

•••puls

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

kwiecień 2026 (370)



ISSN 1232-0161 egzemplarz bezpłatny

Okręgowy Zjazd Lekarzy | Wyniki wyborów | Plany samorządu



Ubezpieczenie utraty dochodu dla lekarzy

Specjalna oferta ubezpieczenia dla członków Okręgowej Izby Lekarskiej

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

Czasowa niezdolność do wykonywania pracy lekarza

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



W razie czasowej niezdolności do wykonywania pracy lekarza potwierdzonej drukiem ZUS ZLA **możemy wypłacić Ci świadczenie miesięczne za każdy dzień zwolnienia**, począwszy od 1. bądź 31. dnia niezdolności, **jeśli jesteś niezdolny do pracy co najmniej 30 dni**.

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

Do wyboru masz **trzy sumy ubezpieczenia**:

PLN

5 000 zł/m-c

PLN

10 000 zł/m-c

PLN

15 000 zł/m-c

Całkowite trwałe inwalidztwo

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



Korzyści z ubezpieczenia

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



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

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

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



Spis treści

TEMAT NUMERU

4 | Zdrowa Polka

Aleksandra Sokalska

6 | Lekarze debatowali o przyszłości samorządu

Dorota Lebieźnińska

10 | Każda kadencja to etap

Rozmowa z dr. n. med. Arturem Drobnikiem, nowo wybranym prezesem ORL w Warszawie, na temat mijającej kadencji i planów na nadchodzące cztery lata samorządu

14 | Samorząd

Jerzy Bralczyk

MEDYCYNĄ

16 | Pacjent z polimeru

Paweł Walewski

ZDROWIE PUBLICZNE

18 | Zdrowie kobiet na Mazowszu

Wywiad z Adamem Struzikiem, marszałkiem województwa mazowieckiego

20 | Zerwać nisko wiszące owoce

Wywiad z Pawłem Koczkodajem, profesorem Narodowego Instytutu Onkologii, ekspertem zdrowia publicznego i prewencji nowotworów

22 | Co z tym *in vitro*?

Małgorzata Solecka

24 | EHDS wprowadzi dwie ważne zmiany dla lekarzy

Artur Olesch

26 | Więcej znaczy mniej

Małgorzata Solecka

28 | Węgierska wiosna?

Dominik Héjj

SPRAWY LEKARZY DENTYSTÓW

30 | Drużyna

Rozmowa z dr. n. med. Dariuszem Paluszkim, wiceprezesem Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie i przewodniczącym Komisji ds. Lekarzy Dentystów IX kadencji

32 | Staż – potrzeba czy formalność?

Anna Prawdzik

33 | Przyszłość zaczyna się dziś

Jubileuszowa edycja Mazowieckich Spotkań Stomatologicznych

PRAWO

34 | Przegląd zmian w przepisach

Filip Niemczyk

36 | (Nie)zgoda. Dlaczego podpis to za mało?

Zuzanna Pierścińska

IZBA BLIŻEJ LEKARZY

38 | Mapa, która pomoże wybrać specjalizację

Rozmowa z lek. Marcinem Matuszewskim, członkiem nowo wybranej Okręgowej Rady Lekarskiej

40 | Neuroróżnorodna relacja terapeutyczna

Hanna Odziemka

42 | Refundacja szczepień.

Ważne zasady

Informator dla lekarzy oraz lekarzy seniorów

44 | „Dostępna stomatologia” – co dalej po konsultacjach?

Monika Potocka

46 | Aktualności Komisji ds. Kultury

47 | Aktualności Komisji ds. Sportu

PO DYŻURZE

48 | Szkielety z krainy wiecznej wiosny

Monika Miłośz

50 | Moje półwiecze na Bielanych cz. 2

Bibiana Mossakowska



Pobierz
PDF lub e-book!

Zdrowa Polka



ALEKSANDRA SOKALSKA
redaktor naczelna

Wybory nowych władz to zawsze niezwykle ważny moment dla samorządu. Nie oznacza on jednak, że OIL w Warszawie zatrzymała wszystkie działania i skupiła się wyłącznie na sprawozdawczo-wyborczym zjeździe. Praca izby trwa nieustannie, a jednym z nowych projektów, do którego się przygotowujemy, jest konferencja „Zdrowa Polka – profilaktyka, diagnoza, system”.

Celem wydarzenia jest przedstawienie aktualnej sytuacji zdrowotnej i epidemiologicznej kobiet w Polsce oraz podjęcie debaty nad wyzwaniami profilaktycznymi i systemowymi w tym obszarze zdrowia publicznego. Punktem wyjścia do dyskusji będzie prezentacja danych dotyczących zdrowia Polek, a następnie rozmowa o skuteczności funkcjonujących programów profilaktycznych, barierach w korzystaniu z nich oraz możliwych rozwiązaniach systemowych.

Dobrym przykładem działań podnoszących poziom ochrony zdrowia kobiet jest Mazowsze. W tym wydaniu „Pulsu” rozmawiamy na ten temat z marszałkiem województwa mazowieckiego, lekarzem Adamem Struzikiem, który podkreśla rangę programów wsparcia – „Mazowsze dla zdrowia”, „Mazowsze dla zdrowia psychicznego” oraz „Mazowsze dla seniorów”: *Dzięki systemowi grantów powiaty i gminy mogą realizować własne pomysły dopasowane do lokalnych potrzeb zdrowotnych. To elastyczny i skuteczny model, szczególnie po-*

mocny dla mniejszych jednostek, które często nie mają środków na takie działania.

Programy badań przesiewowych i inicjatywy prozdrowotne są niezaprzeczalną wartością, jednak OIL obserwuje niepokojąco niski poziom uczestnictwa Polek w tego typu działaniach. Mówi o tym również nasz kolejny rozmówca dr hab. n. med. Paweł Koczkodaj, profesor Narodowego Instytutu Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowego Instytutu Badawczego: *Przyjmuje się, że aby program mógł przynieść mierzalny efekt populacyjny, udział powinien wynosić co najmniej 70 proc. populacji docelowej. W Polsce problem nie polega więc na tym, czy programy przesiewowe są skuteczne jako takie, lecz na tym, że poziom uczestnictwa pozostaje wyraźnie poniżej tego progu.*

Dlatego podczas konferencji wspólnie z naszymi gośćmi – ministrami, lekarzami, a także przedstawicielkami mediów i Polek – zastanowimy się, jak skuteczniej docierać do kobiet z przekazem zdrowotnym, jak budować motywację do regularnych badań oraz jakie rozwiązania systemowe mogą zwiększyć udział w profilaktycznych programach.

Serdecznie zapraszam wszystkich Państwa na konferencję „Zdrowa Polka – profilaktyka, diagnoza, system”. Widzimy się 14 kwietnia o godzinie 9.30 w budynku PZU Park przy Rondzie Daszyńskiego 4.

fot. Zuzanna Sokalska

Przeciążenie pracą? Wypalenie zawodowe?



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



Terminy najbliższych spotkań:

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



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

Szczegółowe informacje
i zapisy na stronie

The background of the entire page is a light blue wooden surface. Scattered across it are several white Easter eggs with brown speckles, some white cherry blossoms on green stems, and a small red ladybug in the top left corner. A yellow rectangular frame with decorative corner brackets encloses the text.

Szanowni Państwo,

Święta Wielkanocne to czas odradzającej się nadziei, refleksji i umacniania tego, co najważniejsze. Z tej okazji składam Państwu serdeczne życzenia zdrowia, spokoju oraz chwil odpoczynku w gronie najbliższych.

