytuacji (wynagrodzenia najwyższych urzędników państwowych na poziomie niewspółmiernie niskim do

zakresu odpowiedzialności) – dotyczy ona konkretnych stanowisk. Również np. stanowisk dyrektorów publicznych szpitali. – *Skoro dyrektorów szpitali obowiązują ograniczenia, dlaczego nie lekarzy?* – sugerują politycy i część ekspertów (w tym – dyrektorów szpitali).

W tym duchu głos zabrał również w listopadzie minister finansów Andrzej Domański, podkreślając, że dodatkowe pieniądze dla zdrowia nie rozwiążą problemu, jeśli nie będzie zmian systemowych, a jednym z obszarów wymagających takich decyzji są wynagrodzenia lekarzy, które na niektórych stanowiskach sięgają 90–100 tys. zł z pieniędzy podatników. Dobra wiadomość dla ministra finansów: wynagrodzenia lekarzy powiązane ze stanowiskami (np. ordynator oddziału, szef kliniki) to ułamek tych kwot. Całkiem zła: specjalizacja lekarska – umożliwiającą wykonywanie określonych procedur, które są finansowane z pieniędzy publicznych – to nie stanowisko. To umiejętności. W przypadku niektórych procedur – unikalne. ●

Okręgowa Rada Lekarska w Warszawie zaapelowała o równość zasad i uczciwość w życiu publicznym, sprzeciwiając się pomysłom resortu zdrowia ograniczającym możliwości pracy i wynagrodzeń lekarskich. Samorząd lekarski zwrócił uwagę na przyzwolenie polityków na kumulowanie funkcji i wysokie zarobki w spółkach Skarbu Państwa. Lekarze domagają się, aby zasady te były jednakowe dla wszystkich grup wykonujących funkcje publiczne. Samorząd lekarski proponuje, aby analogicznie do planowanych przez resort zdrowia limitów dla lekarzy ograniczyć wysokość wynagrodzeń członków rad nadzorczych spółek Skarbu Państwa do 39 tys. zł brutto miesięcznie, a w wyjątkowych przypadkach do 49 tys. zł. Postuluje także zakaz zasiadania w więcej niż jednej radzie nadzorczej.



PROGRAM STYPENDIALNY



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

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

Sytuacja w ochronie zdrowia w Królestwie Niderlandów



DOMINIK HÉJJ

politolog,
autor książki „Węgry na nowo”

Grudzień to miesiąc nierozzerwalnie kojarzący się z pomarańczami. A jak pomarańcze, to kolor pomarańczowy. Z czym jeszcze może się kojarzyć ten kolor? Nakieruję: *Oranje*. Otóż świąteczny azymut obieramy na Królestwo Niderlandów. Ale zanim przejdziemy do Hagi, proszę jeszcze o chwilę cierpliwości.

Uprzejmie dziękuję Państwu za wspólną podróż, którą odbywaliśmy przez ostatni rok. Sporo się w polityce wydarzyło, a jeszcze więcej przed nami. Już wiem, z czego ogromnie się cieszę, że tę podróż będziemy mogli kontynuować także w roku 2026. A jeśli tak, i jesteśmy w przededniu nowego roku, to mogę napisać, jakie państwa przyjdzie nam odwiedzić. W przyszłym roku wybory parlamentarne odbędą się w marcu na Słowenii, w kwietniu na Węgrzech, w państwie, które najbliższe jest memu sercu, w maju na Cyprze, a we wrześniu w Szwecji. W przypadku Węgier powrócimy również do koloru pomarańczowego. O tym, jak to się wszystko potoczy prawdopodobnie 12 kwietnia 2026 r., będę starał się tłumaczyć w „Pulsie” już *post factum*.

Tymczasem proszę przyjąć moje najserdeczniejsze życzenia, zarówno te świąteczne, jak i noworoczne. By 2026 r. dał nam trochę wytchnienia. Abyśmy co miesiąc nie nawiązywali do słynnego

mema z kapitanem, który siedzi w barze i mówi: – *Co to był za rok, prawda?* Ktoś odpowiada: – *Kapitanie, ale jest dopiero* (styczeń, luty, marzec... podstawić właściwe).

Królestwo Niderlandów, które dla uproszczenia nazywać będziemy po prostu Holandią, to kolejne z państw, w którym system ubezpieczeń zdrowotnych jest zdecentralizowany. „Klient” może wybrać dowolne towarzystwo ubezpieczeniowe. Sam rynek zdominowany jest przez trzy największe towarzystwa, które dzielą ubezpieczeniowy tort niemal dokładnie po 25 proc., reszta to mniejsi gracze. Ubezpieczenie obowiązkowe (*basisverzekering*) to wydatek rzędu ok. 156 euro miesięcznie (ok. 664 zł), ok. 1872 euro rocznie – niespełna 8000 zł. Państwo subsydiuje składki zdrowotne osobom o najniższych dochodach. Jednakże, podobnie jak w Szwajcarii, ubezpieczenie aktywuje się dopiero powyżej pewnej wartości poniesionej przez samego ubezpieczonego. W 2025 r. było to 385 euro (ok. 1650 zł). Do kwoty tej

wlicza się nakłady poniesione m.in. na wizyty lekarskie, ale także zakup leków na receptę. Wydatki publiczne na ochronę zdrowia w Holandii rosną – w 2023 r. wyniosły 111,59 mld euro – i prognozowane są dalsze zwwyżki, do ok. 146 mld euro do 2028 r.

Ostatnie dostępne dane wskazują, że liczba lekarzy na 1000 mieszkańców wynosi 3,9 i jest mniejsza niż unijna średnia. Jednakże liczba pielęgniarek wynosi 11,4, dostępne są nawet dane pokazujące, że wskaźnik ten wzrósł w ostatnim czasie do 12,23, co czyni z Holandii jednego z liderów statystyk. Co ciekawe na tle innych państw, odsetek lekarzy wykształconych poza granicami Królestwa Niderlandów wynosi zaledwie 3,7 proc. (dane z 2023 r.), a w przypadku pielęgniarek – 1,5 proc. Dzieje się tak dlatego, że Holandia od dawna dąży do samowystarczalności w zakresie kadr medycznych. Kształci je i zatrudnia, jednakże zazwyczaj w systemie B2B. Trudność w dostępie do holenderskiego rynku pracy stanowi skomplikowana procedura nabywania prawa do wykonywania zawodu (trwa ona od roku do dwóch lat), w której sprawdza się także umiejętność swobodnego posługiwania się językiem niderlandzkim (na poziomie C1/C2). Gijsbert van Liemt, autor tekstu „The International Mobility of the Highly-Skilled; Why has Sweden so many foreign-trained medical doctors and the Netherlands so few?”, który przytacza te dane, wskazuje też, że w Holandii wielu pacjentów ma swojego lekarza ro-



fot. licencja OIL w Warszawie

dzinnego, do którego są przyzwyczajeni, stąd (zdaniem autora) niższy poziom akceptacji dla „obcych”. Jednakże lekarze obcokrajowcy pracujący w Holandii pochodzą głównie z Belgii i Niemiec.

Holandia systematycznie zmniejsza liczbę łóżek szpitalnych. W 2022 r. dysponowała łącznie 245 łózkami szpitalnymi na 100 tys. mieszkańców, to jest prawie o połowę mniej niż średnia unijna wynosząca 485 łóżek na 100 tys. mieszkańców. Zmniejszanie liczby łóżek jest następstwem zwiększania udziału liczby zabiegów wykonywanych w trybie jednodniowym oraz opieki świadczonej w domu.

Komisja Europejska zaakceptowała plan odbudowy i odporności (KPO) Królestwa Niderlandów w październiku 2022 r. Z całej puli państwo to pozyskało 5,4 mld euro. Na ochronę zdrowia zdecydowano się przekazać 172 mln euro. Środki te, podobnie jak w innych państwach, mają zostać przeznaczone na rozwój cyfryzacji, modernizację infrastruktury medycznej, a także podniesienie kwalifikacji personelu.

Największą organizacją dbającą o interesy lekarzy jest KNMG (Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst), Królewskie Holenderskie Towarzystwo Promocji Medycyny powstałe w 1849 r. W Federacji zrzeszonych jest osiem mniejszych organizacji. Łącznie KNMG reprezentuje 65 tys. lekarzy i studentów medycyny (wśród organizacji jest De Geneeskundestudent – Stowarzyszenie Studentów Medycyny). KNMG jest główną korporacją lekarską. Z kolei NU'91 (Nederlandse Unie van Verpleegkundigen en Verloskundigen, czyli Holenderska Unia Pielęgniarek i Położnych) to organizacja założona w 1974 r. Skupia ona pielęgniarki i położne, reprezentując ich interesy zawodowe, społeczne i ekonomiczne. NU'91 działa na rzecz poprawy warunków pracy swoich członków, negocjuje umowy zbiorowe, a także angażuje się w politykę zdrowotną na poziomie krajowym. Zrzesza ok. 30 tys. członków, co czyni ją jedną z głównych organizacji zawodowych w sektorze opieki zdrowotnej w Holandii.

Opieka zdrowotna była jednym z kluczowych tematów kampanii wyborczej, dzieląc biorące w niej udział partie przede wszystkim w kwestii kosztów i zakresu podstawowego ubezpieczenia – m.in. obniżenia udziału własnego w ochronie zdrowia. Przedterminowe wybory odbyły się 29 października 2025 r. Zwycięstwo odniosła w nich centrolewicowa partia D66, która opowiadała się m.in. za utrzymaniem wartości poniesionej przez samego ubezpieczonego na poziomie 385 euro, ale także produkcji leków w Europie i zapewnienia bezpłatnej antykoncepcji. Na miejscu drugim uplasowała się skrajnie prawicowa PVV. Partia w swoim programie proponowała likwidację udziału własnego, a także zamrożenie wysokości składek odprowadzanych na ubezpieczenie. Politycy postulowali również powstrzymanie zamykania oddziałów w szpitalach regionalnych.

Chociaż D66 i PVV to dwie skrajności, obie partie połączył postulat wpisania do podstawowego pakietu medycznego leczenia stomatologicznego. ●



Zapraszamy na szkolenia!

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

Za wszystkie zdobywa się punkty edukacyjne.

Lista szkoleń,
zapisy i szczegóły:



Geriatrya – pilny plan dla starzejącej się Polski



ARTUR BIAŁOSZEWSKI
dyrektor Ośrodka Strategii i Analiz
OIL w Warszawie

Polska starzeje się szybciej, niż system ochrony zdrowia adaptuje się do rosnących potrzeb populacji w wieku podeszłym.

Liczba osób powyżej 60. roku życia zwiększa się w tempie bezprecedensowym, jednak geriatrya wciąż nie zajmuje należnego miejsca w systemie. Na 100 tys. mieszkańców przypada obecnie zaledwie półtora geriatry. Dla porównania – w krajach UE to średnio 3,1 specjalisty. W efekcie tysiące starszych pacjentów trafia do internistów, neurologów czy rehabilitantów, gdzie leczone są poszczególne jednostki chorobowe, ale nie ma w pełni specyficznej opieki nad pacjentem seniorem.

SREBRNE TSUNAMI BEZ RATOWNIKÓW

Indeks starości (czyli liczba osób powyżej 65. roku życia przypadających na 100 dzieci) przekroczył w Polsce wartość 140. Seniorzy stanowią już ponad 26 proc. populacji, a w 2050 r. mogą stanowić aż jedną trzecią społeczeństwa. To nie tylko wyzwanie społeczne, lecz przede wszystkim epidemiologiczne i organizacyjne. Coraz więcej osób żyje z wielochorobowością, zespołami otępiennymi i ograniczoną samodzielnością, podczas gdy system zdrowotny nadal koncentruje się na leczeniu ostrych stanów chorobowych, a nie na

kompleksowej opiece nad pacjentem przewlekle chorym.

Według danych NIL w Polsce czynnych zawodowo jest niespełna 600 geriatrów, z czego ponad połowa przekroczyła 50. rok życia. Ekspertiści wskazują, że dla zapewnienia minimalnych potrzeb zdrowotnych populacji potrzeba co najmniej 3 tys. specjalistów. Choć w ostatnich latach widać pojedyncze pozytywne zmiany – jak uruchomienie w 2022 r. pierwszego oddziału geriatrycznego w województwie warmińsko-mazurskim – dostępność tej opieki nadal pozostaje ograniczona (na Mazowszu funkcjonuje tylko siedem oddziałów w ramach kontraktu z NFZ) i nierównomierna regionalnie.

BRAK CHĘTNYCH

Na wielu uczelniach zajęcia z geriatryi wciąż mają charakter teoretyczny, bez kontaktu klinicznego z pacjentem w wieku podeszłym. W efekcie młodzi lekarze nie poznają realiów pracy w tej dziedzinie, a to rodzi w nich obawy. Dotyczą one również perspektyw zawodowych – liczba oddziałów i poradni geriatrycznych jest za mała, a świadczenia są nisko wyceniane. W ostatniej rekrutacji na 189 miejsc rezydenckich zgłosiło się jedynie 16 kandydatów!

Zainteresowaniu nie sprzyja też wizje runek specjalizacji – postrzeganej jako „wymagająca odmiana interny”, o słabszym potencjale finansowym. Praca z pacjentem starszym wymaga interdyscyplinarnego podejścia, czasu i cierpli-

wości, a sukces terapeutyczny oznacza często utrzymanie sprawności i jakości życia, a nie spektakularne wyleczenie.

SYSTEM BEZ SPÓJNOŚCI

Osoby 65+ generują już ponad 40 proc. kosztów hospitalizacji i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, choć stanowią tylko jedną czwartą populacji. Znaczna część hospitalizacji ma charakter socjalny – pacjenci zajmują łóżka szpitalne nie z powodu wskazań medycznych, lecz z braku zorganizowanej opieki środowiskowej.

Ustawa o szczególnej opiece geriatrycznej z 2023 r., przewidująca utworzenie centrów zdrowia 75+, stanowi krok we właściwym kierunku. Zakłada integrację opieki medycznej i społecznej, wprowadzenie koordynatora zdrowia seniora oraz rozwój dziennych domów opieki. Jednak mimo obowiązywania ustawy centra wciąż nie funkcjonują – brakuje zarówno kadr, jak i rozporządzeń wykonawczych.

CZAS NA DECYZJE, NIE DEKLARACJE

Rozwój geriatryi wymaga inwestycji w kadry, strukturę organizacyjną i odpowiednią wycenę świadczeń. Potrzebne są stypendia dla rezydentów, obowiązkowe moduły geriatryczne w kształceniu, realistyczne taryfy dla porad geriatrycznych i sieć ośrodków referencyjnych. Starzenie się populacji to zjawisko o charakterze trwałym i przewidywalnym. Geriatrya zatem nie jest marginesem systemu, lecz jego przyszłością.

Mając to wszystko na uwadze Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie organizuje 9 grudnia 2025 r. briefing prasowy „Geriatrya 2050 – kto nas będzie leczył na starość”. Będzie to forum wymiany doświadczeń między wykwalifikowanymi geriatrami i innymi specjalistami a rezydentami w tej dziedzinie.

Dyskusja o opiece nad seniorami, standardach postępowania, dobrych praktykach klinicznych, a także technologiach i innowacjach w tym obszarze ma przede wszystkim budować most między pokoleniami i przywracać geriatryi należne znaczenie w polityce zdrowotnej. Wszystkich chętnych zapraszamy do udziału w briefingu!

Jak rozmawiać o umieraniu?

Już po raz siódmy odbyła się konferencja „**Empatia a umieranie i śmierć. Aby godnie umrzeć, potrzebna jest cała wioska**”, zorganizowana przez Okręgową Izbę Lekarską w Warszawie we współpracy z Instytutem Dobrej Śmierci.

DOROTA LEBIEDZIŃSKA



fot. Klaudia Markiewicz

Wydarzenie, które odbyło się 8 listopada, już od wielu lat gromadzi przedstawicieli środowiska medycznego, psychologów, duchownych oraz osoby zaangażowane w opiekę paliatywną. Wzięło w nim udział – stacjonarnie i online – ponad 300 osób. Program podzielono na cztery bloki tematyczne, prowadzące uczestników przez kluczowe obszary związane z opieką u kresu życia, poświęcone komunikacji, opiece nad pacjentem, wsparciu medyków oraz refleksji nad dobrą starością.

JAK MÓWIĆ O KOŃCU ŻYCIA

Pierwszy blok dotyczył rozmowy z pacjentem terminalnym i jego bliskimi. Inga Nyc, psycholog z CMKP, przypominała modele komunikacji, m.in. SPIKES i EMPATIA, podkreślając, że choć system nie sprzyja rozmowom, to medyk zawsze może znaleźć *czas, by być człowiekiem*. Najważniejsze zaś, by pacjent *czuł się widziany*, a spotkanie

z lekarzem miało charakter partnerski i autentyczny. Kolejna prelegentka zwróciła uwagę na doświadczenia osób w odmiennych stanach świadomości, które pod koniec życia widzą lub słyszą to, czego inni nie dostrzegają. *Tam siedzi anioł* – tak ujęła to Anja Franczak z Instytutu Dobrej Śmierci, wskazując, że choć zjawiska te wymykają się racjonalnym opisom, dla umierających bywają źródłem nadziei i ukojenia.

Niezwykle poruszający był również wykład psychologa Pawła Grochockiego poświęcony czułości i bliskości w obliczu śmierci: „Czy mogę położyć się obok męża?”. Odwołując się do słów Olgi Tokarczuk, że *czułość jest najskromniejszą formą miłości*, przypomniał, że drobne gesty, dotyk, czy sama obecność mogą pomóc choremu i rodzinie przeżywać rozstanie w poczuciu bezpieczeństwa, zrozumienia i jedności.

TROSKA O PACJENTA

Blok drugi skupiał się na fizycznych i psychicznych potrzebach osób u kresu życia. Rozmawiano m.in. o granicach terapii daremnej. Dr Tomasz Siegiel podkreślał, że celem opieki paliatywnej nie jest przedłużanie życia za wszelką cenę, lecz zapewnienie komfortu i poszanowanie godności chorego w myśl zasady *primum non nocere*. Prof. Piotr Sobański omówił opiekę paliatywną w niewydolności serca, gdzie decyzje terapeutyczne są szczególnie złożone i wymagają uważnej komunikacji z rodziną. Z kolei dr Krzysztof Szalecki zaprezentował małoinwazyjne techniki neurochirurgiczne stosowane w leczeniu bólu nowotworowego, które mogą znacząco poprawić jakość życia.

ZATROSZCZMY SIĘ O SIEBIE

Następne wystąpienia dotyczyły dobrostanu osób pracujących z pacjentami terminalnymi. Dr Agata Malenda przypomniała, że nie można oddzielić kompetencji klinicznych od wrażliwości – praca przy umierających wiąże się z konfrontacją z własnym lękiem czy bezradnością.

Psycholog Aleksandra Zdunek zwracała uwagę, że śmierć pacjenta ma wpływ na personel, który także przeżywa żalobę. Podkreślała potrzebę wprowadzenia systemowego wsparcia.

DOBRA STAROŚĆ, DOBRA ŚMIERĆ

Ostatni tematyczny blok konferencji poświęcono refleksji nad starzeniem się, dojrzałością i przygotowaniem do odchodzenia. Podkreślano, że proces starzenia jest naturalnym etapem życia i nie musi oznaczać rezygnacji z aktywności, czy poczucia sensu. Dobrze, świadome starzenie się może wręcz otworzyć drzwi do pełnego akceptacji pożegnania z życiem. Wskazano, że kluczowe pozostaje wsparcie społeczne i medyczne, umiejętność rozmowy o swoich potrzebach oraz dbałość o godność seniorów.

Konferencję zakończyła debata prowadzona przez dr Agatę Malendę oraz dr. Tomasza Imiełę, dotycząca tworzenia w polskim systemie ochrony zdrowia miejsca dla empatii i otwartego dialogu o umieraniu. Podkreślono, że dobra starość wcale nie wyklucza dobrego umierania, a profesjonalna opieka wsparta czułością znacząco poprawia jakość ostatnich chwil życia.

VII edycja konferencji po raz kolejny stała się ważnym głosem w rozmowie o fundamentalnych, lecz często pomijanych aspektach opieki medycznej. Przypomniała, że w obliczu śmierci najważniejsze pozostają człowieczeństwo, obecność, czułość i szacunek. ●

Patroni wydarzenia



Lekarz balansujący



HANNA ODZIEMSKA

lekarz, publicysta, zastępca rzecznika odpowiedzialności zawodowej OIL w Warszawie

To zdecydowanie najdziwniejsze spotkanie z medykiem, który chciał, żebym opisała jego historię. Poprosił o rozmowę w pociągu. Dla bezpieczeństwa.

Adam jest lekarzem pracującym na umowę cywilnoprawną w jednej z mniej znanych prywatnych sieciówek. Pełni tam funkcję kierownika medycznego, a to oznacza, że odpowiada za prawidłowość udzielania świadczeń medycznych w przychodniach, którymi się opiekuje. Ma obowiązek kontroli dokumentacji medycznej, wychwytywania na bieżąco nieprawidłowości i niezwłocznego wprowadzania działań naprawczych. Dba o bezpieczeństwo pacjentów i stosowanie obowiązujących standardów medycznych. Prosi o rozmowę w pociągu.

– Adamie, nie gniewaj się – mówię – ale trochę to brzmi jak teoria spiskowa, a jazda pociągiem do Siedlec i z powrotem, żeby pogadać, to może ciekawy pomysł, tylko... przepraszam... wygląda trochę paranoicznie. Wybacz, że tak mówię, ale jestem szczerą.

– W pociągu jest stały poziom szumu i ciągły ruch, ktoś wsiada i wysiada, więc po prostu będę się czuł bezpieczniej, jeśli pozwolisz.

Kupujemy kawę na dworcu i zajmujemy podwójne miejsce w kacie wagonu, żeby uniknąć bezpośrednich towarzyszy podróży, tak jak prosi Adam.

– Jesteś przestraszony. Co się stało? – zachęcam Adama do opowieści.

– Od kilku lat pracuję w tej sieciówce. Na początku bardzo mi się podoba-

ło. Wiesz, fajne pieniądze i wysoki standard usług dla pacjenta, żadnych prze-pychanek jak w publicznych ZOZ. Każdy pacjent ma swoją porę wizyty, jest dostępna szybka diagnostyka i konsultacje innych lekarzy specjalistów. Działa sprawny program do obsługi dokumentacji medycznej, mamy nowoczesny sprzęt komputerowy. Tak się zaangażowałem, że dyrektor po dwóch latach namówił mnie, żebym stanął do rekrutacji na stanowisko kierownika medycznego, które właśnie się zwolniło. Poprzedni kierownik twierdził, że rezygnuje ze względu na problemy zdrowotne.

– Podobała ci się praca na stanowisku funkcyjnym?

– Przez jakiś czas. Na początku dosłownie dostałem skrzydeł, miałem w głowie pełno pomysłów na usprawnienia, pilnowałem standardów i dokumentacji, rozmawiałem z lekarzami, wyjaśniałem, dbałem o jakość świadczeń zdrowotnych. Szybko mnie naprostowano, okazało się, że moje stanowisko nie daje mi żadnej władzy, że jestem tylko trybikiem maszyny i mam działać według ustalonych zasad, tak żeby cele firmy były realizowane, a jak będę wyskakiwać z pomysłami, to mogę być postrzegany w środowisku kadry zarządzającej jako osoba problematyczna.