Niech ten wiosenny czas przyniesie wytchnienie od codziennych wyzwań, a także poczucie sensu i satysfakcji z pracy, która przecież wymaga wielkiego zaangażowania i łączy się z ogromną odpowiedzialnością. Życzę Państwu siły, wzajemnego wsparcia oraz życzliwości – zarówno w życiu zawodowym, jak i osobistym.

Dziękuję za trud, profesjonalizm i troskę o zdrowie pacjentów. Niech nadchodzące dni będą źródłem dobrej energii i nadziei na spokojną, bezpieczną codzienność.

Wesołych Świąt!

dr n. med. Artur Drobnik
prezes Okręgowej Rady Lekarskiej
w Warszawie

Delegaci reprezentujący lekarzy z całego regionu spotkali się 13–15 marca podczas **XLIX Okręgowego Sprawozdawczo-Wyborczego Zjazdu Lekarzy** – jednego z najważniejszych wydarzeń w życiu samorządu zawodowego. Obrady były okazją do podsumowania mijającej kadencji, a także do rozmów o najistotniejszych wyzwaniach stojących przed środowiskiem lekarzy i lekarzy dentystów. W centrum dyskusji znalazła się przyszłość zawodu oraz kondycja systemu ochrony zdrowia.

DOROTA LEBIEDZIŃSKA

Lekarze debatowali o przyszłości samorządu

Zjazd rozpoczęły warsztaty szkoleniowe dla delegatów pt. „Kreowanie marki osobistej”. Był to czas nie tylko przygotowań do formalnej debaty, ale również idealna okazja do integracji środowiska.

Jeszcze przed rozpoczęciem sobotnich obrad podpisano porozumienie pomiędzy Ogólnopolskim Porozumieniem Związków Zawodowych Regionu Mazowieckiego a Okręgową Izbą Lekarską w Warszawie dotyczące powołania zespołu ds. negocjacji płacowych.

– *Chcemy, aby zespoły lekarskie, które dziś są najbardziej poszkodowane finansowo, mogły liczyć na realne wsparcie profesjonalnych negocjatorów* – podkreślał prezes Okręgowej Rady Lekarskiej Artur Drobniak. Na znaczenie współpracy zwracał uwagę także Joachim Budny, przewodniczący Regionu Mazowieckiego Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy.





– Tylko współdziałanie samorządu i związków może przynieść najlepsze efekty dla lekarzy, którzy nie godzą się na niskie wynagrodzenia i chcą godnych warunków pracy – mówił.

Sobota była najbardziej intensywnym dniem obrad. Już na początku otwierający je prezes Artur Drobniaak podkreślał wyjątkowy charakter wydarzenia. – *To największe święto samorządu lekarskiego. Obecność ponad dwustu delegatów pokazuje, że nasza wspólnota jest silna i coraz więcej osób chce aktywnie uczestniczyć w życiu samorządu. To powód do dumy – zaznaczył.*

Wzruszającym momentem zjazdu było wręczenie odznak honorowych Ministra Zdrowia „Za Zasługi dla Ochrony Zdrowia”. Wręczył je dr n. med. Tomasz Maciejewski, podsekretarz stanu w MZ, a otrzymali je: dr n. med. Elżbieta Małkiewicz, lek. dent. Liliana Piwowarczyk, lek. Jan Kowalczyk, lek. Jerzy Nosarzewski oraz lek. Piotr Winciunas. Honorową delegatką została dr n. med. Aleksandra Słabik-Ledóchowska.

Pierwszym punktem obrad był wybór przewodniczącego zjazdu, został nim Jacek Sowiński. Następnie odbyło się głosowanie nad składem prezydium. Zastępcami przewodniczącego zostali Justyna Kwitkiewicz i Robert Madejek, zaś sekretarzami Olga Kluka i Zuzanna Wojdyńska. To dzięki pracy prezydium obrady przebiegały sprawnie i z poszanowaniem głosu wszystkich uczestników.

Kolejna część dotyczyła sprawozdawczości. W jej trakcie prezes ORL w Warszawie przedstawił podsumowanie działalności ustępujących władz w mijającej kadencji. Mówił m.in. o działaniach w obronie niezależności zawodu lekarza, interwencjach dotyczących warunków pracy oraz o licznych inicjatywach szkoleniowych i integrujących środowisko medyczne, jak chociażby Mazowieckie Spotkania Stomatologiczne czy Kick-off Meeting. Zaprezentował także

efekty takich projektów, jak Klub Lekarza Przedsiębiorcy czy budżet partycypacyjny. Wybrzmiały również efekty akcji „Zero tolerancji dla agresji!”, która była wyrazem niezgody na agresję wobec medyków, a także debat senioralnych i akcji „Wspólne Święta”, które zwracają uwagę na problem starzejącego się społeczeństwa. Prezes przypomniał również o uroczystościach wręczenia PWZ, które mają obecnie podniosłą i uroczystą oprawę, spotkaniach dla młodych lekarzy w ramach Kick-off Meeting oraz rodzinnych piknikach: Mikołajkach czy Dniu Dziecka.

Prezentowano również sprawozdania kadencyjne i roczne z wykonania budżetu, działalności Okręgowej Rady Lekarskiej, Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej i Okręgowej Komisji Rewizyjnej.

Wielkie emocje wzbudziła część wyborcza. O stanowisko prezesa Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie ubiegało się troje kandydatów: dotychczasowy prezes – Artur Drobniaak, Maja





Herman oraz Janusz Pachucki. Każdy z nich przedstawił swoją wizję rozwoju samorządu.

Artur Drobniaak zapowiadał m.in. rozwój projektu „mLekarz”, działania przeciwko hejtowi w internecie oraz zakup nowej siedziby izby. – *Samorząd musi być nowoczesny i otwarty, ale jednocześnie skutecznie bronić lekarzy przed atakami i niesprawiedliwymi ocenami* – mówił.

Maja Herman wskazywała na potrzebę większego wsparcia psychologicznego dla lekarzy oraz poprawy wizerunku środowiska w przestrzeni publicznej. – *Lekarze zbyt często zostają sami z problemami. Musimy stworzyć system wsparcia, który będzie realną pomocą dla naszego środowiska* – podkreślała.

Z kolei Janusz Pachucki akcentował znaczenie transparentności działania władz samorządu. – *Najważniejszy jest człowiek – jego charakter, kompetencje i gotowość do działania na rzecz wspólnoty lekarzy* – zaznaczył.

W głosowaniu wzięło udział 213 delegatów. Oddano 208 ważnych głosów. Nad ranem w niedzielę nowym prezesem Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie został ponownie Artur

Drobniaak, który uzyskał 186 głosów. Maja Herman otrzymała 18 głosów, a Janusz Pachucki – 4 głosy.

– *Jestem pierwszy raz delegatem, nigdy wcześniej nie miałem doświadczenia zjazdowego. Zależało mi na poznaniu izby i jej funkcjonowania. Cieszę się, że mogę mieć realny wpływ na to, co będzie się działo przez najbliższe cztery lata. To dobre doświadczenie naszej*

lokalnej demokracji. Jestem zbudowany zaangażowaniem samorządowców i gry zespołowej – mówi delegat Mateusz Gutowski. A Małgorzata Terlecka-Maciejewska dodaje: – *Bardzo ciężka praca samorządowa na zjeździe przynosi wymierne efekty. Podjęte decyzje będą miały kluczowy wpływ na przyszłość naszej izby oraz samorządności lekarskiej w kraju.*

Tej nocy wybrano również 83 delegatów na Krajowy Zjazd Lekarzy.