– Czyli z jednej strony ogromna odpowiedzialność, z drugiej paraliż decyzyjny?

– Dokładnie. Dodaj jeszcze do tego śmieszne – jak na stanowisko funkcyjne – ryczałtowane wynagrodzenie.

– Na razie nie powiedziałeś nic przerażającego – uśmiecham się do Adama znad kubka z kawą.

– Bo to wszystko było, jak mówi klasyk, „małe miki”. Prawdziwy problem wykuwał się podstępnie. Miałem w poradni specjalistycznej zabiegowca, na którego co miesiąc wpływały od pacjentów trzy, cztery skargi. I tak przez kilka lat. Początkowo, nastawiony pozytywnie, próbowałem z nim rozmawiać, uświadamiać, zalecać dodatkowe szkolenia i korektę zachowania. On był zwyczajnie chamski dla pacjentów i na to głównie były skargi. Ja przepraszałem pacjentów w imieniu firmy i świeciłem oczami, zgodnie z zaleceniem zarządu.

– Dlaczego go po prostu nie zwolniłeś?

– Bo to nie moja kompetencja. Ja jestem od merytoryki i etyki lekarskiej, zatrudnia i zwalnia firma. Nieraz pytałem, po co my go jeszcze trzymamy, ale słyszałem od dyrektora administracyjnego, że to dobry pracownik, bierze dużo godzin, przyjmuje komercyjnie mnóstwo pacjentów, słowem – przynosi firmie duże zyski. Pisałem więc kolejne przeprosiny w odpowiedzi na skargi i próbowałem dotrzeć do kolegi. Bez efektu.

– Adamie, ja nadal nie czuję atmosfery thrillera, z powodu którego siedzę z tobą w pociągu do Siedlec – zaczynam się niecierpliwić.

– No to teraz będzie thriller – Adam dopija kawę szybkimi łykami. – Moja firma dojrzała do kontraktu z NFZ. Od razu powiedziałem, że ja w to nie wchodzę, ale zabiegowiec Wojtek wszedł. Nawet się dziwiłem, po co mu praca na NFZ, skoro ma przepełnione prywatne grafiki, ale udało mu się wydzielić z nich kilkanaście godzin tygodniowo tylko dla pacjentów, za których płacił NFZ. Po kilku miesiącach odkryłem przypadkiem coś, co mną wstrząsnęło. To było już w czasie, kiedy Wojtek

na linie

zaczął być nieznośny dla pielęgniarek i personelu niemedycznego, jego chamskość naprawdę sięgnęła zenitu. Potrafił zrobić karczemną awanturę z użyciem wulgarnego słownictwa nawet na korytarzu przychodni, bo ktoś ze średniego czy niższego personelu rzekomo coś mu zawinił. Rzekomo, bo Wojtek wszystkich obwiniał o to, że mu przeszkadza ją pracować lub nie spełniają jego poleceń. Zaczęłam więc dostawać skargi na Wojtkę nie tylko od pacjentów, ale i od personelu. Zaprosiłem Wojtkę na dywanik i już bez owijania, po męsku, wygarnąłem, że nie będę tolerował dłużej jego zachowania. Rozmawialiśmy w moim gabinecie i w pewnym momencie zacząłem mieć „cykora”, bo Wojciech wstał, zbyt żwawo gestykulował, raz nawet kopnął w ścianę, i to – uwierz – tak porządnie. Nie wyraził ani skruchy, ani nawet zrozumienia, że robi coś nie tak. Zgłosiłem to dyrektorowi medycznemu, mojemu bezpośredniemu przełożonemu, który też jest lekarzem. Zaczęłam się naprawdę bać o bezpieczeństwo pacjentów. Mój kolega, dyrektor medyczny, natychmiast zarekomendował władzom firmy zwolnienie Wojtki, a ja go poparłem. Jeszcze tego samego dnia chciałem mu to powiedzieć, bo widziałem w grafiku, że rano przyjmował na NFZ, później miał długą przerwę, a wieczorem przyjmował pacjentów komercyjnie. Ja tego dnia pracowałem cały dzień, więc pod koniec pracy zacząłem szukać Wojtki. W gabinecie go nie było, a w rejestracji powiedziano mi, że przyjmował rano, wyszedł po przyjęciu pacjentów NFZ i już nie wróci. Usiadłem więc szybko do kontroli dokumentacji medycznej, żeby sprawdzić, czy wizyty zapisanych na wieczór pacjentów komercyjnych zostały odwołane. Wiesz sama, że nie ma opcji kombinowania przy dokumentacji elektronicznej, każdy ruch widać co do minuty. Sprawdziłem więc dokumentację i okazało się, że wieczorne, komercyjne wizyty nie tylko nie zostały odwołane, ale zostały zrealizowane i czasowo

pokrywały się z wizytami na NFZ, to znaczy ci sami pacjenci w godzinach porannych mieli podwójne wizyty w czasie tych samych 15 min,

a Wojtek zainkasował pieniądze jednocześnie od NFZ i komercyjnie.

– Nie mów, że twoja firma nie zwolniła tego lekarza?

– Jakby go wtedy zwolnili, tobym teraz nie jechał z tobą do Siedlec. Jak tylko odkryłem malwersację, natychmiast zadzwoniłem do dyrektora administracyjnego i powiedziałem mu o sytuacji. Wiesz, co odpowiedział? Że wie o tym, że to za jego zezwoleniem i że wieczorne grafiki wizyt prywatnych są fikcyjne.

– Zaczynam czuć thriller – mówię już całkiem poważnie.

– Nie mogłem spać, nie wiedziałem, co robić, komu to zgłosić. Wybrałem dyrektora medycznego, bo tylko jemu ufałem, w końcu to lekarz, tak jak ja. Opisałem mu w mailu sytuację i – tak jak się spodziewałem – następnego dnia była burza. Znowu zarekomendował natychmiastowe zwolnienie Wojtki i zwrot pieniędzy za komercję nienależnie pobranych od pacjentów przyjętych na NFZ, ja to poparłem.

– A co na to dyrektor administracyjny?

– Wdrożył procedurę zwrotu pieniędzy pacjentom, ale zarekomendował postępowanie wyjaśniające wobec Wojtki i działania naprawcze. Ostatecznie Wojtek dostał od dyrekcji pisemne upomnienie i pracował dalej, bo przecież przynosił firmie zyski. Ale thriller, moja droga, dopiero się rozkręca. Niedługo później super-Wojtek, znany z tego, że przyjmuje rekordową liczbę pacjentów i równie rekordowo szybko robi zabiegi, zaliczył grubą „wtopę”. Miał pecha trafić na pacjenta z niskim progiem odczuwania bólu, a że zabiegi robił w znieczuleniu nasiękowym, które wymaga, aby odczekać chwilę od podania leku do rozpoczęcia zabiegu, to przystąpił do niego zbyt wcześnie, kiedy pacjent jeszcze miał silną percepcję z receptorów bólowych. Zabieg trwał poniżej 5 min, pacjent prosił, żeby Wojtek przerwał, ale on nie słuchał, dokończył. Po zabiegu pacjent wyszedł z przychodni i po kilkuset metrach omdlał. Ktoś we-

zwał karetkę. Kiedy zespół ratunkowy zebrał wywiad od przytomnego już pacjenta, wrócił z nim do przychodni, żeby Wojtek chociaż wystawił skierowanie do szpitala, było to przecież powikłanie po jego zabiegu. Wojtek odmówił, twierdząc, że nie ma wskazań, a kiedy umęczony pacjent sam zrezygnował z pomocy Wojtki i ratowników i zadzwonił po rodzinę, żeby go zabrała do domu, kolega Wojciech przypomniał sobie, że pacjent nie podpisał mu zgody na zabieg.

– Czy dobrze rozumiem – wykonał zabieg z rażącym zaniedbaniem standardów bezpieczeństwa i bez zgody pacjenta? Nie wierzę.

– Też nie wierzyłem. Ale tej zgody nie było, nie ma i nie będzie, bo choć Wojtek wymusił na pacjencie jej podpisanie po zabiegu, to według informacji od ratowników pacjent oprócz podpisu umieścił na formularzu zgody jakiś tekst, zapewne nie na rękę Wojtkowi. Ten wziął formularz, żeby rzekomo dać go w rejestracji do zeskanowania, i od tej pory nikt tego formularza nie widział.

– Co zrobiłeś?

– Kolejne postępowanie wewnętrzne, tym razem skutecznie zakończone zwolnieniem dyscyplinarnym kolegi Wojciecha.

– Dyrektor medyczny cię wsparł?

– No właśnie. Wsparł i doprowadził do zwolnienia Wojtki, ale kiedy zapytałem, co dalej, gdzie mamy to zgłosić, to mój serdeczny kolega, dyrektor medyczny, któremu ufałem bez zastrzeżeń, poprosił mnie – niby nieformalnie – żeby przestał się tym interesować i nigdzie tego nie zgłaszał. Wtedy straciłem wiarę w sens pracy w tej firmie.

– I nigdzie tego nie zgłosiłeś?

– Proszę cię, jak mógłbym tego nie zgłosić? Pomijając moją uczciwość i odpowiedzialność... Gdyby później wybuchła afera, byłbym wskazany przez firmę jako winny niezgłoszenia, bo przecież mam funkcję. Postępowanie trwa, a ja się boję o własne bezpieczeństwo, bo widzę, że mam do czynienia z bezwzględny ludźmi. Szukam nowej pracy.

W Siedlcach nie czekamy długo na powrót, ale wystarcza nam czasu, żeby kupić nową kawę i jakieś przekąski. Droga powrotna z Siedlec do Warszawy dla mnie i dla Adama jest już zupełnie inna. Mamy nadzieję, że bezpieczna. ●

Nowe zasady i projekty w ochronie zdrowia



FILIP NIEMCZYK
adwokat

W systemie ochrony zdrowia nastąpiły istotne zmiany legislacyjne i organizacyjne. Oto przegląd najważniejszych.

KAŻDY ELEMENT ŚWIADCZENIA ZDROWOTNEGO MUSI ODPOWIEDAĆ AKTUALNEJ WIEDZY MEDYCZNEJ

Wojewódzki Sąd Administracyjny w Warszawie*, oddalając skargę jednego z podmiotów leczniczych, orzekł, że przepisy prawa nie dzielą świadczeń zdrowotnych na „podstawowe”, „uzupełniające” czy „wspomagające” leczenie, a każdy element świadczenia zdrowotnego musi odpowiadać aktualnej wiedzy medycznej, to znaczy posiadać poparcie w dowodach naukowych i badaniach.

Wspomniany wyrok zapadł w sprawie z udziałem rzecznika praw pacjenta*, który wydał decyzję o naruszeniu zbiorowego prawa pacjentów do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej wobec praktyki jednego z podmiotów leczniczych polegającej na stosowaniu wobec pacjentów z chorobami onkologicznymi produktów zawierających salinomycynę, wlewów z witaminami C i kurkuminy oraz bioelektroterapii. Podtrzymując decyzję rzecznika, WSA podkreślił, że w toku postępowania uzyskano łącznie sześć opinii konsultantów wojewódzkich, w tym onkologii klinicznej, radioterapii onkologicznej oraz chirurgii onkologicznej, nadto dysponowano stanowiskiem Naczelnej Rady Lekarskiej w sprawie bezwartościowych lub szkodliwych metod leczenia w cho-

robach onkologicznych. Sąd podkreślił, że wykonywanie działalności leczniczej – jako działalności regulowanej i odnoszącej się do ochrony najwyższych wartości, jakimi są życie i zdrowie – wymaga najwyższej staranności i zgodności z przepisami prawa. Na podmiot, którego dotyczył wyrok, nałożono karę pieniężną w wysokości 245 000 zł.

DODATKOWE UPRAWNIENIA DLA PACJENTÓW DOTKNIĘTYCH ZDARZENIEM MEDYCZNYM

Rzecznik praw pacjenta poinformował*, że działając na podstawie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*, może wydać osobom, które otrzymały świadczenie z Funduszu Kompensacyjnego Zdarzeń Medycznych, zaświadczenie pozwalające na korzystanie ze świadczeń zdrowotnych i usług farmaceutycznych poza kolejnością.

Zaświadczenie wydawane jest na wniosek pacjenta dotkniętego skutkami zdarzenia medycznego. Posiadając takie zaświadczenie, ważne nie dłużej niż pięć lat, pacjent ma prawo z pominięciem kolejki oczekujących uzyskać poradę lekarską, w tym od lekarza specjalisty, wykonać badania diagnostyczne, korzystać z usług rehabilitacyjnych lub zrealizować receptę w aptece. Jeśli pacjent zgłosi się z takim zaświadczeniem, świadczenia zdrowotne powinny

być mu udzielane od razu, tego samego dnia. Jeśli nie jest to możliwe, placówka medyczna musi zaproponować najbliższy możliwy termin, pomijając kolejkę oczekujących.

CZY DOCZEKAMY SIĘ USTAWY O KORONERZE?

Ministerstwo Zdrowia przedstawiło w październiku 2025 r. kolejny, na przestrzeni lat, projekt ustawy o instytucji koronera*. O wprowadzenie stosownej regulacji apelował wielokrotnie m.in. rzecznik praw obywatelskich*, a projekty legislacyjne prezentowane przez ministerstwo spotykały się z generalną aprobatą samorządu lekarskiego*.

Rzecznik praw obywatelskich informował, że w jego biurze prowadzona była sprawa ofiary wypadku drogowego. W drodze do szpitala pacjent zmarł, wobec czego załoga karetki pogotowia wróciła na miejsce wypadku i tam zostawiła zwłoki. Ratownik medyczny nie jest bowiem uprawniony do stwierdzania zgonu. Problem pojawia się również w przypadku rodzin, których bliscy zmarli w domu. Zdarza się, że dyspozytor odmawia przyjazdu lekarza pogotowia, aby stwierdził zgon i wypisał niezbędne dokumenty. Bez karty zgonu rodzina nie może rozpocząć formalności z organizacją pogrzebu.

Projekt ministerstwa zakłada, że kompleksowa regulacja w zakresie zadań realizowanych przez podmioty wykonujące działalność leczniczą, odnoszących się do urodzeń oraz zgonów, jak i ich właściwego dokumentowania, będzie obowiązywać od lutego 2027 r. Obecnie obowiązujące przepisy ustawy o działalności leczniczej*, które odnoszą się wyłącznie do pacjentów, których zgon nastąpił w podmiocie leczniczym udzielającym całodobowych świadczeń zdrowotnych, będą poszerzone o regulacje odnoszące się do osób zmarłych w innych miejscach, do których obecnie mają zastosowanie archaiczne przepisy ustawy o cmentarzach i chowaniu zmarłych*. Projekt ustawy uwzględni rozwiązania odnoszące się do stwierdzania, dokumentowania i rejestracji zgonów, w tym wprowadzenie elektronicznej karty zgonu oraz elektronicznej karty urodzenia z adnotacją o martwym urodzeniu, a także określenie

odpowiedzialności i zakresu czynności związanych ze stwierdzaniem i dokumentowaniem zgonów oraz pozyskiwaniem pełnej i wiarygodnej informacji na temat ich przyczyn. Projekt określa też reguły związane z funkcjonowaniem koronera właściwego w przypadku konieczności stwierdzenia zgonu osoby w sytuacji trudności we wskazaniu lekarza leczącego, który byłby zobowiązany do stwierdzenia zgonu lub konieczności dokonania czynności i ustaleń związanych ze zgonem, wymagających specjalistycznej wiedzy.

ZMIANY W OPIECE OKOŁOPORODOWEJ

Minister zdrowia 23 października 2025 r. podpisała i skierowała do publikacji rozporządzenie zmieniające rozporządzenie w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej*. Przepisy wejdą w życie w kwietniu 2026 r.

Nowelizacja ma na celu umożliwienie dostępu do co najmniej jednej metody farmakologicznego łagodzenia bólu, a podmiot leczniczy będzie miał obowiązek publikowania na swojej stronie

internetowej informacji o wszystkich dostępnych metodach w tym zakresie. Doprecyzowano sposób podawania opioidów w metodach farmakologicznego łagodzenia bólu porodowego, a także warunki, które muszą zostać spełnione, aby zagwarantować możliwość wykonania równoległe wielu znieczuleń. Rozporządzenie gwarantuje też co najmniej dwugodzinny nieprzerwany kontakt matki z noworodkiem.

Kobiety w trakcie ciąży mają być lepiej informowane o karmieniu piersią i żywieniu noworodka, a na etapie porodu otrzymają opiekę laktacyjną na oddziale położniczym. Każda kobieta w okresie porodu, również w sytuacji, gdy jej dziecko jest długotrwale hospitalizowane po urodzeniu, urodziło się martwe lub zmarło po urodzeniu, będzie miała zapewnioną opiekę położniczą w miejscu zamieszkania lub pobytu.

Rozporządzenie doprecyzowuje obowiązki dla podmiotu leczniczego, w którym odbył się poród, do wydania na życzenie kobiety, która poroniła, odpowiednio zabezpieczonego materiału z poronienia do badań genetycznych.

NACZELNA RADA LEKARSKA WS. LEKARZY SĄDOWYCH

Naczelna Rada Lekarska poparła działania Naczelnej Rady Adwokackiej, zmierzające do uchylecia ustawy z 15 czerwca 2007 r. o lekarzu sądowym*. W stanowisku przyjętym 19 września 2025 r. Naczelna Rada Lekarska podkreśliła, że obowiązujące przepisy od samego początku budziły istotne wątpliwości.

Instytucja lekarza sądowego miała usprawnić procesy sądowe poprzez zapewnienie obiektywnej oceny zdolności uczestników postępowania do stawienia się przed sądem z powodu choroby. Praktyka ostatnich lat pokazała jednak, że system ten jest niewydolny, nie zapewnia odpowiedniego dostępu do lekarzy, a jego funkcjonowanie generuje poważne problemy zarówno dla stron postępowania, jak i dla wymiaru sprawiedliwości.

* Źródła podane są na stronie internetowej „Pulsu”



TWOJE BMW OD ZK MOTORS
NA WYCIĄGNIĘCIE RĘKI.
OFERTA SPECJALNA DLA LEKARZY.



Zeskanuj kod QR
i poznaj szczegóły
współpracy.



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

Informowanie o wykonywanych świadczeniach



GABRIELA PACEK
aplikant radcowski

Od 1 stycznia 2025 r. lekarze i lekarze dentyści zyskali rozszerzone możliwości informowania o oferowanych usługach, w tym wykorzystania własnego wizerunku. Nadal jednak muszą robić to zgodnie z zasadami etyki lekarskiej, unikając form i treści, które mogłyby zostać uznane za reklamę.

Wykonywanie zawodu lekarza zgodnie z art. 2 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentyści polega na udzielaniu przez osobę posiadającą wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami, świadczeń zdrowotnych, w szczególności: badaniu stanu zdrowia, rozpoznawaniu chorób i zapobieganiu im, leczeniu i rehabilitacji chorych, udzielaniu porad lekarskich, a także wydawaniu opinii i orzeczeń lekarskich. Natomiast wykonywanie zawodu lekarza dentyści polega na czynnościach wskazanych powyżej w zakresie chorób zębów, jamy ustnej, części twarzowej czaszki oraz okolic przyległych.

Niezależnie od wykonywanego zawodu niezwykle istotną kwestią jest informowanie o świadczonych usługach w aspekcie prowadzenia swojej prak-

tyki czy też działalności. W obecnym świecie social media są bardzo istotne. W dużej mierze to one decydują o tym, czy osiągniemy wymarzony sukces oraz popularność jako specjalista w danej dziedzinie, czy też nie.

W erze cyfryzacji, w zasadzie na każdym etapie funkcjonowania w społeczeństwie, rola lekarzy oraz lekarzy dentyistów w przestrzeni medialnej ulega znacznym przemianom. Zyskują coraz większą widoczność ze względu na działalność zarówno edukacyjną, informacyjną, jak i biznesową. Do niedawna tworzenie treści dotyczących wykonywanego zawodu, używanie własnego wizerunku oraz udzielanie informacji o wykonywanych usługach były kwestią sporną. Tak naprawdę do końca 2024 r. lekarz i lekarz dentysta na podstawie Kodeksu Etyki Lekarskiej mie-

li ograniczone możliwości do tego, aby używać swojego wizerunku czy też informować o świadczonych przez siebie usługach np. w social mediach.

Do 31 grudnia 2024 r., według zapisów Kodeksu Etyki Lekarskiej, a dokładniej art. 63, lekarz powinien był budować własną opinię zawodową na podstawie wyników swojej pracy, co więcej, lekarz nie powinien był wyrażać zgody na używanie swego nazwiska i wizerunku dla celów komercyjnych.

Od 1 stycznia 2025 r. wprowadzono zmiany dotyczące używania wizerunku czy informowania o usługach świadczonych przez lekarzy oraz lekarzy dentyistów. Zgodnie z art. 71 lekarz – nadal – tworzy swoją zawodową opinię na podstawie wyników własnej pracy. Bardzo istotnymi natomiast są ust. 2 oraz ust. 3 ww. artykułu, które wprost informują, że lekarz jest uprawniony do posługiwania się informacją o oferowanych usługach z zastrzeżeniem, że będzie ona zgodna z zasadami etyki lekarskiej; informacja o oferowanych usługach oznacza każdą formę przekazu mającą na celu upowszechnianie wizerunku lekarza lub usług związanych z wykonywaniem zawodu lekarza.

Co więcej, zgodnie z ust. 4 i 5, lekarz jest odpowiedzialny za informację o oferowanych usługach opublikowaną przez osoby trzecie w jego imieniu lub na jego rzecz. Niedopuszczalne jest wykorzystywanie autorytetu lekarza do promowania usług niezwiązanych z wykonywaniem zawodu lekarza.

Należy zaznaczyć, że dozwolone jest informowanie o oferowanych usługach, a nie reklama świadczonych usług. Ustawa o działalności leczniczej w art. 14 mówi wprost, że podmiot wykonujący działalność leczniczą podaje do wiadomości publicznej informacje o zakresie i rodzajach udzielanych świadczeń zdrowotnych. Treść i forma tych informacji nie mogą mieć cech reklamy. W rezultacie na podstawie wyżej wspomnianych regulacji dozwolone jest informowanie, co nie jest tożsame z pozwoleniem na reklamę świadczonych usług.

Zgodnie ze „Słownikiem języka polskiego” PWN reklama to działanie mające na celu zachęcenie potencjalnych klientów do zakupu konkretnych towarów lub do skorzystania



ani zachęcania pacjentów do skorzystania z usług, a jedynie przedstawia obiektywne i rzetelne dane. Reklama natomiast wykracza poza ramy informacji, promując określone usługi czy towary, a jej celem jest wpłynąć na wybór pacjenta.