Trzeciego dnia zjazdu delegaci wybierali także członków pozostałych organów samorządu: Okręgowej Rady Lekarskiej, Okręgowego Sądu Lekarskiego, Okręgowej Komisji Rewizyjnej, Okręgowej Komisji Wyborczej oraz Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej i jego zastępców. Wybory na stanowisko OROZ poprzedziła dyskusja kandydatów Krzysztofa Jankowskiego i Hanny Odziemskiej na temat biegłych sądowych i ich roli. – *Z panem przegrać to jak wygrać* – powiedziała Hanna Odziemska, gratulując zwycię-





stwa dr. Jankowskiemu i potwierdzając swój start w wyborach na funkcję jego zastępcy.

Choć obrady miały formalny charakter, nie brakowało momentów integrujących środowisko, jak i burzliwej dyskusji. Samorząd tworzą ludzie o różnych poglądach, a ich poznanie pozwala im lepiej służyć lekarzom. – *Cieszę się, że w samorządzie mogą spotkać się z kolegami w różnym wieku i wymienić się z nimi doświadczeniem* – mówił delegat Wiktor Możarowski.

– *Jestem delegatką pierwszy raz. Cieszę się, że mogę tu być. Przeżycie zjazdu „od środka” zmieniło moją perspektywę. Podjęto wiele ciekawych i ważnych dla środowiska tematów* – zauważyła Katarzyna Czaplicka.

Z kolei Magdalena Kowalska uzupełnia: – *Również jestem pierwszy raz delegatką, chciałam powiększyć grono kobiet delegatów. Ucieszył mnie fakt, że jest nas tak liczna reprezentacja i można poczuć, że zjazd jest miejscem, gdzie wszyscy mogą się spotkać i mieć swój udział w budowaniu wspólnoty lekarskiej.*

Zjazd był okazją do bezpośrednich rozmów, które nie

zawsze są łatwe, wymiany doświadczeń, budowania współpracy między lekarzami pracującymi w różnych placówkach i specjalnościach. Zakończył się wyborem nowych władz oraz deklaracją dalszej pracy na rzecz środowiska lekarskiego i pacjentów. Wielu delegatów podkreślało: – *Samorząd lekarski musi być silnym głosem lekarzy w debacie publicznej. Tylko wspólnie możemy skutecznie walczyć o lepszy system ochrony zdrowia.*

Pełną listę reprezentantów wybranych podczas XLIX Okręgowego Sprawozdawczo-Wyborczego Zjazdu Lekarzy publikujemy w obwieszczeniach na stronach 53–56.



Każda kadencja to etap

Podczas XLIX Okręgowego Sprawozdawczo-Wyborczego Zjazdu Lekarzy, który odbył się 13–15 marca, delegaci wybrali na prezesa X kadencji ORL w Warszawie

dr. n. med. Artura Drobnika.

To już jego druga kadencja, więc tuż po wyborach zapytaliśmy prezesa o dotychczasową pracę izby i plany na przyszłość.

rozmawiała **ALEKSANDRA SOKALSKA**

Pana mijająca kadencja, choć tylko dwuletnia, była niezwykle intensywna – izba podjęła tyle nowych działań, że pewnie wystarczyłoby i na cztery lata. A z jakich osiągnąć pan osobiście jest dumny najbardziej?

Najbardziej jestem zadowolony z tego, że samorządem lekarskim i działalnością dla lekarzy zaczęło się interesować coraz więcej osób w naszym środowisku. Widzimy to po zwiększeniu aktywności w naszych kanałach informacyjnych, rekordowej frekwencji w wyborach samorządowych, a nawet wzroście liczby kandydatów na prezesa. Bardzo mnie to cieszy. Uważam, że przyczynkiem do takiej aktywności było otwarcie się na środowisko lekarskie, widoczne choćby poprzez liczne powiększenie różnych

komisji i zespołów w izbie, co pozwoliło na spotkanie się wielu osób zainteresowanych współpracą z samorządem i mających różne punkty widzenia.

Cieszy mnie także fakt, że stworzyliśmy bardzo dobry zespół profesjonalistów w placówce izby – to pracownicy, dla których lekarz zawsze stoi na pierwszym miejscu. Z tym powiązany jest kolejny powód do dumy: podobnymi do wcześniejszych zasobami kadrowymi znacząco zwiększyliśmy liczbę uczestników wydarzeń, które organizuje nasza izba. Doskonale widać to na przykładzie Dnia Dziecka czy Mikołajek Lekarskich. W tej chwili uczestniczy w nich ponad dwa razy więcej osób niż przed moją kadencją. Wymagało to oczywiście prac usprawniających, wprowadzenia zautomatyzowanych formularzy



zapisów, przeprowadzania odpowiednich negocjacji z miejscami, w których są organizowane eventy, ale wysiłkiem pracy zespołu jesteśmy teraz w stanie dźwignąć wydarzenia dla kilku tysięcy osób, co byłoby jeszcze dwa lata temu niemożliwe.

Wreszcie bardzo cenię sobie, że izba zawsze na bieżąco reagowała na to, co przynosi system ochrony zdrowia. Doskonałym przykładem takiego działania były np. prace nad wprowadzeniem do szkół edukacji zdrowotnej. Podstawa programowa przedmiotu została zmieniona i dostosowana do uwag po pracach ORL w Warszawie i naszej współpracy z zespołem stworzonym przy Ministerstwie Edukacji Narodowej. Przedmiot zapewne stanie się obowiązkowy po wprowadzeniu drobnych poprawek. Obecnie trwają nad nimi (poprawkami w podstawie) prace, do których zostaliśmy jako samorząd zaproszeni.

To główne punkty mojej poprzedniej kadencji, z których jestem dumny: zwiększenie zainteresowania samorządem, stworzenie dobrego zespołu, wypracowanie procedur i automatyzmów ułatwiających codzienne funkcjonowanie naszym członkom oraz bardzo



sprawne reagowanie na bieżące wydarzenia w obszarze ochrony zdrowia.

W poprzedniej kadencji, zgodnie zresztą z obietnicami wyborczymi, stworzył pan m.in. Lekarski Budżet Partycypacyjny, Klub Lekarza Przedsiębiorcy, pomoc prawną LexDoctor. Czy teraz będzie tylko kontynuacja rozpoczętej pracy, czy pojawią się jeszcze nowe projekty?

Kontynuacja projektów na pewno będzie znaczną częścią naszej pracy, bo dobry projekt zawsze wymaga rozwoju. Weźmy np. obszar prawny. Już udało nam się stworzyć taki system ubezpieczeń, który w ramach składki członkowskiej oferuje lekarzowi refinansowanie pomocy prawnej do 5 tys. zł rocznie w ramach ubezpieczenia w składce. To suma, która pozwala rozwiązać lekarzowi wiele problemów prawnych dotyczących wykonywania zawodu. Oferujemy też darmową pomoc prawną LexDoctor. Ale zawsze moim celem było stworzenie systemu całościowego, więc oprócz kontynuacji powyższych działań chciałbym wprowadzić całodobową opiekę prawną.

Co to oznacza w praktyce?

Choćby to, że nasz zespół do spraw naruszeń, przy pomocy nowoczesnych narzędzi, będzie w stanie przeglądać media i wylapywać przypadki znieważania lekarza, a następnie w sposób automatyczny lub półautomatyczny reagować, grożąc atakującej osobie odpowiednimi sankcjami. Podobny system widzę w obszarze walki z fake newsami oraz z medyczną dezinformacją.