Warto tu również podkreślić znaczenie art. 73 Kodeksu Etyki Lekarskiej, który informuje, że lekarzowi nie wolno narzucać swych usług pacjentom lub pozyskiwać pacjentów w sposób niezgodny z zasadami etyki lekarskiej oraz lojalności wobec kolegów.

Lekarzowi nie wolno stosować metod nieuczciwej konkurencji, szczególnie w zakresie nierzetelnego informowania o oferowanych usługach, posiadanych kompetencjach, jak i kosztach leczenia.

Mając na uwadze powyższe rozważania, należy podkreślić, że uchwała nr 29/11/VI NRL stanowi swego rodzaju doprecyzowanie znowelizowanego Kodeksu Etyki Lekarskiej w zakresie dotyczącym reklamy i informacji.

Trzeba również wyraźnie zaznaczyć, że Kodeks Etyki Lekarskiej pozwala lekarzom posługiwać się informacją o oferowanych usługach, ale jednocześnie wymaga, aby była ona zgodna z zasadami etyki lekarskiej.

Przypomnijmy także, że lekarz odpowiada nie tylko za informacje o swoich usługach, które sam publikuje, ale również za te, które upowszechniają w jego imieniu osoby trzecie. Warto mieć to zawsze na uwadze.

z określonych usług. Można przez to rozumieć m.in. plakat, napis, ogłoszenie, krótki film – służące reklamowaniu się.

Kodeks Etyki Lekarskiej przewiduje wyłącznie możliwość informowania. Jeżeli chodzi o uchwałę nr 29/11/VI NRL oraz art. 14 ustawy o działalności leczniczej, określają one zakaz podawania do wiadomości publicznej informacji o zakresie i rodzajach udzielanych świadczeń zdrowotnych, jeżeli treść i forma tych informacji miałyby cechy reklamy.

Na wskazanie różnic pomiędzy dozwoloną informacją a zakazaną reklamą pozwala interpretacja uchwały nr 29/11/VI NRL. W jej świetle informację należy rozumieć jako rzeczowy i neutralny komunikat na temat udzielanych świadczeń zdrowotnych, podawany do publicznej wiadomości przez lekarza lub lekarza dentystę wykonującego cego praktykę zawodową.

Celem informowania jest przekazanie w sposób rzetelny, obiektywny i kon-

kretny danych, które dotyczą specyfiki działalności danego podmiotu, zakresu udzielanych przez niego świadczeń zdrowotnych oraz posiadanych kompetencji zatrudnionych specjalistów. Ma ono za zadanie pozwalać potencjalnemu pacjentowi na w pełni świadomy wybór podmiotu leczniczego, bez jakiegokolwiek wpływania na niego w sposób czy to nakłaniający, czy zachęcający.

Reklama, co należy podkreślić, wykracza poza sferę informacyjną i ma na celu wpłynąć na wybór potencjalnego odbiorcy, promując określone zalety np. podmiotu leczniczego, świadczonych usług czy też towaru.

Informacja o świadczeniach zdrowotnych to zatem konkretny i neutralny komunikat o świadczeniach zdrowotnych, zawierający faktyczne dane, takie jak tytuł zawodowy, imię i nazwisko, miejsce, dni i godziny przyjęć oraz inne istotne informacje dotyczące praktyki zawodowej. Nie ma na celu nakłaniania



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 | 728 986 934



lub poprzez
formularz
zgłoszeniowy



Wiedza, rozwój i innowacje.

I Forum KLP

W sobotę 25 października, w siedzibie Państwowego Instytutu Medycznego MSWiA w Warszawie, odbyło się I Forum Klubu Lekarza Przedsiębiorcy, poświęcone praktycznym aspektom prowadzenia działalności medycznej, budowaniu marki osobistej oraz nowoczesnym narzędziom wspierającym zarządzanie w ochronie zdrowia.



Spotkanie zgromadziło ponad 250 lekarzy przedsiębiorców, menedżerów i ekspertów, którzy wspólnie zastanawiali się, jak skutecznie i etycznie rozwijać praktykę lekarską w dynamicznie zmieniającym się otoczeniu prawnym i technologicznym.

Uczestnicy forum podkreślali wyjątkową atmosferę wydarzenia, otwartość prelegentów i praktyczny charakter wystąpień: – *To wydarzenie daje realną wartość – nie tylko inspirację, ale też konkretne narzędzia, które można wdrożyć w gabinecie już jutro.* Dyskusje w kulisach, liczne pytania po wystąpieniach i rozmowy w trakcie przerw

pokazały, że środowisko lekarskie coraz śmielej sięga po kompetencje biznesowe. – *Czuje, że lekarze wreszcie zaczynają rozmawiać o zarządzaniu bez skrępowania. To nie wstyd być przedsiębiorczym, jeśli robimy to z troską o pacjenta* – mówił jeden z uczestników.

I Forum KLP otworzyli: prezes ORL w Warszawie dr n. med. Artur Drobniak, lek. Małgorzata Terlecka-Maciejewska, przewodnicząca KLP, Wojciech Orzeł, zastępca dyrektora ds. finansowych PIM MSWiA, oraz Łukasz Sosnowski, dyrektor Ośrodka Projektów i Innowacji OIL w Warszawie, który poprowadził wydarzenie.

– *Co to znaczy być człowiekiem przedsiębiorczym?* – zapytał dr n. med. Artur Drobniak, otwierając forum. – *To zdolność do podejmowania wyzwań i realizowania ich z korzyścią dla otoczenia oraz dla siebie. Dziś ponad 80 proc. lekarzy prowadzi działalność gospodarczą, a coraz więcej z nas wychodzi poza jej najprostszą formę – jednoosobową praktykę. Dlatego w Okręgowej Izbie Lekarskiej dostrzegliśmy potrzebę powołania jednostki, która pomaga się rozwijać, uczy i wspiera lekarzy w pełnieniu nowej roli – roli przedsiębiorcy.*

Z kolei lek. Małgorzata Terlecka-Maciejewska zwróciła uwagę na dużą liczbę kobiet uczestniczących w wydarzeniu. – *Klub Lekarza Przedsiębiorcy to jedna z inicjatyw, które zmieniają naszą izbę. Staje się ona coraz bardziej nowoczesna, otwarta na rozwiązania online i umożliwiającą członkom korzystanie z szerokiego wachlarza benefitów* – dodała.

Następnie dyr. Wojciech Orzeł, witając zgromadzonych, przybliżył działalność PIM MSWiA oraz koncepcję *lean management* w medycynie. – *To nie tylko zarządzanie kosztami, ale przede wszystkim wspieranie procesów i ich standaryzacja. Dbłość o efektywność przekłada się na realny wpływ na funkcjonowanie każdej jednostki ochrony zdrowia* – podkreślił.

NOWOCZESNE OBLCZE LEKARZA

Pierwszy wykład, „Budowanie marki osobistej lekarza w mediach”, poprowadził lek. Michał Domaszewski, czyli Doktor Michał – znany popularyzator wiedzy medycznej w internecie. Zwrócił uwagę na rolę wizerunku i komunikacji w relacjach z pacjentami. Przekonywał, że autentyczność, etyka i spójność przekazu to kluczowe elementy budowania zaufania w przestrzeni medialnej.

Następnie mec. Przemysław Rawa-Kłoczek omówił zasady reklamy zgodnej z nowym Kodeksem Etyki Lekarskiej, wyjaśniając granice dopuszczalnych działań promocyjnych, oraz najczęstsze błędy popełniane przez lekarzy prowadzących praktyki.

Kolejny wykład, prowadzony przez Monikę May-Maciejewską, poświęcony był przywództwu i budowaniu zespołu medycznego pod wspólną marką. – *Zaufanie, jakość i współpraca to wartości,*

które budują nie tylko markę gabinetu, ale także trwałe relacje z pacjentami – podkreśla prelegentka.

Z kolei Izabela Matysiak z firmy MBRK zaprezentowała praktyczne rozwiązania dotyczące obsługi pacjenta – od planowania wizyt po ograniczanie liczby odwołań i niewykorzystanych terminów.

ZARZĄDZANIE I INNOWACJE

Lek. Wojciech Popiołek z PIM MSWiA omówił w wykładzie „Lean management w ochronie zdrowia” metody optymalizacji procesów w placówkach medycznych oraz sposoby zwiększania efektywności pracy zespołu przy jednoczesnym utrzymaniu wysokiej jakości opieki. – *Celem lean w medycynie nie jest cięcie kosztów, lecz eliminacja marnotrawstwa: czasu, energii i zasobów. W centrum zawsze pozostaje pacjent* – zaznaczył dr Popiołek.

Duże zainteresowanie wzbudził blok poświęcony sztucznej inteligencji w pracy lekarza przedsiębiorcy. Dr n. med. Mariusz Borkowski oraz Igor Faraonow z SearchMed zaprezentowali praktyczne zastosowania AI w diagnostyce, analizie danych pacjentów i zarządzaniu praktyką. – *Sztuczna inteligencja nie zastąpi lekarza, ale pomoże mu być skuteczniejszym. To narzędzie, które pozwala lepiej wykorzystać wiedzę i czas specjalisty* – mówił Faraonow.

Z kolei Jeremi Olechnowicz z Centrum e-Zdrowia omówił kwestie cyberbezpieczeństwa w placówkach medycznych, zwracając uwagę na rosnące zagrożenia i konieczność wdrażania skutecznych procedur ochrony danych.

NFZ I ASPEKTY PRAWNE

W części trzeciej forum Marcin Wójcicki, naczelnik Wydziału Ekonomicz-

no-Finansowego II MOW NFZ, przedstawił zasady współpracy z Funduszem w kontekście prowadzenia działalności gospodarczej. Konferencję zamknęła prezentacja Agnieszki Krajewskiej-Woźniak i Aleksandry Góralczyk z firmy MBRK zatytułowana „Pułapki i wyzwania w kontraktach NFZ – praktyczne wskazówki dla placówek medycznych”. Ekspertki omówiły najczęstsze trudności w realizacji umowy oraz sposoby, by ich uniknąć. – *Relacja z NFZ nie musi być źródłem frustracji – pod warunkiem że znamy zasady gry i reagujemy na zmiany z wyprzedzeniem* – przekonywały.

Spotkanie zakończyła część networkingowa, podczas której uczestnicy wymieniali doświadczenia, pomysły i kontakty. Wielu z nich już zapowiedziało chęć udziału w kolejnej edycji wydarzenia Klubu Lekarza Przedsiębiorcy. ●

partnerzy Forum KPL

ASSECO

ins MED



CA CRÉDIT AGRICOLE
TWÓJ BANK PEŁEN KORZYŚCI

BMW
ZK Motors



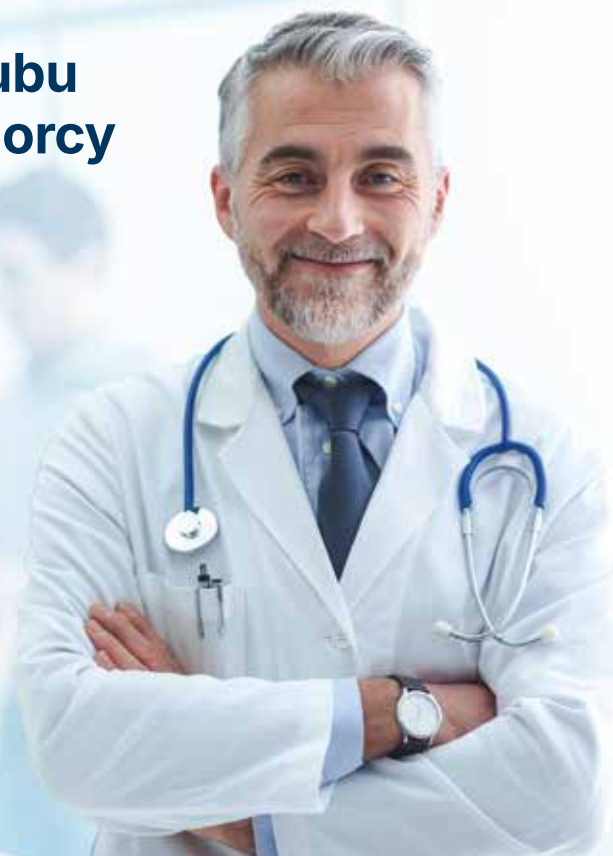
Poznaj benefity Klubu Lekarza Przedsiębiorcy

- ✓ Usługi bankowe
- ✓ Usługi ubezpieczeniowe
- ✓ Samodzielna księgowość
- ✓ Doradztwo podatkowe i księgowość dla JDG
- ✓ Mobilność

Dowiedz się więcej →



Okręgowa
Izba Lekarska
w Warszawie



Tajemnica przedsiębiorstwa czy informacja publiczna?



MONIKA POTOCKA

rzecznik praw lekarza OIL w Warszawie i NIL

Jako rzecznik praw lekarza zwróciłam się do jednego z publicznych szpitali w woj. mazowieckim o udostępnienie protokołu kontroli przeprowadzonej przez radę nadzorczą tej placówki. Wcześniejszy wniosek o kontrolę w szpitalu oparłam na licznych zgłoszeniach lekarzy o nieprawidłowościach w funkcjonowaniu szpitala.

O pierając się na docierających do mnie niepokojących informacjach dotyczących łamania praw osób zatrudnionych w szpitalu, we wniosku o wszczęcie postępowania kontrolnego w tej placówce, wysłanym do Biura Kontroli Urzędu m.st. Warszawy, wskazałam m.in. na: podejrzenia mobbingu i molestowania wobec personelu medycznego, zwłokę w zastosowaniu procedury antymobbingowej, wątpliwości dotyczące organizacji pracy oraz zarzuty co do umów zawieranych z lekarzami (niejasności co do zakresu obowiązków, odpowiedzialności i czasu trwania kontraktów itd.). Wsparcia udzieliła również organizacja związkowa, która wskazała na wielomiesięczny charakter nadużyć wobec członków zespołu anestezyjologicznego i liczne uchybienia w procedurach wewnętrznych.

Na posiedzeniu komisji zdrowia rady miasta przedstawiono informację o kontroli przeprowadzonej w szpitalu, jednak protokół określono jako objęty klauzulą tajemnicy przedsiębiorstwa – co uniemożliwia publiczny wgląd w jej wyniki. W ocenie prawnika biura RPL OIL w Warszawie protokół z przeprowadzonej kontroli sporządzony przez organ nadzorczy szpitala, tj. spółki za-

leżnej od miasta, powinien być traktowany jako dokument urzędowy i tym samym podlegać udostępnieniu na zasadach określonych w ustawie o dostępie do informacji publicznej. Złożyłam zatem ponaglenie, argumentując, że w przypadku gdy część dokumentu zawiera dane podlegające ochronie, podmiot zobowiązany ma obowiązek udostępnić pozostałą część, po odpowiednim przetworzeniu lub anonimizacji.

Prawo dostępu do informacji publicznej stanowi fundament demokratycznego nadzoru nad działaniem podmiotów wykonujących zadania publiczne. Tymczasem uchylanie się od udostępnienia dokumentów i wykorzystywanie klauzuli „tajemnicy przedsiębiorstwa”, zwłaszcza w przypadku spółki w 100 proc. należącej do miasta, budzi poważne pytania o rzeczywistą możliwość kontroli społecznej i ochrony praw lekarzy.

Z powodu nieudostępnienia protokołu kontroli, poważnych zarzutów wobec placówki oraz wątpliwości co do rzetelności procedur wewnętrznych, wystąpiłam z odwołaniem od decyzji prezydenta m.st. Warszawy do Samorządowego Kolegium Odwoławczego w Warszawie. Kolegium uchyliło decyzję w całości i przekazało sprawę do ponownego

rozpatrzenia. W uzasadnieniu jednoznacznie wskazało, że zgodnie z prawem każda wiadomość o sprawach publicznych stanowi informację publiczną, a ograniczenie dostępu z powodu tajemnicy przedsiębiorstwa ma charakter wyjątku i wymaga spełnienia surowych przesłanek: informacja musi mieć charakter techniczny, technologiczny, organizacyjny lub posiadać wartość gospodarczą, być poufna – oraz przedsiębiorca musi podjąć działania ochronne.

Organ pierwszej instancji nie wykazał, że protokół spełnia te kryteria – w szczególności nie wskazał, które fragmenty dokumentu mają wartość gospodarczą ani dlaczego nie może on zostać udostępniony w formie zanonimizowanej. W praktyce oznacza to, że placówka oraz organ nadzoru są zobowiązane ponownie rozważyć wnioski o udostępnienie protokołu – z uwzględnieniem możliwości ograniczonego udostępnienia (np. po anonimizacji).

Decyzja SKO w Warszawie ma charakter doniosły nie tylko z punktu widzenia jednostkowej sprawy, lecz także dla całego samorządu lekarskiego i systemu ochrony praw lekarzy. Kolegium jednoznacznie potwierdziło, że podmioty wykonujące zadania publiczne, w tym spółki prawa handlowego będące własnością jednostek samorządu terytorialnego, nie mogą zasłaniać się klauzulą „tajemnicy przedsiębiorstwa” w celu ograniczenia prawa obywateli, a w szczególności samorządu zawodowego, do informacji o działaniach mających wpływ na warunki pracy i bezpieczeństwo personelu medycznego. Stanowi to potwierdzenie, że samorząd nie tylko ma prawo, ale wręcz obowiązek aktywnie uczestniczyć w procesie nadzoru nad przestrzeganiem praw lekarzy i zapewnieniem bezpiecznych, etycznych warunków wykonywania zawodu. Organy samorządu nie mogą być marginalizowane w tym procesie, przeciwnie, mają ustawową legitymację do występowania w interesie indywidualnym i zbiorowym członków środowiska lekarskiego. ●



DOFINANSOWANIE WYROBÓW MEDYCZNYCH

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

(Szczegóły i regulamin na stronie Fundacji Pro Seniore)

**Termin składania wniosków mija
31 grudnia 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 na stronie Fundacji Pro Seniore)

**Termin składania wniosków upływa
31 grudnia 2025 r.**

DRUK RECEPT

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

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



Okręgowa
Izba Lekarska
w Warszawie



OBIADY W KLUBIE LEKARZA

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

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

#Student Blżej Izby pilotażowy program staży w OIL w Warszawie

Latem tego roku Komisja Młodych Lekarzy Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie zrealizowała nowy projekt – #Student Blżej Izby. Program Staży Wakacyjnych. Pomysłodawcą inicjatywy był lek. Wiktor Możarowski, przewodniczący KML.



fot. Dariusz Osiał

Wiktor Możarowski opowiada: – Od dawna chodził mi po głowie projekt, który pozwoliłby studentom i młodym lekarzom zobaczyć, jak naprawdę funkcjonuje nasz samorząd – nie tylko z perspektywy obowiązkowych formalności, ale jako miejsce, które działa dla lekarzy i z lekarzami.

W pilotażowej edycji programu udział wzięły trzy osoby: studentka piątego roku medycyny Sara Hofman i dwoje młodych lekarzy – Natalia Sałkowska i Łukasz Nowotka, którzy w październiku rozpoczęli staż podyplomowy. Przez dwa miesiące pracowali w różnych działach OIL w Warszawie – w Dziale Komunikacji, Zespole ds. monitorowania naruszeń w ochronie zdrowia, Dziale Administracji oraz w Ośrodku Projektów i Innowacji.

Natalia Sałkowska odbyła staż w Dziale Komunikacji, poznając zasady organizacji wydarzeń i proces wydawniczy magazynu „Puls”, oraz w Zespole ds. monitorowania naruszeń w ochronie zdrowia, w którym po zakończonym stażu zaproponowano jej kontynuację współpracy. – #Student Blżej Izby to trafiony pomysł, zrealizował założone obopólne cele – ocenia Aneta Grinberg-Iwańska, dyrektor ds. strategii w Dziale Komunikacji.

Sara Hofman odbyła staż w Dziale Administracji, gdzie mogła zapoznać się z funkcjonowaniem niemal wszystkich komórek organizacyjnych izby. – To był świetny staż i wyjątkowa okazja do poznania struktury oraz zasad działania samorządu zawodowego. Dzięki temu doświadczeniu studentka lepiej zrozumiała, jak ważną rolę pełni izba w życiu zawodowym lekarzy – ocenia Marta Bodek, dyrektor administracyjny OIL w Warszawie.

Z kolei Łukasz Nowotka dołączył do zespołu Ośrodka Projektów i Innowacji, gdzie wspierał realizację bieżących projektów, m.in. współtworząc pierwsze Forum Klubu Lekarza Przedsiębiorcy. – Z perspektywy naszego zespołu program #Student Blżej Izby to wartościowa inicjatywa. Pozwala młodym lekarzom lepiej zrozumieć, jak działa samorząd i jak powstają projekty wspierające środowisko lekarskie – mówi Łukasz Sosnowski, dyrektor ośrodka.

Jak podkreśla Wiktor Możarowski, pozytywna ewaluacja programu to dowód, że warto było spróbować. – Stażyści mówili, że dzięki temu lepiej rozumieją, po co istnieje izba, jakie ma cele i jak szeroko wspiera środowisko lekarskie. Wszyscy podkreślali, że z chęcią poleciliby ten staż swoim kolegom. Dla nas to znak, że #Student Blżej Izby ma szansę stać się stałym punktem letniego kalendarza OIL w Warszawie – podsumowuje przewodniczący KML.

Decyzja o udziale w stażu #Student Blżej Izby była podyktowana czystą ciekawością. Chciałam zobaczyć, co kryje się za murami instytucji, o której często słyszymy, ale rzadko mamy okazję poznać ją od wewnątrz. Sam staż okazał się potrzebnym doświadczeniem, które pozwoliło zobaczyć od kuchni pracę izby. Najważniejszą lekcją było dla mnie zrozumienie, że izba to znacznie więcej niż tylko organ regulacyjny – to przede wszystkim społeczność oraz realne wsparcie – prawne, merytoryczne i socjalne – z którego możemy korzystać. To świetna inwestycja we własny rozwój. Program oceniam jako niezwykle potrzebną inicjatywę i gorąco polecam go każdemu, kto chce lepiej zrozumieć zawodowe otoczenie i świadomie kształtować swoją przyszłość.

Sara Hofman

Staż #Student Blżej Izby był dla mnie wyjątkową i inspirującą przygodą. Miałem okazję obserwować pracę Ośrodka Projektów i Innowacji, a także aktywnie włączyć się w realizację projektów mających realny wpływ zarówno na obecne funkcjonowanie izby, jak i na jej przyszły rozwój.

W ramach ośrodka wspierałem również działalność Klubu Lekarza Przedsiębiorcy – pomagałem w organizacji bieżących wydarzeń i w przygotowaniach do I Forum Klubu Lekarza Przedsiębiorcy.

Z pełnym przekonaniem polecam ten staż wszystkim, którzy chcą rozwijać kompetencje miękkie, umiejętność prowadzenia projektów oraz współpracować z zespołem profesjonalistów łączących świat medycyny, biznesu i nowych technologii dzięki swojemu bogatemu doświadczeniu.

Łukasz Nowotka

Staż od zaplecza

NATALIA SAŁKOWSKA

lekarz stażysta

Czasem najciekawsze rzeczy dzieją się wtedy, gdy wcale się ich nie spodziewamy. Tak właśnie było z moim stażem w Dziale Komunikacji Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie.