Jakie jeszcze nowości czekają na wprowadzenie?

Chciałbym stworzyć w Fundacji Pro Seniore wolontariat. Bardzo mi zależy na tym, by zaczęli tam pracować wolontariusze, np. studenci medycyny, którzy będą odwiedzać lekarzy seniorów, często w sędziwym wieku, nierzadko samotnych. Spędzą z nimi trochę czasu, a przy okazji poznają realia lekarskiej pracy w latach 60. czy 70. ubiegłego wieku.

Po przeprowadzeniu wielu spotkań i rozmów z lekarzami, którzy mają w rodzinie pod opieką osobę z dużą niepełnosprawnością, chciałbym także, by OIL w Warszawie zorganizowała dla nich, na razie np. w trybie comiesięcznym, jeden dzień tzw. opieki wytechnicznej. Czyli by osoby z niepełnosprawnościami zostały tego dnia pod opieką profesjonalistów i w profesjonalnym miejscu, a w tym czasie lekarze mogli zwyczajnie odpocząć.

Kolejną nowością jest pomysł organizacji (podkreślam: organizacji, a nie finansowania) kolonii i obozów lekarskich. Nasza izba mogłaby podjąć się tego zadania, bo wierzę, że nasi członkowie mieliby większe poczucie bezpieczeństwa, wysyłając swoje dzieci w sprawdzone miejsca, z dobrą ekipą i wieloma atrakcjami.

Chciałbym także, by izba w kolejnych latach pomagała lekarzom w rozwoju i uzyskiwaniu tytułów naukowych. Lekarze, którzy dopiero wchodzą w obszar doskonalenia naukowego, prowadzenia badań, często muszą uczyć się na błędach. Dlaczego zatem nie mielibyśmy się dzielić w sposób profesjonalny swoim *know-how*, np. w kontekście badań czy pisania prac naukowych? Tak by członkowie naszej izby mieli łatwiej na starcie. Wierzymy, że bylibyśmy w stanie pomóc im profesjonalnym medical

writingiem czy copywritingiem przy tworzeniu prac naukowych, tak by były publikowane w dobrych czasopismach międzynarodowych.

No i wreszcie muszę powiedzieć o projekcie, który rozpocząłem już w poprzedniej kadencji, ale ponieważ jest duży i wymaga ogromnego zaangażowania, na pełne jego efekty trzeba jeszcze poczekać. Mowa o obsłudze cyfrowej i zdalnej lekarza. Będziemy kontynuować prace w tym kierunku, by każdy nasz członek mógł korzystać z wszelkich usług i funkcjonalności izby zdalnie. Biorąc pod uwagę rozległość naszej izby i dużą liczbę członków, to będzie dla każdego lekarza ogromnym udogodnieniem. Oczywiście zachowamy obsługę w siedzibie, ale lekarz będzie miał wybór, czy do nas przyjechać, czy załatwić sprawę online. Projekt nazwaliśmy mLekarz – na wzór mObywatela – i został on opracowany przy współpracy z ekspertami z Ministerstwa Cyfryzacji.

Izba otworzyła się także na potrzeby lekarzy z mniejszych miejscowości, np. poprzez budżet partycypacyjny. Czy w nowej kadencji przewiduje pan jeszcze jakieś inne inicjatywy w tym obszarze?

Chcemy stworzyć pomost łączący zarządzających szpitalami powiatowymi ze stażystami i z rezydentami. Ma temu służyć mapa wsparcia szkolenia specjalizacyjnego lekarzy, dzięki której młodzi lekarze w jednym miejscu będą mogli sprawdzić, jakie warunki oferują szpitale. A benefity są naprawdę różne: począwszy od oferty mieszkaniowej, poprzez samochód służbowy, a skończywszy na zapewnieniu przedszkola czy szkoły lekarskim dzieciom. Takie informacje na pewno ułatwiają decyzję dotyczącą podjęcia pracy w mniejszym szpitalu. Myślę, że mapę uda nam się stworzyć do końca tego roku, bo już zaczęliśmy gromadzić niezbędne dane.

Izba ma także za zadanie wpływać na system ochrony zdrowia.

Jakie aspekty w tym działaniu OIL są dla pana kluczowe?

Nadal najważniejszym i nierozwiązanym problemem jest system *no-fault*,



fot. K. Markiewicz

który zdejmowałby z lekarza odpowiedzialność karną i usprawniał pozyskiwanie odszkodowań przez pacjentów. Pewne kroki w tym kierunku zostały poczynione, ale wciąż do systemu *no-fault* znanego z krajów, szczególnie skandynawskich, naprawdę bardzo nam daleko. Do tego jednak potrzebna jest wola polityczna, a z tą – niezależnie od frakcji rządzącej – na razie było niestety bardzo ciężko.

Kolejną sprawą, nad którą powinniśmy się mocno pochylić, jest wdrożenie w naszej pracy rozwiązań wykorzystujących algorytmy sztucznej inteligencji, czy to w zakresie tzw. *medical devices*. Nie unikniemy – myślę, że jeszcze w najbliższej kadencji – dużego zderzenia z tego typu rozwiązaniami. Dlatego chcielibyśmy uczyć lekarzy korzystania z nich, ale jednocześnie czuwać nad

transparentnością nowych technologii i ich bezpieczeństwem.

Izba powinna również działać w zakresie poprawy warunków pracy i ich ujednolicenia, bo jednak rozbieżności – zarówno w zakresie infrastruktury, sprzętu, jak i wynagrodzeń – są po prostu zbyt duże.

Poprzedniej pana kadencji przyświecało hasło: „Jeden samorząd. Kreatywny. Silny. Skuteczny”. Pozostaje ono aktualne także w tej? Czy się zmienia?

Nie byłbym sobą, gdybym je zmienił. Jeden samorząd, bo niezwykle ważna jest wspólnota i współpraca.

Jeśli nadal chcemy być liczącą się grupą zawodową, musimy być kreatywni. Medycyna w najbliższych 20 latach bardzo się zmieni, więc ta kreatywność jest ciągle potrzebna również w samorządzie.

Silny ma oznaczać, że ze zdaniem naszego samorządu liczą się decyzje. Ostatnie miesiące pokazały, że na szczęście tak jest. Kiedy o całe zło systemu opieki zdrowotnej w Polsce próbowano obwinąć lekarzy i ich wynagrodzenia, nasza skoordynowana akcja we współpracy z NIL spowodowała, że nie tylko minister zdrowia, ale także premier wycofali się z tego typu oskarżeń.

No i wreszcie: skuteczny. Uważam, że można mieć najlepsze koncepcje, najlepsze pomysły usprawnień i poprawy warunków pracy, ale jeżeli nie będzie za tym stał jasno zmotywowany zespół ludzi, to wysiłki i pomysły nawet najbardziej kreatywnego i mądrego pojedynczego człowieka spełzną na niczym. I to jest moim zdaniem największa zaleta naszego samorządu – wypracowany system organów i zasad działania, dzięki którym najlepsze koncepcje łatwiej wprowadzać w życie.

Ponowny wybór na stanowisko to zwykle potwierdzenie, że wykonało się dobrą robotę.

A czym taki wybór jest dla pana?