DLACZEGO WYBRAŁAM TEN STAŻ

Zawsze ciekawiło mnie, jak funkcjonują instytucje od środka – kto odpowiada za ich wizerunek, jak planuje się wydarzenia i jak powstają treści, które później trafiają do mediów czy biuletynów. Dział Komunikacji OIL w Warszawie wydał mi się idealnym miejscem, by połączyć zainteresowanie językiem i mediami z chęcią zrozumienia, jak wygląda codzienna praca w dużej organizacji skupiającej środowisko lekarskie.

NIESPODZIANKA PODCZAS PODRÓŻY POŚLUBNEJ

Kiedy dostałam maila z zaproszeniem na rozmowę rekrutacyjną, byłam... w trakcie podróży poślubnej. Do dziś pamiętam, jak ustawiłam budzik na odpowiednią godzinę – różnica czasu wynosiła cztery godziny, więc obawiałam się, że pomylę termin. Internet w hotelu był wyjątkowo kapryśny, dlatego zdenerwowana siedziałam z telefonem w dłoni, licząc, że połączenie się nie urwie w połowie zdania.

Ku mojej radości wszystko się udało. Rozmowa przebiegła w niezwykle miłej atmosferze, pełnej życzliwości i ciekawości z obu stron. Zespół chciał poznać mnie nie tylko z zawodowej strony, ale też dowiedzieć się, jakie mam pomysły i co najbardziej mnie inspiruje.

PIERWSZE DNI

Pierwsze dni w Dziale Komunikacji były dla mnie jak wejście w zupełnie nowy świat. Już od początku widać było,

że praca tutaj to ciągła zmienność, tempo i współdziałanie wielu osób. Ogromnym wsparciem byli dla mnie ludzie, z którymi współpracowałam. Od pierwszego dnia czułam, że mogę liczyć na pomoc, cierpliwość i dobre słowo. Każda osoba z działu miała inne doświadczenie i spojrzenie, dzięki czemu codzienna praca stawała się nie tylko ciekawa, ale też inspirująca. Często krótkie, niezobowiązujące rozmowy w biurze kończyły się pomysłami, które później przeradzały się w konkretne działania.

CZEGO SIĘ NAUCZYŁAM

Staż w OIL pozwolił mi odkryć, jak wiele wysiłku i zaangażowania stoi za skuteczną komunikacją. Nauczyłam się pisać krótkie, precyzyjne teksty dopasowane do różnych kanałów, a także kontaktować się z kontrahentami w sprawie ofert i ustaleń organizacyjnych.

Przekonałam się też, że komunikacja to nie tylko kwestie medialne, ale i praca przy organizacji wydarzeń – czasem wymagająca, ale niezwykle satysfakcjonująca. Uczestniczyłam w spotkaniach organizacyjnych, podczas których widziałam, jak wiele detali składa się na sukces projektu: od koncepcji i planowania, po realizację i relację końcową. Dzięki współpracy z doświadczonym zespołem nauczyłam się też, jak ważna jest spójność przekazu i wzajemne zaufanie.

CO BYŁO WYZWANIEM

Najwięcej radości dawało mi uczestnictwo w przygotowaniach do wydarzeń – ustalanie szczegółów z firmami, planowanie, opracowywanie materiałów informacyjnych. To właśnie wtedy mogłam obserwować, jak ogromne znaczenie mają dobra organizacja i komunikacja w zespole.

Za najcenniejsze uważam jednak relacje z ludźmi, z którymi współpracowałam. Każdy

z członków zespołu wnosił coś wyjątkowego – profesjonalizm, spokój, poczucie humoru czy umiejętność szybkiego reagowania w trudnych sytuacjach. Dzięki nim nawet najbardziej wymagające zadania stawały się okazją do nauki.

Największym wyzwaniem było łączenie wielu obowiązków jednocześnie – pisanie tekstów, kontakty z partnerami wydarzeń i dopinanie logistycznych szczegółów. Czasem miałam wrażenie, że doba jest za krótka, ale to właśnie ten rytm uczył mnie lepszej organizacji i działania pod presją czasu.

ZAMIAST PODSUMOWANIA

Staż w OIL był czymś znacznie więcej niż tylko punktem w CV. To doświadczenie nauczyło mnie, że skuteczna komunikacja to nie tylko słowa, ale przede wszystkim relacje, empatia i współpraca.

Każdy dzień przynosił coś nowego – inspiracje, rozmowy, wyzwania – a ja z każdym projektem czułam, że rozwijam się nie tylko zawodowo, lecz także osobiście. Myślę, że gdyby nie ludzie, z którymi miałam przyjemność pracować, trudno byłoby mi odnaleźć się w rzeczywistości, która początkowo była mi obca.

Z perspektywy czasu z uśmiechem wspominam tę rozmowę rekrutacyjną z niestabilnym internetem i różnicą czasu – bo właśnie od niej zaczęła się jedna z moich najciekawszych zawodowych przygód, dzięki której spotkałam wielu wspaniałych ludzi i mogłam poznać Okręgową Izbę Lekarską w Warszawie od środka.



fot. archiwum prywatne

Bajki na zdrowie

Sztuka leczy – przekonuje

prof. dr hab. n. med.

Bohdan Wasilewski, lekarz psychiatra, psychoterapeuta, dyrektor Instytutu Psychosomatycznego w Warszawie, poeta i autor bajek dla dzieci. Wraz z Komisją ds. Kultury ORL w Warszawie stworzył „Bajki na receptę” – nie tylko dla dzieci, ale także dla... lekarzy.

rozmawiała

KAROLINA STĘPNIEWSKA

Sztuka może być lekarstwem?

Zdecydowanie. Przepisywanie leków to za mało. Musimy wzmacniać w pacjencie wolę walki z chorobą, dawać impuls do uruchamiania naturalnych mechanizmów regeneracyjnych. Tu z pomocą przychodzi właśnie sztuka.

Lekarze też powinni zrozumieć, że sami potrzebują czasu na regenerację – na coś, co pozwoli im oderwać się od przeciążenia i stresu. Jeśli całkowicie pochłonie ich techniczna strona medycyny, pracowanie „jak robot”, wypalenie zawodowe staje się nieuniknione.

Wielu lekarzy zmagają się z myślami samobójczymi lub rezygnuje z zawodu. To dramatyczny sygnał. Dlatego właśnie sztuka ma ogromne znaczenie – ona leczy. Pomaga nie tylko pacjentom, ale też lekarzom. Uczy wrażliwości i może chronić przed wypaleniem.

Wraz z Komisją ds. Kultury ORL w Warszawie wydał pan animowane „Bajki na receptę”. Mają wymiar terapeutyczny?

Ich celem jest przyciągnięcie uwagi dziecka, rozbawienie go, odwrócenie myśli od choroby czy stresu, np. w oczekiwaniu na wizytę u lekarza. Chciałem, by lekarz miał w ręku coś więcej niż receptę czy pouczenie. Coś, co daje nadzieję. Nie chodzi tylko o to, by dzieci w moich bajkach otrzymały narzędzie, które pomoże im szybciej wracać do zdrowia. Chodzi o coś głębszego –

o zmianę samego sposobu pracy i kontaktu z dzieckiem.

Stąd pomysł, by do recepty dołączać karteczkę z linkiem do bajek publikowanych na kanale YouTube izby. Mają zarówno treść, jak i muzykę – to nie tylko narzędzie edukacyjne, ale też sposób, by rodzic obejrzał bajkę razem z dzieckiem, skomentował ją, uśmiechnął się. Główną chorobą dzisiejszych dzieci jest samotność. Wspólne czytanie i oglądanie bajek to dobry sposób, by budować więź. To pretekst do spotkania i rozmowy, a tego dzieciom najbardziej brakuje.

W internecie jest mnóstwo bajek. Co wyróżnia te „na receptę”?

Są sprawdzone i wartościowe – zarówno pod względem treści, jak i muzyki czy ilustracji. Przeszły weryfikację i mogę powiedzieć, że są naprawdę dobrym lekarstwem. Ludzie coraz rzadziej sięgają po książki, bo wymagają skupienia. Dlatego bajki powinny być multimedialne – łączyć obraz, dźwięk i emocje, by dotrzeć do dziecka, zwłaszcza chorego. W chorobie dziecko ma zawężone pole uwagi, tylko spokój i emocjonalne zaangażowanie pozwalają mu „otworzyć oczy” i przyjąć treść.

Wszystkie „Bajki na receptę” znajdziecie pod poniższym kodem QR.



Wyniki XV Ogólnopolskiego Konkursu Poetycko-Prozatorskiego „Puls słowa”



Jury zorganizowanego przez Komisję ds. Kultury ORL w Warszawie, Naczelną Izbę Lekarską, SZPZLO Praga-Północ oraz Unię Polskich Pisarzy Lekarzy XV Ogólnopolskiego Konkursu Poetycko-Prozatorskiego „Puls słowa” dla lekarzy i lekarzy dentyków przyznało nagrody i wyróżnienia w dwóch kategoriach.

Proza:

I nagroda – Agnieszka Kania (godło *Proza*)
II nagroda – Barbara Rysz-Postawa (godło *Przerzutnia*)
III nagroda – Witold Kopeć (godło *Taurus Boccata*)
Wyróżnienie – Dorota Roztoczyńska (godło *Doro*)
Wyróżnienie drukiem – Przemysław Krasnodębski (godło *Prometeusz*)

Poezja:

II miejsce – Joanna Matlachowska-Pala (godło *Oriolus*)
II miejsce – Katarzyna Wierzbicka (godło *Pendula*)
III miejsce – Zbigniew Łobodziński (godło *Enif*)
Wyróżnienie – Andrzej Miś (godło *X57*)
Wyróżnienia drukiem – Monika Nowakowska (godło *Nika*), Katarzyna Szewczyk (godło *Złotokap pospolity*).

Rozstrzygnięcie V Konkursu Fotograficznego OIL w Warszawie

Komisja ds. Kultury Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie 13 października wyłoniła zwycięzców V Konkursu Fotograficznego dla lekarzy i lekarzy dentystów. Tegoroczna edycja odbywała się w dwóch kategoriach: „Fotografia uliczna” oraz „Temat wolny”.

W kategorii „Fotografia uliczna” zwyciężył Ryszard Zembrzusi, a kolejne miejsca zajęli Dariusz Hankiewicz i Wojciech Król. Wyróżnienia otrzymali Mirosław Żydecki i Wojciech Król.

W kategorii „Temat wolny” pierwsze miejsce zdobył Krzysztof Muskalski, drugie – Wojciech Król, trzecie – Jakub Steller. Wyróżniono także prace Piotra Milkiewicza i Przemysław Krajewskiego.

Grand Prix konkursu trafiło do Krzysztofa Muskalskiego.

Uroczyste wręczenie nagród odbyło się 30 listopada 2025 r. podczas Lekarskiej Wystawy Fotograficznej w Centrum Łowicka w Warszawie.

Fotografia uliczna



I miejsce Ryszard Zembrzusi



III miejsce Wojciech Król



wyróżnienie
Mirosław Żydecki



II miejsce Dariusz Hankiewicz



wyróżnienie Wojciech Król

Temat wolny



Grand Prix I miejsce Krzysztof Muskalski



II miejsce Wojciech Król



wyróżnienie Przemysław Krajewski



wyróżnienie Piotr Milkiewicz



III miejsce Jakub Steller

Wielkie emocje na Gali Komisji ds. Sportu

fot. Marcin Faliński



Stadion Legii Warszawa ponownie stał się miejscem wyjątkowego święta sportu lekarskiego. 14 listopada 2025 r., podczas uroczystej Gali Komisji ds. Sportu Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie, podsumowano miniony rok pełen aktywności i sukcesów sportowych lekarzy. Spotkanie było także okazją do zaprezentowania planów rozwoju Komisji ds. Sportu oraz bogatej oferty sportowych inicjatyw na nadchodzący rok – od mistrzostw i pikników, po obozy, kursy i rajdy.

Wręczono wyróżnienia OIL Sport Mistrz 2025 w dwóch kategoriach. Wśród lekarzy nagrodzeni zostali: Michał Jędrze-

jewski, Katarzyna Luterek i Julia Szmit. W kategorii Dzieci Lekarskie uhonorowano: Macieja Kowalczyka, Jakuba Krawczyka i Maryię Shysh.

Następnie ogłoszono zwycięzców rundy jesiennej Ligi OIL. Na piłkarskim podium znalazły się trzy lekarskie drużyny: Chłopcy do Bicia (miejsce 1), AZS WUM (miejsce 2) oraz Healers United (miejsce 3). Z kolei w rywalizacji Karting Cup 2025 dyplomy otrzymali najszybsi zawodnicy: Tomasz Kowalski, Łukasz Wardziak i Marcin Charlak.

Ważnym punktem wydarzenia było oficjalne otwarcie XXII Mistrzostw Polski Lekarzy i VI Mistrzostw Polski Lekarzy Oldboyów w piłce siatkowej.

Podczas gali odbyła się również prelekcja Filipa Latawca, lekarza i kierownika zespołu medycznego I drużyny Legii Warszawa w latach 2020-2024, zatytułowana „Niewidzialna strona futbolu. Kulisy pracy z drużyną”.

Po części oficjalnej uczestnicy zwiedzili łóż VIP stadionu Legii, a wieczór zwieńczyły wielkie sportowe emocje podczas oglądania transmisji meczu Polska–Holandia.

Partnerzy wydarzenia



BMW
ZK Motors



WYJĄTKOWE
PARKI ROZRYWKI
#KACHAM
BRACIO



Wyniki XXVI Mistrzostw Polski Lekarzy w Brydżu Sportowym

Tegoroczne Mistrzostwa Polski Lekarzy w Brydżu Sportowym odbyły się 18–19 października w Warszawie, z udziałem 48 zawodników z całego kraju. Reprezentanci OIL w Warszawie pokazali wysoki poziom, zdobywając liczne miejsca medalowe.

Turniej indywidualny:

1. Mirosław Kotowski
2. Wiesław Teresiński
3. Joanna Telesz

Turniej na punkty meczowe:

1. Janina i Wojciech Kubica
2. Mirosław Kotowski, Włodzimierz Niedolaz
3. Zofia Zaręba, Wiesław Teresiński

Turniej na zapis maksymalny:

1. Anna Skublewska-Karska, Jarosław Sawiniec
2. Zofia Zaręba, Wiesław Teresiński
3. Ewa Świątkowska-Żukowska, Agnieszka Lalik



fot. Daniel Jarosz

Klasyfikacja generalna – kobiety:

1. Maria Boczar
2. Hanna Kałotka-Kręglewska
3. Janina Kubica

Klasyfikacja generalna – lekarze (TOP 5):

1. Maria Boczar
2. Mirosław Kotowski
3. Hanna Kałotka-Kręglewska
4. Krzysztof Makuch
5. Wiesław Teresiński

Za nami XXII Mistrzostwa Polski Lekarzy i VI Mistrzostwa Polski Lekarzy Oldboyów w Piłce Siatkowej

fot. Daniel Jarosz



Lekarze i lekarze dentyści z całego kraju spotkali się 14 i 15 listopada 2025 r. w Warszawie i Starych Babicach, by rywalizować w jednym z najważniejszych sportowych wydarzeń w kalendarzu samorządu lekarskiego. XXII Mistrzostwa Polski Lekarzy oraz VI Mistrzostwa Polski Lekarzy Oldboyów w Piłce Siatkowej okazały się nie tylko pokazem umiejętności, lecz także doskonałą okazją do integracji środowiska.

Po uroczystej inauguracji 14 listopada podczas Gali Komisji ds. Sportu ORL w Warszawie na stadionie Legii Warszawa, kolejny dzień przyniósł intensywną rywalizację w hali GOSiR w Starych Babicach. Od wczesnych godzin porannych drużyny reprezentujące izby lekarskie z całej Polski rozgrywały

emocjonujące mecze, pełne efektownych akcji i wyrównanej walki. Sportowa atmosfera i doskonała forma drużyn sprawiły, że zawody prezentowały naprawdę imponujący poziom.

Wyniki VI Mistrzostw Polski Lekarzy Oldboyów w Piłce Siatkowej

I miejsce – Alfa Łódź
 II miejsce – OIL Warszawa
 III miejsce – OIL Szczecin
 IV miejsce – Wataha Katowice
 V miejsce – Poznań-Częstochowa
 Najlepszy atakujący – Bartłomiej Ryglewski
 Najlepszy przyjmujący – Jacek Małecki
 Najlepszy rozgrywający – Maciej Lewandowski
 Najlepszy blokujący – Adam Kabiesz
 Libero – Bartosz Roszkowski
 MVP – Konrad Jankowski

Wyniki XXII Mistrzostw Polski Lekarzy w Piłce Siatkowej

I miejsce – Poznań-Częstochowa
 II miejsce – Silesia Katowice Śląska OIL
 III miejsce – OIL Łódź
 IV miejsce – OIL Szczecin
 Najlepszy atakujący – Jacek Barański
 Najlepszy przyjmujący – Adam Kurpik
 Najlepszy rozgrywający – Michał Dorota
 Najlepszy blokujący – Marcin Zębalski
 Libero – Paweł Królikowski
 MVP – Albert Połomski

Wysoki poziom zawodów, świetna atmosfera oraz pełne zaangażowanie uczestników tegorocznych mistrzostw sprawiły, że wydarzenie można uznać za wyjątkowo udane. OIL w Warszawie już teraz zaprasza do udziału w kolejnych edycjach!

XXVI Halowe Mistrzostwa Polski Lekarzy w Tenisie

Lekarze-tenisiści spotkali się w dniach 8–11 listopada 2025 r. w Chorzowie na XXVI Halowych Mistrzostwach Polski Lekarzy w Tenisie. Turniej odbył się pod egidą Polskiego Stowarzyszenia Tenisowego Lekarzy na kortach Starochorzowskiego Centrum Sportu Sokół. Okręgową Izbę Lekarską w Warszawie reprezentowało jedenastu zawodników, którzy odnieśli liczne sukcesy. Bożenna Kędzierska zdobyła 1. miejsce w singlu 65+ i 2. miejsce w deblu 55+, Andrzej Bachurski – dwa razy 3. miejsce (singiel i debl 65+), Anna Śliwińska – 1. miejsce w singlu 55+ i 3. miejsce w deblu 55+, Maria Stępień – 3. miejsce w deblu open, Beata Załoga – 3. miejsce w deblu 55+,



fot. Artur Barlik

Lubomir Lembas – 2. miejsce w mikście 50+, Piotr Kołodziej – 2. miejsce w singlu 75+ i 1. w deblu 75+, Artur Barlik – 3. miejsce w mikście open. W turnieju uczestniczyły także Beata Bachurska, Edyta Dubiel i Arkadiusz Staroń, wspierając silną reprezentację warszawskiej izby.

Barwy jesieni

Plener malarski w Radziejowicach

DOROTA LEBIEDZIŃSKA

Złota polska jesień, malowniczy park, zabytkowy pałac i twórcze spotkania przy sztalugach – tak w skrócie można opisać wyjątkowy plener malarski, który odbył się 5–13 października w Radziejowicach. Organizatorem wydarzenia była Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie, a uczestnikami lekarze malarze, dla których sztuka od dawna stanowi pasję, sposób na relaks i okazję do spotkania w gronie przyjaciół. Radziejowice od lat przyciągają artystów. To tutaj tworzyli m.in. Wojciech i Juliusz Kossakowie, Lucjan Rydel, Olga Boznańska, Jarosław Iwaszkiewicz, Henryk Sienkiewicz oraz mieszkańiec pobliskiej Kukłówki – Józef Chełmoński. W 1928 r. w radziejowickim majątku kręcono pierwszą filmową adaptację „Pana Tadeusza”, a po wojnie przez trzy dekady rezydował tu Jerzy Waldorff.

W tym roku w progi Domu Pracy Twórczej po raz drugi zawitali też lekarze z naszej izby. Otoczenie – pałac, zamek, dwór modrzewiowy, park z lipami i kasztanami, pobliskie stawy oraz nastrojowe alejki z wkomponowanymi w krajobraz rzeźbami – stało się inspiracją do licznych pejzaży, martwych natur i impresji utrwalonych na płótnach.

– *Sztuka pozwala nam spojrzeć na świat z innej perspektywy, zatrzymać się na chwilę i poczuć wdzięczność za to, co wokół* – mówił dr Włodzimierz Cerański, przewodniczący Komisji Seniorów ORL. – *Dla wielu z nas to nie tylko artystyczne wyzwanie, ale też sposób na podtrzymywanie więzi i wspólne przeżywanie piękna* – dodała dr Krystyna Dowgier-Malinowska.

Uczestnicy pleneru mieli do dyspozycji profesjonalne materiały malarskie i wygodną przestrzeń do indywidualnej pracy. Część dnia spędzano w pracowni

Katharsis, a wieczory upływały na spacerach, rozmowach o sztuce, medycynie i zawodowych wspomnieniach. Nie za-



fot. D. Lebiedzińska

brakło także muzyki – koncertów fortepianowych w wykonaniu lek. dent. Katarzyny Chojnackiej-Pniewskiej. Plener przypadł w czasie pierwszego etapu XIX Konkursu Chopinowskiego, co dodatkowo podkreślało wyjątkowy nastrój wydarzenia. Bo gdzie lepiej słuchać muzyki Chopina, jeśli nie na Mazowszu?

W programie znalazło się również spotkanie z dr Bożeną Hoffman-Golańską, przewodniczącą Komisji ds. Kultury ORL, oraz duszpasterzem środowisk medycznych archidiecezji warszawskiej, ks. Władysławem Dudą.

Wydarzenie miało przede wszystkim wymiar integracyjny. Seniorzy, którzy przez wiele lat służyli pacjentom, mogli spędzić czas w spokojnej atmosferze, z dala od zgiełku miasta. – *Spotkania takie jak to przypominają nam, że pasje nie mają wieku. Twórczość to najlepszy sposób na zachowanie młodości ducha* – podkreślała dr Anna Boszko.

Ale jak zgodnie przyznawali uczestnicy, najcenniejsze w tych dniach było nie

tylko malowanie, lecz także bycie razem i rozmowy. – *To były piękne chwile, które na długo pozostaną w naszej pamięci. W Radziejowicach znów poczuliśmy się jak młodzi artyści – pełni pasji, ciekawości i radości życia* – powiedziała dr Anna Grzybowska.

Plener malarski w Radziejowicach po raz kolejny udowodnił, że wrażliwość i potrzeba tworzenia towarzyszą człowiekowi przez całe życie. Dzięki inicjatywie Komisji ds. Kultury ORL w Warszawie lekarze malarze mogli nie tylko rozwijać swoje artystyczne pasje, ale także czerpać siłę i inspirację z kontaktu z naturą i drugim człowiekiem.

Uroczysta gala PTL

Coroczna gala Polskiego Towarzystwa Lekarskiego odbyła się 25 października 2025 r. w Zamku Królewskim w Warszawie.