Etapem. Tak jak etapem była moja poprzednia kadencja. Niespełna dwa lata temu jako nowy prezes postawiłem sobie szereg zadań. Wykonałem je razem z zespołem w 100 proc. Podobnie będzie teraz. Etap po etapie staram się realizować zadania, by izba była jak najlepsza. To trudne, szczególnie w szybko zmieniającym się świecie, zwłaszcza w obliczu niespecjalnej przychylności politycznej dla naszej grupy zawodowej. Ale to wyzwanie, z którym będziemy się musieli zmierzyć.

Realizujemy i będziemy realizować wiele projektów, ale musimy to robić w mądry i uporządkowany sposób. Wprowadzenie wszystkich zmian naraz doprowadziłoby do niewydolności i rozkładu organizacji. Dlatego o kadencji mówię jak o etapie. Izba ciągle się zmienia, ciągle udoskonala. Udało nam się już wiele, jeszcze wiele nas czeka. Ale zawsze jesteśmy dla lekarzy, działamy dla nich. I choć część efektów jest spektakularna i szybko widoczna, nie zapominajmy też o takiej pracy, która odbywa się poza światłami reflektorów i której efekty widoczne są po pewnym czasie.



Okręgowa
Izba Lekarska
w Warszawie



Lekarski Dzień Dziecka 2026

Najważniejsze w tym dniu,
że możemy być razem!



30 maja



Farma Iluzji
Mościska 9, Trojanów

Każdego roku
jest nas coraz więcej!

Zapisy od 13 kwietnia od godz. 12:00
na stronie www.izba-lekarska.pl



Samorząd



JERZY BRALCZYK
językoznawca

W dużym słowniku języka polskiego z połowy XIX w., zwanym wileńskim lub Orgelbranda, nie ma hasła *samorząd*. Jest *samorządca* ('człowiek, który sam jeden włada, jedynowładca, samowładca') i *samorządczyni* (!), jest *samorządność* ('samowładność, prawo rządzenia się sobą, niepodległość, udziałność') i *samorządny* ('mający prawo samorządności, niepodległy, udzielny'). *Samorządność* (i *samorządny*) wiąże się, jak widać, z czymś pozytywnym ('niepodległość'), ale *samorządca* – raczej z negatywnym ('samowładność'). W pół wieku późniejszym słowniku zwanym warszawskim *samorząd* już jest, definiowany jako 'ustrój administracyjny, według którego obywatele miasta lub gminy rządzą się sami u siebie; autonomia'. I to odbieramy pozytywnie. Wielki słownik Doroszewskiego po kolejnym półwieczu opisuje *samorząd* jako 'system organizacji i zarządzania polegający na tym, że grupa ludzi samodzielnie kieruje swą działalnością według ustalonych przez siebie lub nadanych zasad, za pośrednictwem wybranych przez siebie organów'. Jak widzimy, trochę ostrożniej, wskazuje się tu, że zasady mogą być nadane, a pośrednictwo wyraźne. Inne znaczenie słowa tu podane to 'osoby sprawujące władzę w tym zakresie'. Po następnym półwieczu słownik PWN zwany uniwersalnym podaje dwa znaczenia słowa *samorząd*: 'samodzielne i niezależne wykonywanie pewnych funkcji o charakterze administracyjnym przez określony organizm społeczny' i 'osoby sprawujące takie funkcje'. Dziś pojmujemy samorząd jako rodzaj instytucji, jako organ władzy, więc także jako zbiór ludzi stanowiących ten organ.

W tych definicjach wskazuje się na niezależność (choć czasem ograniczoną) i na władzę. Raz to system, raz ustrój, innym razem – czynność i ludzie. W naszym języku te same słowa oznaczają nieraz tak różne kategorie.

Tak jest i ze słowami zawierającymi częstkę *samo-*. Jest ich u nas wiele, koło setki odnotowały słowniki, a możemy stworzyć ich jeszcze więcej. Niektóre utrwaliły się w języku tak, że nie odczytujemy już znaczenia tej części. Wiele z nich ma charakter pozytywny (*samodzielność*, *samokrytycyzm*, *samokształcenie*, *samoświadomość*, *samopomoc*), inne nazywają coś, co raczej jest negatywne (*samobójstwo*, *samozachwyt*, *samosąd*, *samolubstwo*). Dotyczą albo ludzkich cech, albo działań ludzi i grup. W każdym razie przeważnie wartościują, pokazują, co nam się podoba, co nie. A czasem odniesienia są podobne, zakres znaczeniowy zbliżony – różne zaś konotacje.

Samowola nam się nie podoba, ale *samodzielność* jak najbardziej. *Samosąd* jest niedobry, bo poza prawem, ale *samobrona* jest usprawiedliwiona, nawet wskazana. *Samobiczowanie* – złe, *samodyscyplina* – dobrze. I wreszcie to, co najbardziej *samo-* z tej rodziny – *samotność*. Bardzo rzadko ją lubimy, jesteśmy w końcu istotami społecznymi.

I ta społeczność, także sama dla siebie, może tworzyć akceptowane zachowania czy instytucje. *Samorządność*, a za nią i *samorząd* kojarzą nam się dobrze. Sugerują brak narzucanych nakazów i ograniczeń albo co najmniej ograniczoną ich liczbę. *Samorząd* podoba się nam jednak w znacznej mierze dlatego, że jest jakoś usankcjonowany. I że w swojej samodzielności się samoogranicza. Choć z kolei nadmierna instytucjonalizacja, jak w połączeniu *instytucja samorządowa* – już trochę tę jednoznaczną akceptację redukuje.

Ustrój, system, instytucja, ludzie, działanie – do tych wszystkich bytów odnosi się wyraz *samorząd*. I we wszystkich odniesieniach budzi z zasady pozytywne skojarzenia. Po części dlatego, że możemy, a nawet powinniśmy widzieć w samorządzie nas *samych*, *samych* siebie. *Sami* go wybieramy... ●

Czy to złuda, czy to czary
Snem poezji życie wieńczą?
Świat niedawno taki szary
Buchnął wonią, błysnął tęczą.

Zda się, dźwięczy pieśń radosna
I polata jak jaskółka...
A to tylko przyszła wiosna –
I stworzyła cud z zaułka.

Artur Oppman,
Wiosna w zaułku

Szanowni Państwo,

Święta Wielkanocne z natury swej wpisują się
w cud wiosny, symbol zmartwychwstania.

Życzę nam wszystkim, aby ten świat, niedawno
taki szary, buchnął wonią, błysnął tęczą

i dźwięczał pieśnią radosną w – tętniących
odnowionym życiem – naszych sercach.

Drogie Siostry i Drodzy Bracia
w Chrystusie Panu,

życzę, abyśmy dali Zmartwychwstałemu Panu
stworzyć cud z zaułka naszej wiary.

ALLELUJA

ks. Władysław Duda

duszpasterz środowisk medycznych
archidiecezji warszawskiej

Pacjent z polimeru



PAWEŁ WALEWSKI

autor jest publicystą „Polityki”

Choć medycyna ratuje życie dzięki jednorazowym tworzywom, napędza nanoinwazję plastiku. Oto jak zagrożenie ekologiczne stało się prawdziwym wyzwaniem zdrowotnym.

Jeszcze niedawno, kiedy młodzi adepci sztuki medycznej ślęczeli nad podręcznikami, świat wydawał się – przynajmniej pod tym względem – uporządkowany. Wrogowie zdrowia mieli w tych książkach stałe miejsce. Byli nimi gęsty dym tytoniowy, azbest, ołów z benzyny osiadający na krawężnikach czy pestycydy, które sprawiały, że jabłka lśniły nienaturalnym blaskiem. Wiedzieliśmy, co zabija, a także – przynajmniej w teorii – jak tego unikać.

Ale w połowie lat 20. XXI w. do tej ponurej galanterii trucizn dołączył kolejny gracz. Dyskretny, wszechobecny i na swój sposób genialny. Nie śmierdzi jak niedopałek, nie brudzi rąk jak sadza. I choć w nazwie ma „mikro”, to jego obecność w naszym organizmie i w środowisku działa ogromnie skomplikowanie i wieloaspektowo. Nawet zło bywa zwodnicze, bowiem

małeńkie cząstki wpływają na nasze zdrowie w skali makro.

Chodzi oczywiście o mikroplastik, a nawet nanoplastik – fragmenty plastiku mniejsze niż 5 mm, pochodzące z degradacji większych odpadów, ścierania opon samochodowych, prania syntetycznych ubrań czy nawet kosmetyków. Jest wszędzie: w oceanach, rzekach, powietrzu, a co za tym idzie – w naszej żywności i wodzie. Produkuje go 265 mln t rocznie, a 4,8–12,7 mln t ląduje w oceanach. Odkąd jego drobiny znaleziono w płucach, krwiobiegu, tkankach jelit, a nawet w łóżysku, zaczęło to budzić uzasadniony niepokój naukowców i lekarzy.

Medycyna lubi „punkty uchwytu”, tymczasem ten bohater jest jak nieproszony gość na bankiecie, który nie dość, że wyjada z lodówki, to jeszcze przestawia meble. Bo jest wszędzie – od opakowań, przez ubrania, po kurz w naszych domach. Rozkłada się latami (a jeszcze

kilka dekad temu opakowania z tworzyw sztucznych obiecywały niezniszczalność), a kiedy już się rozpadnie, nie znika: zamienia się w mikro- i nanocząstki, które zaczynają wnikać w każdy zakamarek biosfery, włącznie z ludzkim ciałem. Z czym go spożywamy? Z owocami morza, solą morską, piwem, miodem, a nawet z powietrzem miejskim. Wdychamy go podczas spaceru, zjadamy z rybą na obiad, a dzieci – jak pokazały badania – mają go więcej w kale niż dorośli, prawdopodobnie przez gryzaki i zabawki z plastiku.

Naukowcy z Columbia University szacują, że woda z plastikowej butelki zawiera 240 tys. cząsteczek na litr. Parzysz herbatę w tych eleganckich, piramidalnych torebkach? One nie są z jedwabiu – to nylon, który pod wpływem wrzątku uwalnia miliardy cząstek prosto do kubka. Nawet oddychanie stało się sportem ekstremalnym, bo mikroplastik unosi się w kurzu domowym, odrywając się od syntetycznych dywanów i ubrań. To już nie jest kwestia, „czy go mamy”, ale „ile go zdążyliśmy zgromadzić”.

Najbardziej uderzające są doniesienia o wykryciu mikro- i nanoplastików we krwi ludzi bez żadnego bezpośredniego kontaktu z plastikiem podczas pobierania próbek. Nawet w próbkach krwi pobranych od niemowląt jest syntetyczny ślad tego, co znajduje się w najbliższym otoczeniu. Badania wskazują, że drobiny polietylenu lub polipropylenu nie tylko mechanicznie zatykają naczynia włosowate, ale stają się jądrami kondensacji dla blaszek miażdżycowych. Zauważono uderzający dymorfizm płciowy: z jakiegoś powodu to męskie tętnice wydają się bardziej atrakcyjne dla plastikowego osadu, podczas gdy estrogeny u kobiet zdają się pełnić rolę (do czasu) tarczy ochronnej. Praca opublikowana w „Science” na początku 2025 r. rzuciła z kolei światło na to, co dzieje się w naszych głowach – odkryto bowiem, że nanocząstki plastiku nie tylko przekraczają barierę krew-mózg, ale potrafią stanowić niemal 0,5 proc. masy kory czołowej u niektórych osób zmarłych w 2024 r. To o 50 proc. więcej niż zaledwie osiem lat wcześniej. Jeśli tempo wzrostu się utrzyma, za kilka dekad mózgi naszych potomków będą miały więcej



wspólnego z klockami Lego niż z tkanką nerwową. Część badań wskazuje na związek między obecnością mikroplastiku a markerami stresu oksydacyjnego i zapalnego, a także z zaburzeniami mikrobiomu jelitowego i przepuszczalnością bariery jelitowej.

Czy trzeba zacząć panikować? Jako cywilizacja osiągnęliśmy mistrzostwo w ignorowaniu zagrożeń, których nie widać gołym okiem. Jak powiedzieć pacjentowi, żeby unikał mikroplastiku, skoro jest on w deszczu, w glebie i w większości wyrobów medycznych, których używamy na co dzień? Sarkastycznie można by rzec, że jesteśmy w trakcie wielkiego, globalnego eksperymentu klinicznego bez grupy kontrolnej i komisji bioetycznej. Bo przecież grupa kontrolna – ludzie wolni od plastiku – po prostu nie istnieje. Można oczywiście ulec nihilizmowi. Skoro plastik jest wszędzie, to może czas przestać się przejmować i po prostu zainwestować w firmy produkujące stenty naczyniowe? Ale to jak powiedzieć pacjentowi z nadciśnieniem: *Jedz sól, bo i tak jest wszędzie*. Czy ma to jakiś sens? Jest prawie niemożliwe, by całkowicie

wyeliminować ekspozycję – jak niemal niemożliwe jest przeżycie bez kontaktu z innymi mikrozanieczyszczeniami środowiska. Plastik to po prostu część naszego ekosystemu.

A jednak zaczęto mówić o nim tak, jak kiedyś mówiliśmy o azbieście. Bez hysterii, ale z bezwzględną konsekwencją faktów. Choć wymaga to higieny polimerowej, można skorzystać z kilku zaleceń ekologicznego życia: nie podgrzewać lunchboxów z polipropylenu, tylko powrócić do szkła i stali, filtrować wodę (przefiltrowana kranówka jest dziś bezpieczniejsza niż woda z butelki PET), nie unikać błonnika i sauny (badania sugerują, że zwiększenie pąsazu jelitowego i intensywne pocenie to jedne z nielicznych dróg eliminacji mniejszych cząstek) czy wreszcie zrezygnować z syntetycznych tkanin na rzecz bawełny i wełny (to nie tylko kwestia mody, ale redukcji „chmury” plastiku, którą nosimy wokół siebie).

Mikroplastik to nieunikniony element nowoczesności, ale redukując ekspozycję, możemy minimalizować ryzyko. Może to kolejny przykład truczyny, której nie da się zlikwidować

całkowicie, ale ignorowanie jej byłoby medyczną nonszalancją. Wystarczy rozejrzeć się wokół i spojrzeć na sale operacyjne, które toną w jednorazowym plastiku. Od strzykawek i drenów, przez cewniki, aż po opakowania sterylnych narzędzi – medycyna bez polimerów cofnęłaby się do epoki gotowania szklanych strzykawek, co w dobie zakażeń szpitalnych brzmi jak ponury żart. Jednak to właśnie wyroby medyczne, poddawane dezynfekcji i sterylizacji, mogą być źródłem bezpośredniej ekspozycji pacjenta na mikrocząstki trafiające wprost do łożyska naczyniowego. Stoimy przed paradoksem: ratujemy życie narzędzia-

mi, które w perspektywie długofalowej zostawiają w tkankach pacjenta syntetyczny ślad, którego skutków zapalnych dopiero zaczynamy się domyślać. W 2025 r. Europejskie Towarzystwo Anestezjologii wydało pierwsze zalecenia, by w miarę możliwości wybierać sprzęt *low-plastic-release* albo wersje bez DEHP (związku di[2-etyloheksylu]ftalanu). Brzmi jak *science fiction*? Jeszcze rok temu też tak brzmiało, a dziś już kilka dużych szpitali w Niemczech i Skandynawii wprowadza to do standardów. Kto wie, czy przyszli lekarze zaczną pytać pacjentów nie tylko o palenie i dietę, ale też o to, ile plastikowych opakowań wykorzystują do przechowywania żywności, ile mają go w powietrzu i pyle domowym? Pytanie tylko, czy medycyna naprawcza nadąży z rozwiązaniami, gdy okaże się, że przewlekły stan zapalny u połowy pacjentów na oddziale wewnętrznym jest stymulowany przez drobiny opon samochodowych i resztki syntetycznych dywanów wdychanych we własnych sypialniach. Bo choć „mikro” sugeruje nieistotność, jego konsekwencje mogą okazać się naprawdę makro. ●