Uroczystość rozpoczęła się od pieśni „Gaude Mater Polonia” w wykonaniu chóru Medicantus OIL w Warszawie pod dyktando Beaty Herman, a następnie odśpiewano hymn lekarzy. Po występie głos zabrał prezes ZG PTL Warszawa prof. dr hab. n. med. Wal-

Śladami historii i sztuki

KRYSZYNA DOWGIER-MALINOWSKA

Lekarze emeryci wybrali się 15 października 2025 r. na wycieczkę do Ossowa. W planie wyjazdu znalazły się też inne miejsca związane z polską kulturą.



fot. Krystyna Dowgier-Malinowska

P przed dotarciem do Ossowa odwiedziliśmy Muzeum im. Zofii i Wacława Nałkowskich w Wołominie – urokliwy domek na wzgórzu, z którego roztacza się widok na łąki. Wnętrze kryje liczne pamiątki po Wacławie Nałkowskim – ojcu pisarki, wybitnym geografie, kartografie i nauczycielu, autorze ponad 400 publikacji naukowych.

Na miejscu poznaliśmy też losy jego córek: Zofii Nałkowskiej, jednej z najwybitniejszych polskich pisarek, i Hanny Nałkowskiej, utalentowanej rzeźbiarki, która zyskała uznanie w Europie, choć w ojczyźnie pozostaje mniej znana.

Kolejnym punktem programu była wizyta w Muzeum Historii Filmów Jerzego Hoffmana w Zielonce. Zaskoczy-

ło nas bogactwo zgromadzonych eksponatów – kostiumów, fotosów, portretów i karykatur aktorów występujących w filmowej trylogii. Następnie wyruszyliśmy w kierunku Ossowa.

Na miejscu ujrzeliśmy budynek muzeum oraz dwa maszty Stulecia z flagami i napisem: „Bóg, Honor, Ojczyzna”. Piękna pogoda sprzyjała spacerowi po terenie, na którym rozegrała się jedna z najważniejszych bitew w dziejach świata, o ogromnym znaczeniu geopolitycznym – Bitwa Warszawska 1920 r.

W muzeum mieliśmy okazję obejrzeć liczne eksponaty: broń, umundurowa-

nie, dokumenty oraz rosyjskie odznaczenia wojskowe. Przewodnik z pasją i swadą opowiadał o wydarzeniach i bohaterach tamtych dni. Szczególne wzruszenie wzbudziły czapka wojskowa i zakrwawiona stuła ks. Ignacego Skorupki, przejmujące świadectwa poświęcenia i odwagi duchownego, który zginął, niosąc wsparcie walczącym żołnierzom.

Wycieczka do Ossowa stała się nie tylko okazją do wspólnego spędzenia czasu, lecz także do refleksji nad historią i znaczeniem odwagi, wiary oraz patriotyzmu – wartości, które mimo upływu lat pozostają aktualne i inspirujące. ●

demar Kostewicz, który przywitał laureatów, słuchaczy Szkoły Medycyny Estetycznej oraz gości, wśród których był reprezentant naszej izby, wiceprezes ORL w Warszawie Jakub Zakrzewski.

Podczas gali nadano godność Medicus Nobilis oraz wręczono srebrny sygnet dr. n. med. Antoniemu Sydorowi,

a także nadano godność Członkostwa Honorowego PTL dr. n. med. Mieczysławowi Chruścielowi. Następnie odbyło się honorowanie tytułem i odznaczeniem „Zasłużonemu Polskie Towarzystwo Lekarskie”, przyznano także tytuł i odznaczenie Bene Meritus, które otrzymał m.in. prof. dr hab. n. med.

Piotr Ciostek, kierownik I Katedry i Kliniki Chirurgii Ogólnej i Naczyniowej WL WUM (2008–2022), konsultant wojewódzki ds. chirurgii naczyniowej na Mazowszu (2012–2022), członek wielu towarzystw naukowych. Dyplom „Przyjaciół po wsze czasy Polskiego Towarzystwa Lekarskiego” otrzymała dr n. hum. Anna Łu-

czyńska, współpracująca m.in. z WUM, a dyplom najwyższego uznania – Kornelia Król, która jest prezeską Federacji Polonijnych Organizacji Medycznych. Wręczono też dyplomy ukończenia Szkoły Medycyny Estetycznej.

Kulminacyjnym momentem wydarzenia było wręczenie najwyższych odznaczeń PTL przyznawanych przez lekarzy dla lekarzy, czyli medali Gloria Medicinæ. – *To uhonorowanie ogromnej wiedzy i profesjonalizmu w służbie choremu* – podkreślił prof. dr hab. n. med. Waldemar Kostewicz, który wraz z kancleżem kapituły prof. Markiem Krawczykiem wręczał medale. W gronie odznaczonych znaleźli się m.in. prof. dr hab. n. med. Jarosław Czubak, prof. dr hab. n. med. Sławomir Nazarewski z Warszawy i Danuta Anna Kamińska z Ciechanowa. Całość gali dopełniły występy wybitnych muzyków, których część reprezentowała także środowisko lekarskie. ●



fot. A. Sokalska

Reanimacja w lesie

URSZULA BRYCZEK

lekarz chorób wewnętrznych, specjalista medycyny ogólnej i rodzinnej, specjalista endokrynolog

Jest grudzień 1997 r., dokładnie 24 grudnia, czyli dzień wigilii Bożego Narodzenia. Dla mnie – lekarza chorób wewnętrznych i świeżo wówczas po zdanym egzaminie, specjalistki II stopnia z medycyny ogólnej – dzień jak co dzień w wiejskim ośrodku zdrowia. A może nawet bardziej wytężony, gdyż idą święta, a pacjenci w związku z tym chcą się zabezpieczyć na czas, kiedy nie będzie ich lekarza.

Sama, jako lekarz rodzinny, obejmuję opieką ponad 2600 pacjentów – całe rodziny w wieku od 0 do 100 lat. Zajmuję się praktycznie wszystkim, jestem jednocześnie internistą, chirurgiem, pediatrą, kardiologiem. Ośrodek zdrowia działa wówczas w strukturach SPZOZ w odległym o 22 km mieście, gdzie również jest szpital powiatowy, jest to byłe woj. radomskie. Mieszkam z rodziną w lokalu nad przychodnią, więc

nierzadko przychodzi mi udzielać pomocy w różnych porach doby.

Owego 24 grudnia z trudem kończę pracę ok. 15 i pospiesznie szykuję bagażę oraz męża i dzieci do wyjazdu na święta do mojego taty, który mieszka sam w woj. lubelskim, w miejscowości odległej o ok. 120 km. Pakuję specjalny na wigilię, ciasto, upominki. Wszystkim udziela się radosna atmosfera oczekiwania na pierwszą gwiazdkę, a dzie-

ci myślą już o czekających pod choinką prezentach od dziadka.

Ok. 15.30 telefon – dzwoni młody sąsiad państwa C., starszego małżeństwa, które mieszka w małej wiosce rozrzuconej wśród lasów, odległej od przychodni o ok. 10 km. Prosi o przyjazd do pana Jana, który dzisiaj źle się poczuł. W tle słyszę panią Bronisławę – żonę, mówi z wyczuwalnym niepokojem: *mąż jest jakiś niewyraźny*.

Państwo C. to stali bywalcy przychodni; pan Jan – wówczas 76-letni – i jego o sześć lat starsza żona zgłaszają się z typowymi dolegliwościami starszego wieku: zawrotami głowy, bólami kręgosłupa i głowy, bólami nóg, a najczęściej po to, żeby się położyć i wygadać.

W myślach przeklinam dzień, kiedy podjęłam decyzję o pracy w tym miejscu. Przed oczami mam coraz mniej realną, spokojną podróż na święta. Tym bardziej że to znów marudny pan Jan. Ale natychmiast z tyłu głowy słyszę sygnał, czy gdy odmówię, to spokojnie spędzę te święta, czy nie zagryzą mnie wyrzuty sumienia? Jest przecież Wigilia... Błyskawicznie podejmuję decyzję, mobilizuję się, biegnę na dół po torbę lekarską z wyposażeniem „na wypadek”. Jedziemy. Naszym białym polonezem kieruje mój mąż; w grudniu ok. 16 jest już ciemno, droga w większości prowadzi przez las, jest dziurawa i wyboista. Nasi wówczas 8- i 12-letni synowie pozostają zamknięci w mieszkaniu z kategorycznym nakazem niewpuszczania absolutnie nikogo.

Po przyjeździe na miejsce zastaję pana Jana siedzącego na krześle, poznaje mnie, ale niemal w tym momencie osuwa się na podłogę i traci przytomność, oddech słabnie, tętno staje się niewyczuwalne. Układamy pacjenta na podłodze, udrażniam drogi oddechowe i niezwłocznie przystępujemy do masażu serca oraz sztucznego oddychania; szczęśliwym trafem w torbie mam aparat ambu. Pomaga mi mój niezawodny mąż – nauczyciel, nie bez powodu przez miejscowych zwany „doktorem” (mający już na koncie niejedną akcję ratowniczą). Włącza się także ów młody sąsiad państwa C., który – jak się okazuje – ukończył kurs pierwszej pomocy i jest też od niedawna strażakiem. Mnie udaje się założyć wkłucie dożył-



tot. archiwum prywatne

ne i podaje, co mam: płyny, adrenalinę, chyba też jakieś sterydy. Wzywam przez komórkę karetkę erkę (o dziwo, w tych lasach był zasięg!). Kontynuujemy reanimację, pan Jan „wraca”.

Pozostajemy do przyjazdu karetki, pan Jan w kiepskim kontakcie, ale żyje! Odjeżdża do szpitala, a my wracamy do dzieci i do przerwanej podróży. Pani Bronisława prosi mnie tylko, żebym powiadomiła ich syna, który jest górnikiem i pracuje na Śląsku. Spełniam prośbę, odbiera jego żona, mówiąc, że mąż jest na szychcie. Relacjonuję, co się wydarzyło, ale na kobiecie nie robi to większego wrażenia.

Rzeczywiście, trudno w to uwierzyć, cud! Chyba zadziałała cudowna magia owego wigilijnego dnia i na pewno pomoc Najwyższego. Po latach wspominam tamto wydarzenie w kategorii rzeczy nieprawdopodobnych, jakby oglądanych na filmie, a jednocześnie odbieram to zdarzenie jako kolejną lekcję pokory.

Pan Jan szczęśliwie przeżył zawał (chyba te starsze serca były bardziej zahartowane i z wytworzonym krążeniem obocznym!) i po przebytej rehabilitacji wrócił do swojego domu w lasach i wraz z panią Bronisławą długo jeszcze odwiedzali mnie w przychodni.

A my w ten wigilijny wieczór dojechalśmy niemal na pasterkę. Mój tata dennerwował się, ale gdy opowiedziałam, co się wydarzyło, miał łzy w oczach i, jakkolwiek małowówny, powiedział: *jestem z Ciebie, dziecko, dumny*.

Minęło wiele lat. Nie ma już tamtej przychodni, miejscowość się wyludnia, młodzi wyjeżdżają do miast, starsze pokolenia dożywają swoich dni na miejscu. Wiele zmieniło się w ochronie zdrowia, wszechobecna informatyzacja i globalizacja robią swoje. Darmo szukać takich relacji międzyludzkich jak w opisywanych przeze mnie czasach. Zrobiłam specjalizację z endokrynologii i pracuję już w większych ośrodkach – na kontraktach. Przeprowadziłam się do województwa lubelskiego, wybudowaliśmy z mężem własny dom, jesteśmy szczęśliwymi dziadkami.

Cenię bardzo to wieloletnie doświadczenie z pacjentami; wszystko „jest po coś” i przez całe życie uczymy się, jak być lekarzami. ●

Pamięć o tych, którzy odeszli



fot. A. Grinberg-Iwańska

W imieniu Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie wiceprezes lek. Krzysztof Herman złożył w przededniu Święta Zmarłych wieńce na grobach wybitnych lekarzy: prof. Jana Nielubowicza, prof. Władysława Szenajcha, dr. Jerzego Moskwy, dr. Andrzeja Włodarczyka i dr. Andrzeja Sawoniego. Pamięć o tych, którzy tworzyli historię naszego samorządu i całego środowiska medycznego, jest zawsze z nami. ●

Święto św. Łukasza – duchowość, sztuka i wspomnienia



fot. Mirosław Żydecki

Doroczne spotkanie środowiska lekarskiego z okazji Święta św. Łukasza, patrona lekarzy, artystów i pisarzy odbyło się 26 października w kościele św. Zygmunta w Warszawie. Organizatorami były Komisja ds. Kultury Okręgowej Rady Lekarskiej i Duszpasterstwo Środowisk Medycznych.

Spotkanie rozpoczął ks. Władysław Duda, a następnie abp Adrian Galbas skierował do lekarzy refleksyjne słowo o powołaniu i służbie człowiekowi. Odbył się też wernisaż poplenero-

wy malarstwa i fotografii lekarzy artystów, otwarty przez dr. Mirosława Żydeckiego. Prof. Bohdan Wasilewski w wykładzie „Pasja artystyczna lekarzy jako antidotum na wypalenie zawodowe” podkreślił znaczenie sztuki w zachowaniu równowagi psychicznej. Po mszy św. celebrowanej przez abp. Galbasa uczestnicy wysłuchali koncertu chóru Medicantus oraz poezji dr. Moniki Szymczakowskiej. Uroczystość stała się okazją do wspólnej modlitwy i refleksji nad miejscem duchowości i sztuki w życiu lekarza. ●

Maria „Mary” Stasiak z d. Olkiewicz (1956–2025)

WALDEMAR CZERWONIEC

Nasza Mary, tak zawsze do Ciebie mówiliśmy. Nie mogę do dziś uwierzyć, że TO się stało, że nie ma Cię wśród nas, że już nie odwiedzimy się, nie uściskamy, nie spotkam Cię w przychodni, nie poradzę się w sprawach medycznych i życiowych.



Poznaliśmy się 50 lat temu (!), dokładnie 1 października 1975 r. na pierwszych zajęciach z anatomii prawidłowej. Towarzyszyłaś nam jako Koleżanka i Przyjaciółka na dobre i na złe. Tego dobrego było znacznie więcej. W typowej 12-osobowej grupie studenckiej II Wydziału Akademii Medycznej wszyscy byliśmy ze sobą bardzo blisko. Integrowaliśmy się podczas spotkań zainicjowanych przez naszą asystentkę Baśkę (szybko zaproponowała nam przejście „na ty”) Świąteczak. Niby robiła to z obowiązku, „z przydziału”, podobnie jak z ramienia Zrzeszenia Studentów została nam wyznaczona opiekunka, starsza koleżanka (Urszula?) Jabłońska. Jednak dzięki nim poznaliśmy się lepiej i tworzyliśmy całkiem zgraną kompanię. Wspólne uczenie się, zakuwanie materiału z anatomii i innych przed-

miotów zajmowało niemal wszystkie wolne chwile. To, co w szkole średniej przerabialiśmy przez cały rok, teraz trzeba było wchłonąć i zaliczyć... w miesiąc. Było ciężko, ale w naszej grupie daliśmy radę studia ukończyć w terminie i bez większych potknięć. Wspieraliśmy się i przyjaźniliśmy do tego stopnia, że nawet powstały dwie pary małżeńskie, które trwają do dziś.

Mary najbliższą kolegową się z Grażyną, dziś doktor chirurgką dziecięcą w Płocku. Ja poznałem swoją przyszłą żonę Mirkę i wspólnie byliśmy swoistą bandą czworga, często integrującą się w różnych okolicznościach. Mary nawet mieszkała kilka lat w moim rodzinnym domu na Jelonkach. Wspaniale wspominaliśmy naszą wakacyjną wyprawę do Ne-seberu w Bułgarii, gdzie zamieszkaliśmy w willi miejscowego Turka, który z niedowierzaniem (i szacunkiem!) przyjął do wiadomości, że oto przyjechał basza z Polski z trzema kobietami. Kilka razy wyruszyliśmy z Mary na zakupy do NRD, bywaliśmy w kinie, w klubie Medyk, spotykaliśmy się na imieninach i przy innych okazjach. Naturalnie wspólnie świętowaliśmy śluby – Mary była naszym świadkiem, my bawiliśmy się na jej weselu z Maćkiem. To były czasy!

Cztery lata byłem starostą grupy, jednak po ślubie przekazałem, na ostatnie dwa lata, pałeczkę właśnie Mary, którą koleżeństwo doceniało za spokój, odpowiedzialność i dojrzałe, serdeczne podejście do wielu spraw. Może nie byliśmy grupą wybitną, ale z drugiej strony – wszyscy zostali uznanymi lekarzami, specjalistami w różnych dziedzinach. Spotykaliśmy się przez pewien czas także po studiach, ale cóż – rodzina, dzieci, obowiązki zawodowe stopniowo osłabiły więzi. Akurat nasze kontakty z Mary trwały dość długo. Regularnie obchodziliśmy Jej imieniny i urodziny we wrześniu. Nie do wiary, że ostatnie wypadły kilka dni po Jej odejściu. W międzyczasie w związki małżeńskie wstąpiły nasze dzieci, my bawiliśmy się w Olsztynie na hucznym weselu Janka, syna Mary i Maćka, obie z Grażyną zaszczyciły nas

na ślubie naszej córki Ewy. Mary doczekała się dwójki wnucząt, Wojtusia i Tosi, które sprawiały Jej dużo radości.

Jako lekarz internista pracowała przez wiele lat w Szpitalu Elżbieta-nek przy ul. Goszczyńskiego w Warszawie. Przypadkiem (a może to zrządzenie szczęśliwego losu?) spotkaliśmy się potem w przychodni PLL LOT, a ostatnio także w przychodni SZPZLO Warszawa Bemowo-Włochy, której była kierowniczką. Kilkakrotnie braliśmy razem udział w zjazdach koleżeńskich z okazji kolejnych, okrągłych i mniej okrągłych rocznic dyplomu rocznika 1981, organizowanych przez niestrudzonego kolegę „Generała” Tomasza. Pierwsze takie „spedy” odbyły się w Hotelu Ossa koło Rawy Mazowieckiej, „wypasione”, z niezłą frekwencją, wynoszącą nawet ponad 100 osób. Z czasem liczba uczestników malała, spotykaliśmy się w warszawskich lokalach, najpierw w Galeonie na Mokotowie, potem w Rozdrożu. Odżywały wspomnienia, rozpoznawaliśmy się, dzieliliśmy doświadczeniami, radościami i smutkami.

Kiedy rok po roku na raka piersi zachorowała najpierw moja Mirka, a potem Mary – sądziliśmy, że chorobiska rozpoznane dość wcześnie, leczone radykalnie, zgodnie ze współczesnymi standardami, rokują im pełne wyleczenie. O ile w wypadku mojej żony wszystko wydaje się układać pomyślnie, o tyle złośliwy nowotwór Mary wrócił z taką siłą, że ta twarda kobieta nie dała rady. Pracowała niemal do końca, mimo męczącej chemioterapii i radioterapii wracała do swoich pacjentów, odrywała się od czarnych myśli, bo jako lekarz zdawała sobie sprawę z powagi sytuacji.

W tym roku spotkanie naszej grupy studenckiej zaplanowaliśmy 15 sierpnia u kolegi Tomasza w Izabelinie. Mary nie wykluczała udziału, ale tuż przed złotem trafiła do szpitala. Odwiedziliśmy Ją z Grażyną w okresie krótkotrwałej poprawy. Niestety, wkrótce Jej stan pogorszył się dramatycznie. Wsparcie rodziny, przyjaciół, kolegów, wysiłki lekarzy – nic nie było w stanie powstrzymać postępu choroby. Nasza przyjaciółka Mary odeszła 4 września 2025 r. Nie odeszła na zawsze, póki pozostaje w naszej pamięci. Ale jednak straszno i smutno. Niech spoczywa w pokoju. ●

Wspomnienie o dr Hannie Popkowskiej

MALINA POPKOWSKA

W cieniu lasów michelińskich pod Włocławkiem, 22 sierpnia żegnaliśmy na cmentarzu parafialnym Hannę Popkowską. Związana z Okręgową Izbą Lekarską w Warszawie, przez wiele lat pełniła funkcję rzecznika odpowiedzialności zawodowej, nasza mama, babcia, teściowa, przyjaciółka. Pani doktor, pełna zaangażowania i głębokiej skromności, nie wyobrażała sobie życia inaczej niż przy swoich pacjentach.

Jak wielu jej kolegów urodzonych w czasie wojny, należała do pokolenia napiętnowanego doświadczeniem komunizmu, a potem nawigującego w zawiłościach transformacji ustrojowej. Jej życie pozostaje świadectwem, że nawet w najciemniejszych czasach można żyć pięknie i godnie, kierując się fundamentalnymi wartościami: uczciwością, odpowiedzialnością, służąc drugiemu człowiekowi.

CUD ŻYCIA

I WALKA O PRZETRWANIE

Mama urodziła się w mroźny warszawski poranek 1941 r. jako wcześniak. Jej mama długo dochodziła do siebie po ciężkim porodzie. Walka o życie matki i córeczki toczyła się przy huku nalotów i w lęku przed aresztowaniem. Małenka Hania przetrwała dzięki determinacji swojego ojca, który wykarmił ją mlekiem zdobywanym z trudem z gospodarstwa w pobliskim Legionowie.

To wtedy zawiązała się między nimi nigdy niezachwiana więź i może właśnie dlatego mama poszła bez wahania jego śladami. Dziadek, absolwent Szkoły Podchorążych Sanitarnych, uniknął Katynia tylko dlatego, że na początku wojny trafił do niemieckiego obozu. Poślubił babcię podczas przepustki, w zbombardowanym kościele pod Jasną Górą, ze świadkami wziętymi z ulicy: on w starych bryczesach, ona w podróżnym ubraniu, prosto z pociągu.

Zwolniony po miesiącach, związał się z AK, a potem ponownie trafił w ręce Niemców – za pomoc ukrywającym się w lasach partyzantom i Żydom. Spędził pięć miesięcy na Pawiaku. Śmierci uniknął dzięki temu, że był lekarzem.

Losy rodziny były podobne do losów tysięcy polskich rodzin tamtego okresu. Przetrwali dzięki miłości, wierze w lepsze jutro i zwykłemu szczęściu. Te wczesne doświadczenia ukształtowały mamę: jej optymizm, niezachwianą etykę i świadomość, że człowiek jest zdolny zarówno do czynów okrutnych, jak i do tolerancji oraz altruizmu.

Myślę też, że to właśnie dlatego szacunek do życia był dla mamy wartością najwyższą, począwszy od „braci mniejszych”, jak nazywała jaszczurki, ślimaki czy padalce. Fascynowała ją doskonałość żywych organizmów, ich wyspecjalizowane funkcje i formy ukształtowane przez ewolucję do walki o przetrwanie.

I to podejście przekładało się na jej spojrzenie na pacjenta, którego postrzegała całościowo, promując wiarę w plastyczność naszych mózgów i naszą zdolność do adaptacji. Przekonywała pacjentów, że zdrowie w dużej mierze zależy od nas samych, od tego, jak żyjemy, jak myślimy i ile w nas optymizmu. Należała do Towarzystwa Homeopatycznego, przestrzegając przed nadużywaniem chemii. Inspirowała się przekazem św. Hildegardy, stosując naturalne metody leczenia, zachęcała do ruchu i rozwijania twórczych pasji.