Zdrowie kobiet na Mazowszu

Na co najczęściej chorują kobiety na Mazowszu i jakie działania w związku z tym podejmuje wojewódzki samorząd – pytam **marszałka województwa mazowieckiego, lekarza Adama Struzika**.

rozmawiała **ALEKSANDRA SOKALSKA**

Jakie są najważniejsze priorytety samorządu województwa mazowieckiego w zakresie ochrony zdrowia kobiet?

Profilaktyka, wczesna diagnostyka oraz kompleksowa, dostępna opieka medyczna. Dane epidemiologiczne wskazują, że bez takich działań obciążenie chorobami przewlekłymi będzie rosło. Kolejne ważne kierunki to edukacja zdrowotna i wsparcie rozwoju kadr medycznych. Nasz dokument „Kierunki działań w zakresie polityki zdrowotnej województwa mazowieckiego na lata

2022–2026” określa też główne obszary działania, m.in. profilaktykę chorób naczyniowo-sercowych, metabolicznych, ze szczególnym uwzględnieniem cukrzycy, osteoporozy, nadwagi i otyłości, a także układu mięśniowo-szkieletowego, chorób nowotworowych i zakaźnych.

Jednym z największych wyzwań są nowotwory. U kobiet to rak piersi, szyjki macicy, jelita grubego i płuc.

Potwierdzają to statystyki Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego. W 2023 r. oczekiwana długość życia kobiety w Polsce wynosiła 82,1 roku. Najwięcej utraconych lat życia u kobiet powodują właśnie nowotwory złośliwe (ok. 38 proc.).

Dlatego stworzyliśmy jednostkę świadczącą kompleksową opiekę nad kobietami z chorobami onkologicznymi. To Zakład Onkologii Kobiecej w Centrum Leczniczo-Rehabilitacyjnym i Medycyny Pracy ATTIS Mazowieckiego Szpitala Bródnowskiego. Łączy onkologię kliniczną, chirurgię onkologiczną i ginekologię onkologiczną, a także oferuje opiekę rehabilitacyjną przed- i pooperacyjną oraz opiekę terminalną. Ze względu na problemy z kontraktowaniem świadczeń onkologicznych przez NFZ oddział przez lata nie mógł funkcjonować w pełnym zakresie mimo odpowiedniego wyposażenia i przygotowania. W związku z tym ATTIS został połączony

z Mazowieckim Szpitalem Bródnowskim, co pozwoliło skupić działalność onkologiczną i ginekologiczną w ramach świadczeń kontraktowanych przez MOW NFZ oraz lepiej wykorzystać dostępną infrastrukturę.

W jaki sposób Mazowsze wspiera zdrowie psychiczne kobiet?

Duży nacisk kładziemy na podnoszenie wiedzy i świadomości wszystkich mieszkańców w zakresie zdrowia psychicznego, profilaktyki zaburzeń psychicznych, depresji. Zależy nam na zwiększaniu dostępności i zapewnieniu kompleksowych działań w zakresie opieki psychologicznej i psychiatrycznej. Właśnie temu służy m.in. nasz program wsparcia „Mazowsze dla zdrowia psychicznego”. Rozwijamy też formy opieki środowiskowej – tworzymy dzienne domy opieki medycznej dla osób z chorobami ościennymi.

A na czym polega projekt realizowany przez Mazowieckie Centrum Neuropsychiatrii?

Projekt dotyczy utworzenia Ośrodka Siła Więzi. Jest on nastawiony na wczesną diagnozę i terapię zaburzeń psychicznych u niemowląt i małych dzieci. Jego celem jest także wspieranie budowania prawidłowej więzi między rodzicem a dzieckiem oraz rozwijanie umiejętności rodzicielskiej mentalizacji, czyli lepszego rozumienia emocji i potrzeb dziecka na podstawie jego zachowania. W 2024 r. za ten projekt placówka otrzymała nagrodę w kategorii „Innowacja medyczna roku” w konkursie Medyczne Wydarzenie Roku.

Kiedyś istniał program „Mazowsze dla zdrowia kobiety”, teraz to program „Mazowsze dla zdrowia”. Skąd ta zmiana?

„Mazowsze dla zdrowia” to rozwinięcie programu „Mazowsze dla zdrowia kobiety”. Uznaliśmy, że w tym programie warto uwzględnić także profilaktykę chorób mężczyzn.

Program dla zdrowia kobiety uruchomiliśmy w 2023 r. Skorzystało z niego 18 powiatów, które zrealizowały łącznie 28 zadań, m.in. warsztaty, spotkania edukacyjne, pikniki zdrowotne czy akcje profilaktyczne ukierunkowane na



fot. Anna Trafisz

zwiększenie wykrywalności najczęstszych chorób występujących u kobiet.

Od 2024 r. realizujemy już rozszerzony program wsparcia „Mazowsze dla zdrowia”. Dofinansowujemy tu działania profilaktyczne i edukację zdrowotną. Projekty najczęściej dotyczą profilaktyki chorób naczyniowo-sercowych, metabolicznych, przewlekłej obturacyjnej choroby płuc i nowotworów. Dotacja może sięgać 100 tys. zł.

Dzięki temu programowi kobiety mają łatwiejszy dostęp do bezpłatnych badań przesiewowych, diagnostyki raka szyjki macicy, piersi i jajnika, pomiarów ciśnienia, glukozy i cholesterolu, konsultacji medycznych podczas wydarzeń zdrowotnych, a także warsztatów dietetycznych, zajęć ruchowych, edukacji o wczesnych objawach chorób i szkoleń z samobadania piersi.

Jakie problemy związane z ochroną zdrowia Mazowszanek są zgłaszane najczęściej?

Uczestnicy naszych programów najczęściej zgłaszają, że dostępnych świadczeń jest zbyt mało, a duże zainteresowanie wydłuża czas oczekiwania. Kolejna kwestia to ograniczona dostępność programów w niektórych częściach Mazowsza. Mimo ponawianych konkursów nie wszystkie podmioty z poszczególnych regionów zgłaszają się do realizacji działań. Najwięcej ofert jest z Warszawy i większych miast, co powoduje „białe plamy” na mapie województwa.