RÓBMY RZECZY DOBRZE, A ŚWIAT BĘDZIE LEPSZY

Po wojnie, na mocy wojskowego nakazu, rodzina osiedliła się w Szczecinie – mieście, do którego mama na zawsze zachowała sentyment. Wspominała wakacje na poligonach, zabawy z dziećmi żołnierzy i głębokie przyjaźnie zawarte w liceum, które przetrwały całe życie.

Dom był bardzo skromny. Babcia z powodu utraty wzroku musiała zaprzestać pracy nauczycielki. Ówczesna medycyna była bezradna. Bywało, że przez miesiące utrzymywała ich jabłoń z ogrodu. Ale rodzice żyli w harmonii i serdeczności, wpajając dzieciom pasję do nauki oraz wiarę i ufność w przyszłość.

Wbrew ciociom, które uważały, że zamiłowanie do czytania i delikatne zdrowie predestynuje ją do pracy w bibliotece, mama zapatrzona w swego ojca marzyła o medycynie. Upór i pracowitość doprowadziły ją najpierw na Akademię Medyczną w Szczecinie, później do Warszawy, gdzie wybrała okulistykę operacyjną. Świeżo po dyplomie rozpoczęła pracę w kierowanym przez jej ojca nowo powstałym oddziale okulistycznym szpitala we Włocławku.

Fascynowała ją operatywa, którą porównywała do rękodzieła wymagającego mistrzostwa i cierpliwości. Wysoko ceniła pracę ludzkich rąk, a pacjentów o zawodach rzemieślniczych zachęcała do przekazywania swoich umiejętności młodszemu pokoleniu (niektórych znałam osobiście: był pan zegarmistrz, byli malarze i rzeźbiarze, tkaczkę, koronkarki, wikliniarze, a nawet kowal...).

W wolnych chwilach mama uczyła się francuskiego, a jej motto *laissons dire, faisons bien* – „niech inni mówią, a my róbmy dobrze”, wyrażało jej filozofię życia: wykonujemy swoją pracę rzetelnie i z odpowiedzialnością, bądźmy dokładni, doprowadzamy sprawy do końca i nie przejmujemy się tym, co mówią inni, jeśli jesteśmy przekonani o swej słuszności. W tym duchu przez 10 lat pełniła funkcję rzecznika odpowiedzialności zawodowej, angażując się w obronę pacjentów w sprawach związanych z błędami medycznymi.

W SŁUŻBIE OJCZYŹNIE

Równie ważna jak etos pracy była dla mamy wyniesiona z domu głęboka mi-



fot. archiwum prywatne

łość do ojczyzny oraz niezachwiana wiara, że nadejdzie czas wolnego państwa. Raz jeszcze ogromną rolę odegrał tu jej ojciec. Urodzony w Mińsku, już jako siedmioletni chłopiec musiał uciekać z domu podczas wojny 1920 r., zachowując w sercu ranę pamięci o polskich inteligentach rozrywanych żywcem przez bolszewików. Wielokrotnie wchodził w konflikt z komunistyczną władzą, a mała Hania dorastała przy poezji Mickiewiczowskiej i Radiu Wolna Europa.

Mama dołączyła do Solidarności od chwili jej tworzenia, przekonana, że rolą świadomych obywateli jest angażowanie się w budowę praworządnej i sprawiedliwej ojczyzny. Kiedy funkcjonariusze milicji proponowali jej paszport i wysoką pensję w zamian za donoszenie na kolegów, bez wahania odmówiła.

A kiedy postanowiła kandydować na stanowisko dyrektora Warszawskiego Okręgu Medycyny Kolejowej, jej motywacją było zapewnienie uczciwych i sprawiedliwych stosunków pracy, walka z korupcją oraz stworzenie jak najlepszych warunków dla personelu medycznego w służbie pacjentom. Zawsze podkreślała, że każda praca jest ważna, a każdy z pracowników ponosi swoją część odpowiedzialności za wspólne dobro.

Przez dziewięć lat zarządzała zespołem placówek mazowieckich zatrudniających ponad 800 osób. Była znana

z nieugiętego charakteru, bezstronności i absolutnej nieprzekupności. Walczyła z układami, które w okresie transformacji ustrojowej były na porządku dziennym.

Zrezygnowała ze stanowiska w kontekście likwidacji medycyny kolejowej, gdy roilo się od chętnych do przejścia kolejowych budynków przy poparciu ówczesnych władz stolicy. Z bólem wspominała zamykanie przychodni przy Nowogrodzkiej, gdy przez okna wyrzucano zdobywane latami, dobrze funkcjonujący sprzęt.

SEKRET LISA

W latach 2000., po śmierci ojca i w związku z chorobą matki, mama powróciła do Włocławka, podejmując pracę w miejskiej przychodni i w medycynie pracy. Mimo wieku pracowała nieustraszenie, pozwalając sobie na urlop jedynie wtedy, gdy odwiedzała nas we Francji. Ludzie ściągali do niej z okolicznych wsi, często starszuszki, którzy nie mogli pozwolić sobie na prywatne wizyty. Zawsze miała dla nich czas, choć wielokrotnie zarzucano jej, że poświęca zbyt wiele uwagi każdemu pacjentowi, narażając przychodnię na straty.

Nie zatrzymała jej pandemia, uważała, że jej miejsce jest przy pacjentach, przyjmując bez przerwy przez cały czas obostrzeń.

Kiedy byłem małą dziewczynką, mama napisała w moim pamiętniku

słowa Lisa z „Małego Księcia”: *Mój sekret jest bardzo prosty: dobrze widzi się tylko sercem. Pamiętaj, najważniejsze jest niewidoczne dla oczu.* Pełna prostoty, troski o innych i miłości do świata, tak właśnie zapamiętali ją pacjenci: lekarz z powołania, patrząca sercem.

Zawodu nie porzuciła aż do listopada 2023 r., pracowała nieprzerwanie przez 55 lat. Zmogła ją choroba – niewykryta odpowiednio wcześniej, bezobjawowa niewydolność serca, która przez lata rozwijała się skrycie, przyspieszona fatalnym złamaniem kości udowej. Szukaliśmy pomocy u wszystkich możliwych specjalistów, ale nie udało się zatrzymać nieubłaganego procesu umierania. Walczyła do końca, z jasnym i pogodnym umysłem. Jej zmęczone serce zatrzymało się 24 stycznia 2024 r., umierała otoczona najbliższą rodziną.

POSTSCRIPTUM

Ten tekst napisałam po tym, kiedy zaczęłam się zastanawiać, co powinno znaleźć się na nagrobku... imię, nazwisko, daty... jak trudno sprowadzić całe życie do jednej linijki... Podjęłam więc próbę streszczenia choć części tego, co mi mama przekazała, nie słowami, lecz swoją codzienną postawą. Niech te słowa będą hołdem dla niej i – w tych trudnych dla nas czasach – źródłem otuchy dla każdego, kto zechce je przeczytać. ●

21 października 2025 r. w wieku 96 lat
zmarła w obecności bliskich

dr n. med.
Alina Zdziechowska
„Dzidka”,

specjalistka chorób wewnętrznych i hematologii,
przez całe życie zawodowe związana z Instytutem Hematologii
i Transfuzjologii
przy ul. Chocimskiej w Warszawie.

Ostatnia z grona Bogłarczyków, polskich uchodźców
przebywających na Węgrzech podczas II wojny światowej.

Żoliborzanka od 80 lat.

Niezłomna podróżniczka starego stylu,
kajakarka po jeziorach augustowskich, brydżystka.

Spoczęła w grobie rodzinnym na Starych Powązkach.

Z żalem żegnamy zmarłego
3 kwietnia 2025 r.

lekarza Stanisława Masnego

Żonie, Synowi i Synowej
składamy wyrazy współczucia
koleżanki i koledzy z Garwolina i okolic

Z głębokim żalem przyjęliśmy wiadomość o śmierci

dr. n. med. Cezarego Torza

konsultanta krajowego w dziedzinie urologii

Rodzinie i bliskim wyrazy współczucia składa
Karol Stępniewski
wiceprezes ORL w Warszawie
wraz z całym środowiskiem lekarzy
regionu radomskiego

OBWIESZCZENIE NR 6/OKW-IX/25
OKRĘGOWEJ KOMISJI WYBORCZEJ OKRĘGOWEJ IZBY
LEKARSKIEJ W WARSZAWIE
Z 18 WRZEŚNIA 2025 R.
w sprawie wygaśnięcia mandatu zastępcy
okręgowego rzecznika odpowiedzialności zawodowej
Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie IX kadencji
2022–2026

Na podstawie § 42 ust. 1 regulaminu wyborów do organów i w organach izb lekarskich oraz trybu odwołania członków tych organów, będącego załącznikiem do uchwały nr 2 XVI Nadzwyczajnego Krajowego Zjazdu Lekarzy z 17 maja 2024 r. w sprawie przyjęcia regulaminu wyborów oraz uchwały nr 20/OKW-IX/25 Okręgowej Komisji Wyborczej Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie z 18 września 2025 r. w sprawie wygaśnięcia mandatu zastępcy okręgowego rzecznika odpowiedzialności zawodowej Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie IX kadencji 2022–2026, obwieszcza się, co następuje:

§ 1

Obwieszcza się wygaśnięcie 18 września 2025 r. mandatu zastępcy okręgowego rzecznika odpowiedzialności zawodowej Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie IX kadencji 2022–2026 – lek. Agnieszki Nowak-Musiej.

§ 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

OBWIESZCZENIE NR 7/OKW-IX/25
OKRĘGOWEJ KOMISJI WYBORCZEJ OKRĘGOWEJ IZBY
LEKARSKIEJ W WARSZAWIE
Z 27 PAŹDZIERNIKA 2025 R.
w sprawie wygaśnięcia mandatu członka
Okręgowej Komisji Rewizyjnej
Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie IX kadencji
2022–2026

Na podstawie § 42 ust. 1 regulaminu wyborów do organów i w organach izb lekarskich oraz trybu odwołania członków tych organów, będącego załącznikiem do uchwały nr 2 XVI Nadzwyczajnego Krajowego Zjazdu Lekarzy z 17 maja 2024 r. w sprawie przyjęcia regulaminu wyborów oraz uchwały nr 24/OKW-IX/25 Okręgowej Komisji Wyborczej Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie z 27 października 2025 r. w sprawie wygaśnięcia mandatu członka Okręgowej Komisji Rewizyjnej Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie IX kadencji 2022–2026 obwieszcza się, co następuje:

§ 1

Obwieszcza się wygaśnięcie z 27 października 2025 r. mandatu członka Okręgowej Komisji Rewizyjnej Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie IX kadencji 2022–2026 – lek. Tomasza Kawenki.

§ 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 27/OKW-IX/25
OKRĘGOWEJ KOMISJI WYBORCZEJ OKRĘGOWEJ
IZBY LEKARSKIEJ W WARSZAWIE
Z 5 LISTOPADA 2025 R.
w sprawie wniesionego protestu wyborczego
przeciwko ważności wyborów delegatów na Okręgowy
Zjazd Lekarzy Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie
X kadencji

Na podstawie § 28 ust. 7 oraz ust. 8 regulaminu wyborów do organów i w organach izb lekarskich oraz trybu odwołania członków tych organów, będącego załącznikiem do uchwały nr 2 XVI Nadzwyczajnego Krajowego Zjazdu Lekarzy z 17 maja 2024 r. w sprawie przyjęcia regulaminu wyborów, oraz § 3 ust. 1 pkt 16 regulaminu działania okręgowej komisji wyborczej, będącego załącznikiem do uchwały nr 4 XVI Nadzwyczajnego Krajowego Zjazdu Lekarzy z 18 maja 2024 r. w sprawie przyjęcia regulaminu działania okręgowej komisji wyborczej, w zw. z wniesionym protestem wyborczym z 30 października 2025 r. uchwała się, co następuje:

§ 1

Stwierdza się wpłynięcie protestu wyborczego złożonego 30 października 2025 r. przez lek. Janusza Pachuckiego (numer PWZ: 1698987) w sprawie wyboru delegatów na Okręgowy Zjazd Lekarzy Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie X kadencji. Przekazuje się do Okręgowego Sądu Lekarskiego Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie protest, o którym mowa w ust. 1, wraz z opinią Okręgowej Komisji Wyborczej. Zobowiązuje się przewodniczącą Okręgowej Komisji Wyborczej do niezwłocznego wykonania niniejszej uchwały.

§ 2

Uchwała 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.

§ 3

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Sekretarz
 Okręgowej Komisji Wyborczej
 Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie
 lek. Jacek Sowiński

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

Wybory na OZL X kadencji z rekordową frekwencją w naszej izbie!

To wielki sukces OIL w Warszawie. W głosowaniu w wyborach delegatów na OZL X kadencji wzięła udział rekordowa liczba członków – średnia w rejonach, w których przeprowadzono głosowania, wynosiła ponad 26 proc.!

ALEKSANDRA SOKALSKA

Ostatnie głosowanie w wyborach delegatów na Okręgowy Zjazd Lekarzy X kadencji 2026–2030 OIL w Warszawie odbyło się 24 października. Jeszcze w trakcie wyborów prezentowaliśmy w magazynie „Puls” krótkie wyborcze podsumowanie – stan na 10 października. Już wtedy frekwencja wynosiła 21,63 proc., co oznaczało, że wybory zakończą się na I turze.

Ostateczna frekwencja wyborcza w odniesieniu do wszystkich uprawnionych wyniosła 22,93 proc. Co więcej, średnia frekwencja w rejonach, w których przeprowadzono głosowania (w 23 głosowania nie odbyły się z uwagi na brak zgłoszeń kandydatów), wyniosła aż 26,14 proc.!

SIŁA GŁOSOWANIA ELEKTRONICZNEGO

W obecnych wyborach po raz pierwszy w historii samorządu lekarskiego można było zagłosować nie tylko korespondencyjnie lub osobiście, ale także elektronicznie. System został tak opracowany, by głosowanie było intuicyjne, ale ponieważ było nowością, przygotowano instrukcje, które znalazły się na stronie izby w zakładce „Wybory”.

Jak się okazuje, odpowiednie wskazówki, intuicyjność systemu, a przede wszystkim wygoda używania sprawiły, że właśnie ta nowa forma głosowania cieszyła się największą popularnością. Elektronicznie głosowało aż 6085 lekarzy. Dla porównania – z głosowania korespondencyjnego skorzystało 2301 uprawnionych, a z osobistego – już tylko 11.

TRANSPARENTNIE I NA BIEŻĄCO

Przez cały czas trwania wyborów członkowie OIL w Warszawie byli na bieżąco informowani o wyborczych krokach i samym głosowaniu. Służyła temu wyborcza zakładka (w serwisie OIL i naszym magazynie), która odmierzała czas poszczególnych etapów, informowała o ważnych terminach, a także – dzięki czytelnym instrukcjom – pomagała skorzystać z głosowania elektronicznego. Członkowie naszej izby mogli też poznać sylwetki poszczególnych kandydatów na delegatów, co wyróżnia nas na tle innych izb, a przede wszystkim pomagało dokonać przemyślanej decyzji. Wreszcie każdy lekarz i lekarz dentysta OIL w Warszawie mógł codziennie śledzić frekwencję wyborczą.

Dzięki temu wybory były transparentne, a członkowie OIL w Warszawie dobrze poinformowani na temat ich przebiegu.

LISTA DELEGATÓW

Pora poznać wyniki. Wymagane kworum wyborcze (czyli 20 proc.) uzyskano w 128 rejonach. Wybrano 273 delegatów, w tym 209 lekarzy i 64 lekarzy dentystów. A jak prezentuje się szczegółowa lista wybranych delegatów? Całe obwieszczenie OKW o wynikach publikujemy obok, można je także znaleźć w serwisie OIL oraz na stronie BiP.

NAJWAŻNIEJSZY ZJAZD

13–15 marca 2026 r. odbędzie się pierwszy zjazd nowo wybranych delegatów. To najważniejszy zjazd, który zawsze odbywa się stacjonarnie. Ma charak-

ter sprawozdawczo-wyborczy, a w jego trakcie wybierane są władze samorządu. – *Właśnie na tym zjeździe delegat oddaje swój głos na konkretnego kandydata na prezesa i wybiera nowe władze, tym samym kształtując samorząd na cztery kolejne lata. To ogromna moc sprawcza* – podkreśla Mery Topolska-Kotulecka. Czekamy zatem na jego wyniki, a relację ze zjazdu zamieścimy w kwietniowym wydaniu naszego magazynu. ●



WSZYSTKO W RĘKACH DELEGATÓW

Delegaci na OZL mają dużą siłę:

- wybierają prezesa ORL, okręgowego rzecznika odpowiedzialności zawodowej i jego zastępców, członków: Okręgowej Rady Lekarskiej, Okręgowej Komisji Wyborczej, Okręgowej Komisji Rewizyjnej, Okręgowego Sądu Lekarskiego, a także delegatów na Krajowy Zjazd Lekarzy,
- mają wpływ na funkcjonowanie samorządu lekarskiego,
- reprezentują środowisko medyczne na zewnątrz,
- współtworzą regulacje, które mogą poprawiać warunki pracy lekarzy,
- biorą udział w inicjatywach, które wpływają na rozwój zawodowy całego środowiska.

OBWIESZCZENIE NR 8/OKW-IX/25
OKRĘGOWEJ KOMISJI WYBORCZEJ OKRĘGOWEJ IZBY LEKARSKIEJ W WARSZAWIE
Z 27 PAŹDZIERNIKA 2025 R.
o wynikach wyborów delegatów na Okręgowy Zjazd Lekarzy Okręgowej Izby Lekarskiej
w Warszawie X kadencji 2026–2030

Na podstawie art. 33 ust. 1 ustawy z 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (t.j. Dz.U. z 2021 r., poz. 1342 ze zm.) § 42 ust. 1 regulaminu wyborów do organów i w organach izb lekarskich oraz trybu odwołania członków tych organów, będącego załącznikiem do uchwały nr 2 XVI Nadzwyczajnego Krajowego

Zjazdu Lekarzy z 17 maja 2024 r. w sprawie przyjęcia regulaminu wyborów, oraz uchwały nr 26/OKW-IX/25 Okręgowej Komisji Wyborczej Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie z 29 października 2025 r. w sprawie ogłoszenia wyników wyborów delegatów na Okręgowy Zjazd Lekarzy Okręgowej Izby Lekarskiej w War-

szawie X kadencji 2026–2030 Okręgowa Komisja Wyborcza Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie ogłasza wyniki wyborów delegatów na Okręgowy Zjazd Lekarzy X kadencji Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie przeprowadzonych w dniach 28 lipca – 24 października 2025 r.

CZĘŚĆ I – DANE ZBIORCZE

1. Wybory przeprowadziła Okręgowa Komisja Wyborcza Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie im. Jana Nielubowicza przy pomocy komisji skrutacyjnych powołanych uchwałą nr 19/OKW-IX/25 z 4 września 2025 r. w sprawie powołania komisji skrutacyjnych rejonów wyborczych w wyborach delegatów na Okręgowy Zjazd Lekarzy Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie na X kadencję 2026—2030. Głosowania przeprowadzono w 161 rejonach wyborczych, w których zarejestrowano 399 kandydatów. W 23 rejonach głosowania nie odbyły się z uwagi na brak zgłoszeń kandydatów.
2. W wyborach udział wzięło 8397 uprawnionych spośród 36 616. W trybie głosowania elektronicznego głosowało 6085 uprawnionych, w trybie głosowania korespondencyjnego 2301 uprawnionych, w trybie głosowania osobistego 11 uprawnionych.
3. Frekwencja wyborcza w odniesieniu do wszystkich uprawnionych wyniosła 22,93 proc.
4. Średnia frekwencja w rejonach, w których przeprowadzono głosowania, wyniosła 26,14 proc.
5. Wymagane kworum wyborcze, tj. 20 proc., uzyskano w 128 rejonach wyborczych.
6. Wybrano 273 delegatów, z czego 209 lekarzy i 64 lekarzy dentyści.

CZĘŚĆ II – DANE SZCZEGÓŁOWE

ROZDZIAŁ 1. WYNIKI WYBORÓW W REJONACH WYBORCZYCH, W KTÓRYCH SPEŁNIONO WYMÓG KWORUM WYBORCZEGO

W rejonie K10/001 Szpital Czerniakowski
uzyskano frekwencję 24,26 proc. i wybrano delegatów:
Patrik Kiljan – 43 głosy
Maciej Majdowski – 30 głosów
Kamil Wrzosek – 37 głosów

W rejonie K10/002 Szpital ginekologiczny św. Rodziny
uzyskano frekwencję 30,60 proc. i wybrano delegatów:
Magdalena Rajpert – 56 głosów

W rejonie K10/005 Szpital Barska
uzyskano frekwencję 23,91 proc. i wybrano delegatów:
Michał Stępka – 42 głosy

W rejonie K10/006 Szpitale położnicze Inflancka + Żelazna
uzyskano frekwencję 32,94 proc. i wybrano delegatów:
Krzysztof Herman – 74 głosy
Łukasz Lewczuk – 60 głosów
Kamil Mierzejewski – 64 głosy

W rejonie K10/008 Szpital Grochowski
uzyskano frekwencję 20,69 proc. i wybrano delegatów:
Joanna Grabska – 34 głosy
Zofia Skłucka – 23 głosy

W rejonie K10/009 Szpital Niekańska + RCKiK Saska
uzyskano frekwencję 35,42 proc. i wybrano delegatów:
Jan Kowalczyk – 58 głosów
Michał Pogorzelski – 47 głosów
Pozostali kandydaci tego rejonu
uzyskali następujące liczby głosów i nie zostali wybrani:
Małgorzata Stachurska-Turoś – 6 głosów

W rejonie K10/012 Szpital Bródnowski (A)
uzyskano frekwencję 24,32 proc. i wybrano delegatów:
Szymon Bębenek – 51 głosów
Natalia Zyśk – 23 głosy

W rejonie K10/013 Szpital Bródnowski (B)
uzyskano frekwencję 22,43 proc. i wybrano delegatów:
Robert Jopowicz – 35 głosów
Beata Miłowska-Pego – 29 głosów

W rejonie K10/014 Szpital Bródnowski (C)
uzyskano frekwencję 34,47 proc. i wybrano delegatów:
Jagna Odolska – 70 głosów
Agnieszka Serwan-Hałabuz – 35 głosów
Justyna Smaga – 58 głosów
Pozostali kandydaci tego rejonu
uzyskali następujące liczby głosów i nie zostali wybrani:
Stanisław Szlufik – 26 głosów
Aleksandra Szymankiewicz – 12 głosów

W rejonie K10/016 Szpital Praski**uzyskano frekwencję 26,47 proc. i wybrano delegatów:**

Marek Braszko – 29 głosów
 Monika Drobniak – 40 głosów
 Artur Stefanowicz – 39 głosów
 Pozostali kandydaci tego rejonu uzyskali
 następujące liczby głosów i nie zostali wybrani:
 Marcin Grodzki – 23 głosów

W rejonie K10/017 Szpital Południowy**uzyskano frekwencję 26,89 proc. i wybrano delegatów:**

Dawid Kacprzyk – 28 głosów
 Agata Kusz-Rynkun – 40 głosów
 Damian Warzecha – 39 głosów

W rejonie K10/018 Lekarze stażyści (E)**uzyskano frekwencję 28,85 proc. i wybrano delegatów:**

Wiktor Możarowski – 52 głosy
 Zofia Śliwa – 30 głosów

W rejonie K10/019 Wojewódzki Szpital Zakaźny**uzyskano frekwencję 33,16 proc. i wybrano delegatów:**

Carlo Bienkowski – 43 głosy
 Maria Dobrowolska – 53 głosy

W rejonie K10/020 Szpital Wolski**uzyskano frekwencję 24,89 proc. i wybrano delegatów:**

Arkadiusz Ciupak – 33 głosy
 Andrzej Płoński – 33 głosy
 Agnieszka Skoczylas – 35 głosów

W rejonie K10/023 Szpital Bielański (A)**uzyskano frekwencję 24,44 proc. i wybrano delegatów:**

Grażyna Makowska – 28 głosów
 Piotr Matyja – 23 głosy
 Pozostali kandydaci tego rejonu
 uzyskali następujące liczby głosów i nie zostali wybrani:
 Adam Górski – 19 głosów
 Mariusz Grudniak – 10 głosów
 Jakub Stępień – 5 głosów

W rejonie K10/024 Szpital Bielański (B)**uzyskano frekwencję 22,58 proc. i wybrano delegatów:**

Robert Jędra – 26 głosów
 Marta Sobczyńska – 27 głosów
 Pozostali kandydaci tego rejonu
 uzyskali następujące liczby głosów i nie zostali wybrani:
 Feliks Orchowski – 8 głosów

W rejonie K10/025 Szpital Bielański (C)**uzyskano frekwencję 30,00 proc. i wybrano delegatów:**

Aleksandra Saletra-Bielińska – 29 głosów
 Urszula Zaniewska-Chłopik – 43 głosy

W rejonie K10/027 Attis**uzyskano frekwencję 22,11 proc. i wybrano delegatów:**

Anita Gębska-Kuczerowska – 40 głosów

W rejonie K10/029 Szpital Nowowiejski**+ przychodnie psychiatryczne****uzyskano frekwencję 42,75 proc. i wybrano delegatów:**

Magdalena Flaga-Łuczkiewicz – 62 głosy
 Aleksandra Krasowska – 73 głosy
 Marcin Piotrowski – 60 głosów
 Pozostali kandydaci tego rejonu uzyskali
 następujące liczby głosów i nie zostali wybrani:
 Michał Feldman – 36 głosów
 Wojciech Lubiński – 18 głosów

W rejonie K10/030 ZUS + Min. Zdrowia + NFZ**+ Min. Sprawiedliwości****uzyskano frekwencję 28,33 proc. i wybrano delegatów:**

Dariusz Lachman – 25 głosów
 Piotr Winciunas – 39 głosów

W rejonie K10/031 CSK Banacha (A)**uzyskano frekwencję 28,81 proc. i wybrano delegatów:**

Jarosław Biliński – 46 głosów
 Rafał Machowicz – 39 głosów
 Kaja Pulik – 33 głosy
 Pozostali kandydaci tego rejonu uzyskali
 następujące liczby głosów i nie zostali wybrani:
 Patrycja Matczuk – 25 głosów

W rejonie K10/032 CSK Banacha (B)**uzyskano frekwencję 45,22 proc. i wybrano delegatów:**

Krzysztof Ozierański – 61 głosów
 Janusz Pachucki – 58 głosów
 Agata Tymińska – 59 głosów
 Pozostali kandydaci tego rejonu
 uzyskali następujące liczby głosów i nie zostali wybrani:
 Joanna Hubska – 40 głosów
 Anna Jagielska – 25 głosów
 Tomasz Kawenka – 6 głosów
 Stanisław Zgliczyński – 42 głosy

W rejonie K10/033 CSK Banacha (C)**uzyskano frekwencję 29,81 proc. i wybrano delegatów:**

Renata Kielmas – 43 głosy
 Jakub Rokicki – 33 głosy
 Pozostali kandydaci tego rejonu
 uzyskali następujące liczby głosów i nie zostali wybrani:
 Agnieszka Sawicka – 22 głosy

W rejonie K10/034 CSK Banacha (D)**uzyskano frekwencję 21,47 proc. i wybrano delegatów:**

Paulina Kołodziejczyk – 27 głosów
 Longin Niemczyk – 19 głosów
 Pozostali kandydaci tego rejonu
 uzyskali następujące liczby głosów i nie zostali wybrani:
 Karolina Mitrzak – 17 głosów

W rejonie K10/035 Szpital Dzieciątka Jezus (A)**uzyskano frekwencję 32,91 proc. i wybrano delegatów:**

Łukasz Jankowski – 65 głosów
 Natalia Mikołajczyk-Korniak – 64 głosy
 Olga Tronina – 66 głosów

W rejonie K10/036 Szpital Dzieciątka Jezus (B)**uzyskano frekwencję 27,78 proc. i wybrano delegatów:**

Kinga Czarnecka – 38 głosów
 Krzysztof Jankowski – 55 głosów
 Dorota Miszewska-Szyszkowska – 42 głosy

**W rejonie K10/037 Szpital Dzieciątka Jezus (C) + UCZKiN
uzyskano frekwencję 25,26 proc. i wybrano delegatów:**

Zuzanna Rymarczyk – 27 głosów
Judyta Samul-Jastrzębska – 34 głosy
Pozostali kandydaci tego rejonu
uzyskali następujące liczby głosów i nie zostali wybrani:
Katarzyna Jastrzębska – 17 głosów

**W rejonie K10/038 Szpital im. Anny Mazowieckiej na Karowej
uzyskano frekwencję 30,34 proc. i wybrano delegatów:**

Artur Drobniak – 57 głosów
Karolina Gutkowska – 47 głosów
Piotr Świderczak – 55 głosów

**W rejonie K10/039 Dziecięcy Szpital Kliniczny WUM (A)
uzyskano frekwencję 32,21 proc. i wybrano delegatów:**

Natalia Bilińska – 46 głosów
Ewa Pustelnik – 35 głosów
Pozostali kandydaci tego rejonu
uzyskali następujące liczby głosów i nie zostali wybrani:
Łukasz Samoliński – 28 głosów

**W rejonie K10/040 Dziecięcy Szpital Kliniczny WUM (B)
uzyskano frekwencję 31,60 proc. i wybrano delegatów:**

Robert Franczyk – 32 głosy
Marcin Sanocki – 65 głosów

**W rejonie K10/041 Centrum Opieki Medycznej Kopernik
uzyskano frekwencję 23,40 proc. i wybrano delegatów:**

Agnieszka Dobrzyńska-Mastalerz – 37 głosów
Grzegorz Gut – 26 głosów
Olga Samolińska – 28 głosów
Pozostali kandydaci tego rejonu
uzyskali następujące liczby głosów i nie zostali wybrani:
Łukasz Perski – 19 głosów

**W rejonie K10/042 Szpital okulistyczny WUM
i inne szpitale okulistyczne w Warszawie
uzyskano frekwencję 25,74 proc. i wybrano delegatów:**

Anna Ambroziak – 46 głosów
Marcin Andrzejczak – 23 głosy

**W rejonie K10/043 Grupa LuxMed
uzyskano frekwencję 31,49 proc. i wybrano delegatów:**

Jarosław Góra – 44 głosy
Patryk Lipiński – 30 głosów
Konrad Patena – 29 głosów
Pozostali kandydaci tego rejonu
uzyskali następujące liczby głosów i nie zostali wybrani:
Magdalena Kosiorek – 18 głosów
Dariusz Rusak – 22 głosy
Tomasz Skajster – 6 głosów
Yelyzaveta Somkina – 11 głosów

**W rejonie K10/044 Szpital im. Orłowskiego (A)
uzyskano frekwencję 23,28 proc. i wybrano delegatów:**

Damian Kuleta – 24 głosy
Maciej Oszczudłowski – 30 głosów

**W rejonie K10/045 Szpital im. Orłowskiego (B)
uzyskano frekwencję 22,49 proc. i wybrano delegatów:**

Marek Gołębiowski – 16 głosów
Magdalena Kowalska – 34 głosy

**W rejonie K10/048 Centrum Onkologii Ursynów (A)
uzyskano frekwencję 23,96 proc. i wybrano delegatów:**

Irmina Morawska – 31 głosów
Oleg Nowak – 29 głosów

**W rejonie K10/050 Centrum Zdrowia Dziecka (A)
uzyskano frekwencję 32,27 proc. i wybrano delegatów:**

Julita Latka-Grot – 63 głosy
Damian Patecki – 43 głosy
Anna Szarla – 37 głosów

**W rejonie K10/051 Centrum Zdrowia Dziecka (B)
uzyskano frekwencję 28,45 proc. i wybrano delegatów:**

Irena Jankowska – 35 głosów
Małgorzata Podymniak-Grzeszykowska – 43 głosy
Pozostali kandydaci tego rejonu
uzyskali następujące liczby głosów i nie zostali wybrani:
Beata Lech – 11 głosów
Dorota Sowińska – 25 głosów

**W rejonie K10/052 Instytut Matki i Dziecka
uzyskano frekwencję 26,92 proc. i wybrano delegatów:**

Marzena Jurczak-Czaplicka – 42 głosy
Alicja Karney – 45 głosów
Tomasz Maciejewski – 38 głosów
Pozostali kandydaci tego rejonu uzyskali następujące liczby
głosów i nie zostali wybrani:
Klaudia Gutowska – 13 głosów

**W rejonie K10/053 Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc
uzyskano frekwencję 39,26 proc. i wybrano delegatów:**

Wojciech Grabczan – 45 głosów
Marzena Mierzejewska – 37 głosów
Pozostali kandydaci tego rejonu
uzyskali następujące liczby głosów i nie zostali wybrani:
Judyta Róg – 19 głosów
Ewa Rzadkiewicz – 15 głosów

**W rejonie K10/054 Instytut Kardiologii
+ lekarze Anina (A)
uzyskano frekwencję 22,22 proc. i wybrano delegatów:**

Łucja Gadomska vel Betka – 22 głosy
Tomasz Zieliński – 37 głosów

**W rejonie K10/055 Instytut Kardiologii
+ lekarze Anina (B)
uzyskano frekwencję 27,08 proc. i wybrano delegatów:**

Małgorzata Łodyga – 54 głosy
Zuzanna Wojdyńska – 38 głosów
Rafał Wolny – 49 głosów
Pozostali kandydaci tego rejonu
uzyskali następujące liczby głosów i nie zostali wybrani:
Igor Hawryluk – 4 głosy

**W rejonie K10/056 Instytut Psychiatrii i Neurologii (A)
uzyskano frekwencję 28,71 proc. i wybrano delegatów:**

Maria Jankowska – 25 głosów
Agnieszka Kraśniej-Dębkowska – 52 głosy

**W rejonie K10/057 Instytut Psychiatrii i Neurologii (B)
uzyskano frekwencję 26,34 proc. i wybrano delegatów:**

Patrycja Pajor – 18 głosów
Justyna Sędek – 43 głosy
Pozostali kandydaci tego rejonu
uzyskali następujące liczby głosów i nie zostali wybrani:
Michał Kurek – 11 głosów

**W rejonie K10/058 Narodowy Instytut Geriatrii, Reumatologii
i Rehabilitacji uzyskano frekwencję 31,98 proc.
i wybrano delegatów:**

Barbara Dobies-Krześniak – 38 głosów
Kalina Wiśniewska-Kiljan – 28 głosów – wybór na skutek
losowania z 14 października 2025 r., przeprowadzonego
przez OKW na podstawie § 15 regulaminu wyborów
Jakub Wroński – 50 głosów
Pozostali kandydaci tego rejonu
uzyskali następujące liczby głosów i nie zostali wybrani:
Justyna Frasuńska – 28 głosów – brak wyboru na skutek
losowania z 14 października 2025 r., przeprowadzonego przez
OKW na podstawie § 15 regulaminu wyborów
Matylda Krzysiak – 15 głosów

**W rejonie K10/059 Międzyzleski Szpital Specjalistyczny (A)
uzyskano frekwencję 38,36 proc. i wybrano delegatów:**

Elżbieta Felicjańczyk – 42 głosy
Jędrzej Skorupka – 41 głosów
Pozostali kandydaci tego rejonu
uzyskali następujące liczby głosów i nie zostali wybrani:
Katarzyna Kwiatkowska – 15 głosów
Karol Taradaj – 29 głosów

**W rejonie K10/060 Międzyzleski Szpital Specjalistyczny (B)
uzyskano frekwencję 32,57 proc. i wybrano delegatów:**

Arkadiusz Bogucki – 30 głosów
Maja Herman – 27 głosów
Pozostali kandydaci tego rejonu
uzyskali następujące liczby głosów i nie zostali wybrani:
Karol Momot – 25 głosów

**W rejonie K10/061 Szpital Szaserów (A)
uzyskano frekwencję 27,87 proc. i wybrano delegatów:**

Mateusz Gutowski – 34 głosy
Stanisław Niemczyk – 32 głosy
Pozostali kandydaci tego rejonu
uzyskali następujące liczby głosów i nie zostali wybrani:
Małgorzata Chlebicka – 12 głosów

**W rejonie K10/062 Szpital Szaserów (B)
uzyskano frekwencję 23,50 proc. i wybrano delegatów:**

Piotr Kowalewski – 44 głosy
Karol Pniewski – 20 głosów

**W rejonie K10/063 CePeLeK + przychodnie WAT + MON + WIML
uzyskano frekwencję 31,91 proc. i wybrano delegatów:**

Paweł Doczekalski – 54 głosy
Paweł Jędrzejczyk – 38 głosów
Katarzyna Zakrzewska – 35 głosów
Pozostali kandydaci tego rejonu
uzyskali następujące liczby głosów i nie zostali wybrani:
Anna Sobowska-Strzeszkowska – 15 głosów

**W rejonie K10/064 Szpital MSWiA (A)
uzyskano frekwencję 40,33 proc. i wybrano delegatów:**

Michał Matuszewski – 68 głosów
Antoni Okniński – 56 głosów
Łukasz Szpinda – 57 głosów
Pozostali kandydaci tego rejonu
uzyskali następujące liczby głosów i nie zostali wybrani:
Joanna Król – 20 głosów

**W rejonie K10/065 Szpital MSWiA (B)
uzyskano frekwencję 27,47 proc. i wybrano delegatów:**

Michał Hampel – 41 głosów
Rafał Sawicki – 29 głosów
Dawid Siemieniuk – 25 głosów
Pozostali kandydaci tego rejonu
uzyskali następujące liczby głosów i nie zostali wybrani:
Łukasz Krawiec – 24 głosy

**W rejonie K10/066 Szpital MSWiA (C)
uzyskano frekwencję 27,23 proc. i wybrano delegatów:**

Mariusz Borkowski – 27 głosów
Michał Farkowski – 37 głosów
Piotr Korczyński – 41 głosów

**W rejonie K10/068 Lekarze Warszawa-Bemowo + Włochy
uzyskano frekwencję 28,57 proc. i wybrano delegatów:**

Mateusz Kaczmarczyk – 22 głosy
Krzysztof Makuch – 49 głosów
Michał Targowski – 25 głosów
Pozostali kandydaci tego rejonu
uzyskali następujące liczby głosów i nie zostali wybrani:
Leszek Huzior – 16 głosów

**W rejonie K10/069 Lekarze OIL w Warszawie (A) uzyskano
frekwencję 27,90 proc. i wybrano delegatów:**

Wanda Gajzlerska-Majewska – 32 głosy
Magdalena Iżycka – 41 głosów
Joanna Knap-Stępień – 36 głosów
Pozostali kandydaci tego rejonu
uzyskali następujące liczby głosów i nie zostali wybrani:
Damian Łasocha – 15 głosów
Joanna Roman – 13 głosów

**W rejonie K10/070 Lekarze OIL w Warszawie (B)
uzyskano frekwencję 27,68 proc. i wybrano delegatów:**

Magdalena Krajewska – 40 głosów
Małgorzata Warszawska-Socha – 51 głosów
Pozostali kandydaci tego rejonu
uzyskali następujące liczby głosów i nie zostali wybrani:
Kaja Cegielka – 9 głosów

**W rejonie K10/071 Lekarze OIL w Warszawie (C)
uzyskano frekwencję 21,92 proc. i wybrano delegatów:**

Hanna Odziemska – 45 głosów

**W rejonie K10/072 Lekarze OIL w Warszawie (D)
uzyskano frekwencję 25,00 proc. i wybrano delegatów:**

Zuzanna Gaca – 55 głosów

**W rejonie K10/080 Lekarze OIL w Warszawie (L)
uzyskano frekwencję 33,76 proc. i wybrano delegatów:**

Dorota Bębenek – 48 głosów
Anna Kalina-Dworecka – 44 głosy
Anna Trojnar – 37 głosów
Pozostali kandydaci tego rejonu
uzyskali następujące liczby głosów i nie zostali wybrani:
Ewa Kusto – 24 głosy
Michalina Nowak – 18 głosów

W rejonie K10/081 Lekarze OIL w Warszawie (M)
uzyskano frekwencję 32,63 proc. i wybrano delegatów:
Katarzyna Czaplicka – 44 głosy
Maria Kłosińska – 70 głosów
Marta Moczydłowska – 40 głosów
Pozostali kandydaci tego rejonu
uzyskali następujące liczby głosów i nie zostali wybrani:
Anna Jedlak-Sabak – 14 głosów
Joanna Seliga-Siwecka – 11 głosów

W rejonie K10/083 Lekarze OIL w Warszawie (O)
uzyskano frekwencję 29,53 proc. i wybrano delegatów:
Olga Kluka – 47 głosów
Paulina Prus-Szyja – 44 głosy
Inga Włodarczyk-Pruszyńska – 48 głosów
Pozostali kandydaci tego rejonu
uzyskali następujące liczby głosów i nie zostali wybrani:
Marta Jaruchowska – 17 głosów

W rejonie K10/087 Lekarze Warszawa-Wawer + Wesoła
uzyskano frekwencję 23,65 proc. i wybrano delegatów:
Łukasz Kłodziński – 45 głosów
Ewa Szymczyk – 27 głosów
Małgorzata Terlecka-Maciejewska – 22 głosy

W rejonie K10/089 CM Carolina + lekarze med. sportowej
uzyskano frekwencję 24,20 proc. i wybrano delegatów:
Krystyna Anioł-Strzyżewska – 36 głosów
Hubert Krysztofiak – 28 głosów
Pozostali kandydaci tego rejonu
uzyskali następujące liczby głosów i nie zostali wybrani:
Adam Sikorski – 14 głosów

W rejonie K10/091 Lekarze stażyści (A)
uzyskano frekwencję 36,21 proc. i wybrano delegatów:
Aleksandra Krygowska – 53 głosy
Marcin Matuszewski – 42 głosy

W rejonie K10/092 Lekarze stażyści (B)
uzyskano frekwencję 45,28 proc. i wybrano delegatów:
Anna Krawczyk – 71 głosów
Anna Wojtkiewicz – 49 głosów
Pozostali kandydaci tego rejonu
uzyskali następujące liczby głosów i nie zostali wybrani:
Jan Mateńko – 15 głosów

W rejonie K10/093 Lekarze stażyści (C)
uzyskano frekwencję 29,50 proc. i wybrano delegatów:
Agnieszka Grobelczyk – 56 głosów

W rejonie K10/094 Lekarze stażyści (D)
uzyskano frekwencję 33,15 proc. i wybrano delegatów:
Bartosz Omasta – 54 głosy

W rejonie K10/100 Lekarze Konstancina-Jeziorny
(STOCER, CKR, uzdrowisko, gmina Konstancin)
uzyskano frekwencję 26,21 proc. i wybrano delegatów:
Klara Czubak-Adamus – 42 głosy
Jacek Sowiński – 48 głosów

W rejonie K10/101 Lekarze powiatu płońskiego
uzyskano frekwencję 25,41 proc. i wybrano delegatów:
Adam Bojakowski – 23 głosy
Michał Gontkiewicz – 43 głosy

W rejonie K10/102 Lekarze Otwocka (A)
uzyskano frekwencję 34,15 proc. i wybrano delegatów:
Katarzyna Białecka – 30 głosów
Jan Sznneider – 33 głosy
Pozostali kandydaci tego rejonu
uzyskali następujące liczby głosów i nie zostali wybrani:
Marcin Maciejewski – 25 głosów
Marcin Wąsowski – 9 głosów

W rejonie K10/104 Lekarze Otwocka (C)
uzyskano frekwencję 26,72 proc. i wybrano delegatów:
Łukasz Paluch – 27 głosów
Jakub Zakrzewski – 48 głosów
Pozostali kandydaci tego rejonu
uzyskali następujące liczby głosów i nie zostali wybrani:
Arkadiusz Burbicki – 20 głosów

W rejonie K10/106 Lekarze Wołomina (A)
uzyskano frekwencję 29,74 proc. i wybrano delegatów:
Radosław Grochowski – 20 głosów
Ryszard Stańczak – 41 głosów
Pozostali kandydaci tego rejonu
uzyskali następujące liczby głosów i nie zostali wybrani:
Jarosław Kopko – 17 głosów

W rejonie K10/108 Lekarze Nowego Dworu Mazowieckiego
uzyskano frekwencję 22,42 proc. i wybrano delegatów:
Piotr Jankowski – 20 głosów
Aleksandra Jarecka-Dobroń – 27 głosów
Pozostali kandydaci tego rejonu
uzyskali następujące liczby głosów i nie zostali wybrani:
Cyprian Skłucki – 9 głosów

W rejonie K10/109 Lekarze powiatu piaseczyńskiego (A)
uzyskano frekwencję 24,50 proc. i wybrano delegatów:
Michał Kozaczuk – 30 głosów
Szymon Piątek – 21 głosów

W rejonie K10/110 Lekarze powiatu piaseczyńskiego (B)
uzyskano frekwencję 24,18 proc. i wybrano delegatów:
Jan Lewandowski – 20 głosów
Ewa Zbucka – 25 głosów
Pozostali kandydaci tego rejonu
uzyskali następujące liczby głosów i nie zostali wybrani:
Anna Żyło – 13 głosów

W rejonie K10/111 Lekarze powiatu pruszkowskiego (A)
uzyskano frekwencję 25,39 proc. i wybrano delegatów:
Magdalena Dutsch-Wicherek – 29 głosów
Robert Madejek – 32 głosy

Pozostali kandydaci tego rejonu
uzyskali następujące liczby głosów i nie zostali wybrani:
Bartłomiej Bauer – 9 głosów
Karolina Makowska – 13 głosów
Joanna Płońska – 7 głosów

W rejonie K10/112 Lekarze powiatu pruszkowskiego (B)
uzyskano frekwencję 25,41 proc. i wybrano delegatów:
Mikołaj Mikulski – 24 głosy
Kajetan Winiecki – 17 głosów
Pozostali kandydaci tego rejonu
uzyskali następujące liczby głosów i nie zostali wybrani:
Piotr Kudłacz – 9 głosów
Olga Płaza – 16 głosów
Joanna Szarejko – 16 głosów

W rejonie K10/113 Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu
uzyskano frekwencję 26,72 proc. i wybrano delegatów:
Henryk Skarżyński – 44 głosy
Piotr Skarżyński – 51 głosów

W rejonie K10/114 Szpital Zachodni
+ lekarze powiatu grodziskiego (A)
uzyskano frekwencję 32,75 proc. i wybrano delegatów:
Michał Deja – 38 głosów
Małgorzata Osiadacz – 38 głosów

W rejonie K10/115 Szpital Zachodni
+ lekarze powiatu grodziskiego (B)
uzyskano frekwencję 26,71 proc. i wybrano delegatów:
Rafał Paluch – 19 głosów
Marek Stopiński – 35 głosów

W rejonie K10/120 Lekarze powiatu pułtuskiego
uzyskano frekwencję 25,16 proc. i wybrano delegatów:
Norbert Górski – 9 głosów
Łukasz Michalczyk – 33 głosy

W rejonie K10/121 Lekarze Ostrołęki i powiatu ostrołęckiego
(A) uzyskano frekwencję 32,07 proc. i wybrano delegatów:
Adam Świercz – 63 głosy
Monika Twardziak-Romanowska – 54 głosy

W rejonie K10/123 Lekarze powiatów przasnyskiego
i makowskiego uzyskano frekwencję 27,06 proc.
i wybrano delegatów:
Ewa Gałęcka – 45 głosów

W rejonie K10/124 Lekarze powiatu wyszkowskiego
uzyskano frekwencję 39,66 proc. i wybrano delegatów:
Patrik Groszyk – 46 głosów
Ewa Romanowicz – 30 głosów
Pozostali kandydaci tego rejonu
uzyskali następujące liczby głosów i nie zostali wybrani:
Waldemar Chelstowski – 29 głosów
Tomasz Sasinowski – 15 głosów

W rejonie K10/130 Lekarze powiatu garwolińskiego
uzyskano frekwencję 26,80 proc. i wybrano delegatów:
Andrzej Pyc – 28 głosów
Michał Rudziński – 32 głosy

W rejonie K10/131 Lekarze powiatów węgrowskiego
i sokołowskiego uzyskano frekwencję 34,81 proc.
i wybrano delegatów:
Kamil Mytkowski – 55 głosów
Viktoria Sulima-Murawska – 21 głosów

W rejonie K10/132 Lekarze Radomia (A)
uzyskano frekwencję 28,16 proc. i wybrano delegatów:
Piotr Kluska – 41 głosów
Kacper Stolarek – 16 głosów

W rejonie K10/133 Lekarze Radomia (B)
uzyskano frekwencję 30,86 proc. i wybrano delegatów:
Krzysztof Batycki – 29 głosów
Paulina Ulatowska – 43 głosy

W rejonie K10/134 Lekarze Radomia (C)
uzyskano frekwencję 27,68 proc. i wybrano delegatów:
Dariusz Buczyński – 27 głosów
Paweł Wdówik – 31 głosów

W rejonie K10/135 Lekarze Radomia (D)
uzyskano frekwencję 24,86 proc. i wybrano delegatów:
Paweł Cholewiński – 27 głosów
Katarzyna Wyłuda – 28 głosów

W rejonie K10/136 Lekarze Radomia (E)
uzyskano frekwencję 38,74 proc. i wybrano delegatów:
Krzysztof Kanecki – 25 głosów
Karol Stępniewski – 66 głosów

W rejonie K10/137 Lekarze powiatów grójeckiego
i białobrzeskiego uzyskano frekwencję 25,26 proc.
i wybrano delegatów:
Andrzej Niemirski – 46 głosów

W rejonie K10/138 Lekarze RCO, Szp. Psychiatrycznego
w Radomiu i powiatów przysuskiego i szydłowieckiego
uzyskano frekwencję 28,65 proc. i wybrano delegatów:
Adrian Lech – 22 głosy
Robert Wiraszka – 38 głosów
Pozostali kandydaci tego rejonu
uzyskali następujące liczby głosów i nie zostali wybrani:
Maciej Grabowski – 20 głosów

W rejonie K10/139 Lekarze powiatów radomskiego
i kozienickiego uzyskano frekwencję 25,35 proc.
i wybrano delegatów:
Hubert Dorosz – 25 głosów
Zygmunt Nita – 22 głosy

W rejonie K10/140 Lekarze powiatów radomskiego,
zwoleńskiego i lipskiego uzyskano frekwencję 28,72 proc.
i wybrano delegatów:
Aleksander Pieczyński – 48 głosów
Paweł Radwański – 17 głosów

W rejonie K10/141 Lekarze dentyści WUM oraz Warszawy (A)
uzyskano frekwencję 29,17 proc. i wybrano delegatów:
Alicja Aluchna – 32 głosy
Marcin Aluchna – 37 głosów

W rejonie K10/142 Lekarze dentyści WUM oraz Warszawy (B) uzyskano frekwencję 27,45 proc. i wybrano delegatów:
Wojciech Popowski – 28 głosów
Piotr Sobiech – 22 głosy
Pozostali kandydaci tego rejonu uzyskali następujące liczby głosów i nie zostali wybrani:
Katarzyna Mańka-Malara – 11 głosów

W rejonie K10/143 Lekarze dentyści MCS oraz Warszawy uzyskano frekwencję 32,47 proc. i wybrano delegatów:
Justyna Kwitkiewicz – 44 głosy
Danuta Lesak – 25 głosów

W rejonie K10/145 Lekarze dentyści LuxMed, EnelMed i Warszawy uzyskano frekwencję 21,43 proc. i wybrano delegatów:
Monika Bednarek – 32 głosy
Marcin Śmiechowicz – 37 głosów

W rejonie K10/146 Lekarze dentyści Medicover, Corten Medic, Denta Care i Warszawy uzyskano frekwencję 20,38 proc. i wybrano delegatów:
Zuzanna Paks – 24 głosy
Monika Szerszeń – 31 głosów

W rejonie K10/147 Lekarze dentyści dzielnic Warszawy – Bemowa, Ursusa i Włoch uzyskano frekwencję 29,07 proc. i wybrano delegatów:
Laura Byczkowska – 44 głosy
Marcin Gawęda – 46 głosów

W rejonie K10/149 Lekarze dentyści dzielnic Warszawy – Praga-Północ, Targówek i Białołęka uzyskano frekwencję 27,32 proc. i wybrano delegatów:
Monika Babko – 54 głosy

W rejonie K10/151 Lekarze dentyści dzielnicy Warszawa-Mokotów uzyskano frekwencję 22,47 proc. i wybrano delegatów:
Wiktoria Bolc – 40 głosów

W rejonie K10/152 Lekarze dentyści dzielnicy Warszawa-Śródmieście (A) uzyskano frekwencję 33,19 proc. i wybrano delegatów:
Anna Godzieba – 24 głosy
Zygmunt Kołodziejczyk – 37 głosów
Monika Potocka – 60 głosów
Pozostali kandydaci tego rejonu uzyskali następujące liczby głosów i nie zostali wybrani:
Natalia Gniecka – 7 głosów
Marek Rybicki – 9 głosów
Joanna Sasinowska – 15 głosów

W rejonie K10/153 Lekarze dentyści dzielnicy Warszawa-Śródmieście (B) uzyskano frekwencję 44,68 proc. i wybrano delegatów:
Maciej Michalak – 17 głosów
Dariusz Paluszek – 70 głosów
Pozostali kandydaci tego rejonu uzyskali następujące liczby głosów i nie zostali wybrani:
Jędrzej Karpisz – 15 głosów
Agata Kurkiewicz – 9 głosów

W rejonie K10/154 Lekarze dentyści dzielnicy Warszawa-Ochota uzyskano frekwencję 32,96 proc. i wybrano delegatów:
Elżbieta Małkiewicz – 51 głosów
Konrad Małkiewicz – 49 głosów

W rejonie K10/156 Lekarze dentyści dzielnic Warszawy – Wawer, Wesoła i Rembertów uzyskano frekwencję 24,29 proc. i wybrano delegatów:
Edyta Adamczyk-Kutera – 26 głosów
Anna Wieczorek – 28 głosów
Pozostali kandydaci tego rejonu uzyskali następujące liczby głosów i nie zostali wybrani:
Klaudia Masłowska – 8 głosów

W rejonie K10/158 Lekarze dentyści dzielnic Warszawy – Ursynów i Wilanów (B) uzyskano frekwencję 23,84 proc. i wybrano delegatów:
Katarzyna Kranz – 25 głosów
Bożena Sulma-Urban – 23 głosy
Pozostali kandydaci tego rejonu uzyskali następujące liczby głosów i nie zostali wybrani:
Aleksy Babko – 7 głosów

W rejonie K10/159 Lekarze dentyści Warszawy (A) uzyskano frekwencję 22,80 proc. i wybrano delegatów:
Magdalena Kacprzycka – 35 głosów
Ewa Szczur-Saal – 39 głosów

W rejonie K10/160 Lekarze dentyści Warszawy (B) uzyskano frekwencję 22,83 proc. i wybrano delegatów:
Karen Głogowska – 29 głosów
Anna Wilk – 28 głosów

W rejonie K10/161 Lekarze dentyści Warszawy (C) uzyskano frekwencję 29,29 proc. i wybrano delegatów:
Aleksandra Bryja-Nowosad – 47 głosów
Patrycja Domasiewicz – 39 głosów
Justyna Grudziąż-Sękowska – 60 głosów
Pozostali kandydaci tego rejonu uzyskali następujące liczby głosów i nie zostali wybrani:
Joanna Jakiel – 16 głosów

W rejonie K10/165 Lekarze dentyści Warszawy (G) uzyskano frekwencję 21,47 proc. i wybrano delegatów:
Maksymilian Joks – 30 głosów
Andrzej Rancewicz – 30 głosów

W rejonie K10/166 Lekarze dentyści Warszawy (H) uzyskano frekwencję 22,96 proc. i wybrano delegatów:
Katarzyna Krzeszowiak – 38 głosów
Monika Zawadzka-Skrzek – 16 głosów

W rejonie K10/169 Lekarze dentyści powiatu otwockiego uzyskano frekwencję 29,01 proc. i wybrano delegatów:
Elżbieta Latoszek-Banasiak – 25 głosów
Andrzej Siarkiewicz – 36 głosów

W rejonie K10/170 Lekarze dentyści powiatu piaseczyńskiego (A) uzyskano frekwencję 23,68 proc. i wybrano delegatów:
Emilia Miron – 30 głosów
Paweł Miron – 28 głosów

W rejonie K10/171 Lekarze dentyści powiatu piaseczyńskiego (B) uzyskano frekwencję 21,56 proc. i wybrano delegatów:

Weronika Głowska – 12 głosów
Anna Prawdzik – 29 głosów

W rejonie K10/172 Lekarze dentyści powiatu pruszkowskiego (A) uzyskano frekwencję 44,52 proc. i wybrano delegatów:

Bartłomiej Matuszak – 45 głosów
Mery Topolska-Kotulecka – 53 głosy

W rejonie K10/173 Lekarze dentyści powiatu pruszkowskiego (B) uzyskano frekwencję 25,15 proc. i wybrano delegatów:

Damian Koseski – 35 głosów
Artur Ostrowski – 13 głosów

W rejonie K10/175 Lekarze dentyści powiatów: warszawskiego zachodniego i sochaczewskiego uzyskano frekwencję 33,52 proc. i wybrano delegatów:

Grzegorz Kwitkiewicz – 26 głosów
Michał Oszwałdowski – 41 głosów
Pozostali kandydaci tego rejonu uzyskali następujące liczby głosów i nie zostali wybrani:
Dominika Domanowska – 20 głosów

W rejonie K10/176 Lekarze dentyści powiatów: ciechanowskiego, mławskiego, płońskiego, pułtuskiego i żuromińskiego uzyskano frekwencję 23,46 proc. i wybrano delegatów:

Małgorzata Drupiewska – 16 głosów
Marta Klimkowska-Misiak – 35 głosów

W rejonie K10/177 Lek. dent. Ostrołęki i powiatów: ostrołęckiego, przasnyskiego, ostrowskiego, makowskiego, wyszkowskiego uzyskano frekwencję 27,91 proc. i wybrano delegatów:

Jarosław Łojek – 43 głosy
Zuzanna Merkiewicz – 12 głosów

W rejonie K10/178 Lekarze dentyści powiatów: mińskiego i garwolińskiego uzyskano frekwencję 41,94 proc. i wybrano delegatów:

Piotr Kuchta – 65 głosów
Liliana Piwowarczyk – 61 głosów
Pozostali kandydaci tego rejonu uzyskali następujące liczby głosów i nie zostali wybrani:
Anna Zabielska – 9 głosów

W rejonie K10/179 Lekarze dentyści Siedlec i powiatów: siedleckiego, sokołowskiego i węgrowskiego uzyskano frekwencję 20,19 proc. i wybrano delegatów:

Rafał Flakowski – 40 głosów

W rejonie K10/180 Lekarze dentyści stażyści OIL w Warszawie uzyskano frekwencję 22,73 proc. i wybrano delegatów:

Aleksandra Orłowska – 49 głosów

W rejonie K10/181 Lekarze dentyści delegatury radomskiej (A) uzyskano frekwencję 29,38 proc. i wybrano delegatów:

Oskar Buczyński – 15 głosów
Agnieszka Leśniak-Trzeźniewska – 46 głosów

W rejonie K10/182 Lekarze dentyści delegatury radomskiej (B) uzyskano frekwencję 34,71 proc. i wybrano delegatów:

Maciej Podsiadło – 36 głosów
Jerzy Reymond – 50 głosów

W rejonie K10/183 Lekarze dentyści delegatury radomskiej (C) uzyskano frekwencję 24,86 proc. i wybrano delegatów:

Maksymilian Szczepk – 25 głosów
Michał Tarchała – 32 głosy

W rejonie K10/184 Lekarze dentyści delegatury radomskiej (D) uzyskano frekwencję 23,37 proc. i wybrano delegatów:

Monika Garecka-Głowacka – 37 głosów
Jadwiga Kazana – 20 głosów

ROZDZIAŁ 2. REJONY, W KTÓRYCH NIE UZYSKANO KWORUM WYBORCZEGO

W poniższych rejonach z powodu braku uzyskania wymaganego kworum wyborczego nie spełniono wymagań ważności wyborów, a zatem nie wybrano delegatów:

K10/003 Lekarze powiatu warszawskiego zachodniego (A) – frekwencja: 17,82 proc.

K10/004 Lekarze powiatu warszawskiego zachodniego (B) – frekwencja: 17,80 proc.

K10/010 Lekarze Praga-Południe (A) – frekwencja: 14,90 proc.

K10/011 Lekarze Praga-Południe (B) – frekwencja: 15,87 proc.

K10/015 Lekarze Warszawa-Targówek + Praga-Północ – frekwencja: 15,06 proc.

K10/021 Lekarze Warszawa-Wola + Śródmieście (A) – frekwencja: 16,74 proc.

K10/028 Lekarze Warszawa-Żoliborz + Bielany – frekwencja: 15,57 proc.

K10/046 CMKP Marymoncka + IMDiK PAN – frekwencja: 15,35 proc.

K10/049 Centrum Onkologii Ursynów (B) + IHiT – frekwencja: 17,17 proc.

K10/067 Szpital MSWiA (D) – frekwencja: 19,41 proc.

K10/074 Lekarze OIL w Warszawie (F) – frekwencja: 15,03 proc.

K10/075 Lekarze OIL w Warszawie (G) – frekwencja: 18,14 proc.

K10/076 Lekarze OIL w Warszawie (H) – frekwencja: 18,47 proc.

K10/077 Lekarze OIL w Warszawie (I)

– frekwencja: 18,10 proc.

K10/078 Lekarze OIL w Warszawie (J)

– frekwencja: 13,30 proc.

K10/079 Lekarze OIL w Warszawie (K)

– frekwencja: 9,41 proc.

K10/084 Dom Lekarza Seniora + Złoty Wiek

– frekwencja: 18,39 proc.

K10/085 Lekarze Warszawa-Białołęka

– frekwencja: 15,09 proc.

K10/086 Lekarze Warszawa-Praga-Południe + Rembertów

– frekwencja: 14,09 proc.

K10/088 Lekarze Warszawa-Wilanów

– frekwencja: 19,74 proc.

K10/098 Lekarze Warszawa-Ursynów (A)

– frekwencja: 14,57 proc.

K10/099 Lekarze Warszawa-Ursynów (B)

– frekwencja: 16,31 proc.

K10/105 MSO w Wieliszewie i lekarze powiatu legionowskiego

– frekwencja: 18,82 proc.

K10/107 Lekarze Wołomina (B)

– frekwencja: 18,64 proc.

K10/117 Lekarze powiatu żyrardowskiego

– frekwencja: 16,49 proc.

K10/127 Lekarze Mazowieckiego Szpitala w Siedlcach (A)

– frekwencja: 16,59 proc.

K10/144 Lekarze dentyści CePeLeK, WAT, WIML oraz Warszawy

– frekwencja: 18,07 proc.

K10/148 Lekarze dentyści dzielnicy Warszawa-Wola

– frekwencja: 16,27 proc.

K10/150 Lekarze dentyści dzielnic Warszawy – Bielany i Żoliborz

– frekwencja: 13,95 proc.

K10/157 Lekarze dentyści dzielnic Warszawy – Ursynów i Wilanów (A)

– frekwencja: 19,61 proc.

K10/163 Lekarze dentyści Warszawy (E)

– frekwencja: 10,96 proc.

K10/164 Lekarze dentyści Warszawy (F)

– frekwencja: 9,90 proc.

K10/167 Lekarze dentyści powiatów:
żyrardowskiego i grodzkiego

– frekwencja: 15,13 proc.

ROZDZIAŁ 3. REJONY, W KTÓRYCH NIE PRZEPROWADZONO GŁOSOWANIA Z UWAGI NA BRAK ZGŁOSZEN KANDYDATÓW

W poniższych rejonach wyborczych do Okręgowej Komisji Wyborczej nie wpłynęły zgłoszenia kandydatów, wobec czego w tychże rejonach nie przeprowadzono głosowań:

K10/007 Lekarze Warszawa-Ochota

K10/022 Lekarze Warszawa-Wola + Śródmieście (B)

K10/026 Sanepid + PZH + NIZP + Pogotowie

K10/047 Centrum Onkologii Wawelska

K10/073 Lekarze OIL w Warszawie (E)

K10/082 Lekarze OIL w Warszawie (N)

K10/090 SPZOZ Ursynów + Kajakowa

K10/095 Lekarze Warszawa-Mokotów (A)

K10/096 Lekarze Warszawa-Mokotów (B)

K10/097 Lekarze Warszawa-Mokotów (C)

K10/103 Lekarze Otwocka (B)

K10/116 Lekarze powiatu sochaczewskiego

K10/118 Lekarze powiatów ciechanowskiego, mławskiego i żuromińskiego (A)

K10/119 Lekarze powiatów ciechanowskiego, mławskiego i żuromińskiego (B)

K10/122 Lekarze Ostrołęki i powiatu ostrołęckiego (B)

K10/125 Lekarze powiatu ostrowskiego

K10/126 Lekarze powiatu mińskiego

K10/128 Lekarze Mazowieckiego Szpitala w Siedlcach (B)

K10/129 Lekarze Siedlec, powiatów siedleckiego i łosickiego

K10/155 Lekarze dentyści dzielnicy Warszawa-Praga-Południe

K10/162 Lekarze dentyści Warszawy (D)

K10/168 Lekarze dentyści powiatów:
legionowskiego i nowodworskiego

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

KONKURS

Chcesz mieć „Puls” zawsze pod ręką?

Odpowiedz na pytanie i wygraj jeden z 5 czytników Kindle Paperwhite!



Które z wydarzeń organizowanych przez OIL w Warszawie w ostatnim roku było Twoim zdaniem najlepsze?

Odpowiedź z uzasadnieniem (do 1500 znaków ze spacjami) wyślij na: puls@oilwaw.org.pl.

Na zgłoszenia czekamy do 31 grudnia 2025 r.

WYDAWCA MIESIĘCZNIKA OIL W WARSZAWIE „PULS”

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

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

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

WSPÓŁPRACUJĄ: Jerzy Bralczyk, Anetta Chęcińska, Magdalena Flaga-Łuczkiwicz, Dominik Héjj, Maria Libura, Agata Ludwikowska, 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: Łukasz Motyka-Radłowski, tel. 693 781 116, l.motyka-radlowski@oilwaw.org.pl

KONCEPCJA GRAFICZNA I SKŁAD: Marta Konarzewska

KOREKTA: Grażyna Nawrocka, Magdalena Jabłonowska

DRUK: Eurodruk-Poznań Sp. z o.o.

Redakcja zastrzega sobie prawo do 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 Drobnik PREZES ORL
Krzysztof Herman WICEPREZES ORL
Olga Rostkowska WICEPREZES ORL
Jakub Zakrzewski WICEPREZES ORL
Dariusz Paluszek WICEPREZES ORL DS. LEKARZY DENTYSTÓW
Karol Stępniewski WICEPREZES ORL, PRZEWODNICZĄCY DELEGATURY RADOMSKIEJ
Magdalena Flaga-Łuczkiwicz PEŁNOMOCNIK OIL DS. ZDROWIA LEKARZY I LEKARZY DENTYSTÓW
Piotr Wincianas PEŁNOMOCNIK PREZESA ORL DS. OPERACYJNYCH
Agnieszka Skoczylas PEŁNOMOCNIK OIL DS. OPIEKI SENIORALNEJ I GERIATRII
Robert Madejek PEŁNOMOCNIK OIL DS. PRZECIWDZIAŁANIA DYSKRYMINACJI
Michał Gontkiewicz SKARBNIK
Jacek Sowiński SEKRETARZ ORL
Zuzanna Wojdyńska ZASTĘPCA SEKRETARZA ORL
Krzysztof Jankowski OKRĘGOWY RZECZNIK ODPOWIEDZIALNOŚCI ZAWODOWEJ
Arkadiusz Bogucki PRZEWODNICZĄCY OKRĘGOWEGO SĄDU LEKARSKIEGO
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 33
BIOETYCZNA PRZY OIL W WARSZAWIE tel. 22 542 83 12
DS. STAŻU PODYPLOMOWEGO tel. 22 542 83 32 | staz@oilwaw.org.pl

KOMISJE I ZESPOŁY PROBLEMOWE

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

POZOSTAŁE

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



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

izba-lekarska.pl



Okręgowa
Izba Lekarska
w Warszawie

Klub Lekarza Przedsiębiorcy

Dla lekarzy i lekarzy dentystów
prowadzących własną działalność



Szkolenia menadżerskie,
prawne i księgowe



Preferencyjne usługi
księgowe, podatkowe,
ubezpieczeniowe i bankowe



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



Networking podczas spotkań
lekarzy przedsiębiorców
służący wymianie doświadczeń
i budowaniu kontaktów

Dołącz już dzisiaj!

Zeskanuj kod QR i wyślij swoje zgłoszenie