Trzeba jednak wyraźnie podkreślić, że główna odpowiedzialność za finansowanie i organizację bieżących świadczeń medycznych spoczywa na NFZ. Nasze działania nie zastępują systemu państwowego, mają go jedynie uzupełnić. Mowa tu o programach polityki zdrowotnej oraz regionalnych programach zdrowotnych. Należą do nich m.in. program polityki zdrowotnej w zakresie opieki poporodowej, profilaktyki i wczesnego wykrywania osteoporozy i raka płuc czy poprawy sprawności fizycznej osób po 60. roku życia. W ramach każdego z tych programów są wybierani realizatorzy, którzy otrzymują dotację na prowadzenie działań skierowanych do mieszkańców Mazowsza.

Program profilaktyki i wczesnego wykrywania osteoporozy jest skierowany

do kobiet, które ukończyły 65 lat lub są w wieku 40–64 lat i spełniają co najmniej jedno kryterium medyczne, oraz do mężczyzn po 75. roku życia. W ramach tego programu są prowadzone m.in. edukacja zdrowotna, oszacowanie 10-letniego ryzyka złamania kości metodą FRAX, badanie densytometryczne, konsultacja lekarska, ale też szkolenia personelu medycznego.

Co jeszcze mogłoby poprawić opiekę zdrowotną kobiet na Mazowszu?

Wojewódzki Plan Transformacji dla Mazowsza zawiera rekomendacje dotyczące poprawy opieki zdrowotnej nad kobietami w całym regionie. Podkreśla potrzebę intensyfikacji działań edukacyjnych tam, gdzie udział w badaniach profilaktycznych – takich jak cytologia, mammografia czy badania jelita grubego – jest niski, ale też modernizację i rozbudowę infrastruktury POZ.

Strategia wskazuje także na konieczność tworzenia poradni onkologicznych i poradni położniczo-ginekologicznych, szczególnie w mniejszych ośrodkach, gdzie dostęp do tych usług jest ograniczony. Priorytetem jest również rozwój pracowni diagnostycznych, np. rezonansu magnetycznego, tomografii komputerowej, co zwiększa możliwości wczesnej diagnostyki chorób kobiecych. Jest też potrzeba zwiększenia dostępności leczenia niepłodności, w tym procedur *in vitro*, we wszystkich regionach Mazowsza.

Jakie wasze działania w obszarze zdrowia mogłyby zainspirować inne samorządy?

Zdecydowanie są to nasze programy wsparcia – „Mazowsze dla zdrowia”, „Mazowsze dla zdrowia psychicznego” i „Mazowsze dla seniorów”. Dzięki systemowi grantów powiaty i gminy mogą realizować własne pomysły dopasowane do lokalnych potrzeb zdrowotnych. To elastyczny i skuteczny model, szczególnie pomocny dla mniejszych jednostek, które często nie mają środków na takie działania.

Kolejną dobrą praktyką jest łączenie działań edukacyjnych z dostępem do badań profilaktycznych. Finansowanie badań to jedna sprawa, ale równie

istotna jest ich promocja i przekazywanie informacji, gdzie i w jaki sposób można z nich skorzystać.

Ważnym przykładem jest również współpraca z lokalnymi instytucjami, takimi jak szkoły czy różne organizacje społeczne.

Warto wspomnieć także o budżecie obywatelskim Mazowsza, który umożliwia mieszkańcom bezpośredni wpływ na przeznaczenie części środków publicznych. Wśród realizowanych projektów coraz większą część stanowią inicjatywy związane z ochroną zdrowia i profilaktyką.

Co można jeszcze poprawić w działaniu samorządu na rzecz zdrowia kobiet?

Warto rozważyć jeszcze głębszą integrację działań informacyjnych na poziomie lokalnym, tak aby mieszkanki mniejszych gmin miały pełną świadomość, że program finansowany przez samorząd województwa jest dostępny w ich powiecie dzięki współpracy różnych jednostek samorządu terytorialnego.

Czy w planach są dodatkowe działania podnoszące poziom zdrowia Mazowszanek?

Działamy w sposób ciągły – co roku są uruchamiane nowe nabory i środki na profilaktykę. Będziemy kontynuować dotychczasowe inicjatywy, ale pojawiają się również nowe.

Jedną z nich jest profilaktyka wypalenia zawodowego. Dane ZUS wskazują, że w 2023 r. zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania odpowiadały za 11 proc. wszystkich dni absencji. Wśród kobiet jedną z najczęściej występujących przyczyn niezdolności do pracy były reakcje na ciężki stres i zaburzenia adaptacyjne. W związku z tym planujemy działania m.in. z zakresu psychoedukacji, warsztaty pracy z ciałem, szkolenia i indywidualne konsultacje psychologiczne. Projekt jest finansowany ze środków unijnych, a wnioski mogły składać podmioty z terenu województwa mazowieckiego. Nabór cieszył się bardzo dużym zainteresowaniem, a wartość podpisanych umów wyniosła blisko 6 mln zł. Realizacja programu rozpoczęła się w 2025 r. i jest zaplanowana do 2028 r. ●

Zerwać nisko wiszące owoce



O najważniejszych wyzwaniach zdrowotnych kobiet i niewykorzystanym potencjale profilaktyki w Polsce mówi **dr hab. n. med. Paweł Koczkodaj**, profesor Narodowego Instytutu Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowego Instytutu Badawczego, ekspert zdrowia publicznego i prewencji nowotworów.

rozmawiała **KAROLINA STĘPNIIEWSKA**

Jak pan ocenia aktualną sytuację zdrowotną Polek?

Z jednej strony obserwujemy postęp medycyny i stopniową poprawę niektórych wskaźników zdrowotnych. Z drugiej – wciąż utrzymuje się wysokie obciążenie chorobami przewlekłymi. Wśród nich szczególne znaczenie mają choroby nowotworowe, które są drugą najczęstszą przyczyną zgonów w kraju.

Z perspektywy zdrowia publicznego duży niepokój budzi kilka zjawisk, m.in. rosnące obciążenie chorobami nowotworowymi wynikające głównie ze starzenia się populacji. W Polsce obserwuje się także stosunkowo wysokie rozpowszechnienie niektórych czynników zwiększających ryzyko nowotworów, takich jak palenie papierosów czy choroba otyłościowa.

Innym bardzo niepokojącym zjawiskiem jest zmiana w strukturze zgonów kobiet. W ostatnich latach rak płuca jest najczęstszą przyczyną zgonów nowotworowych wśród Polek (18,6 proc.), wyprzedzając raka piersi. Według danych NFZ na 1 lutego 2026 r. z programów badań przesiewowych skorzystało ok. 32 proc. (mammografia) oraz 12 proc. (test HPV DNA/cytologia) uprawnionych kobiet. W przypadku kolonoskopii ok. 15 proc. – jest to jednak odsetek wspólny dla obydwu płci.

Czy to znaczy, że programy przesiewowe nie działają?

Nie mamy żadnych wątpliwości co do tego, że programy, takie jak mammografia czy test HPV DNA/cytologia, są skuteczne, pod warunkiem jednak

spełnienia określonych kryteriów organizacyjnych i epidemiologicznych. Przyjmuje się, że aby program mógł przynieść mierzalny efekt populacyjny, udział powinien wynosić co najmniej 70 proc. populacji docelowej. W Polsce problem nie polega więc na tym, czy programy przesiewowe są skuteczne jako takie, lecz na tym, że poziom uczestnictwa pozostaje wyraźnie poniżej tego progu.

Wspominał pan niedawno o tzw. *low-hanging fruits* – sprawdzonych rozwiązaniach do zapraszania pacjentek na badania przesiewowe.

Z doświadczeń międzynarodowych wynika, że systematyczne, imienne zaproszenia z przypisanym terminem badania znacząco zwiększają uczestnictwo w screeningach, a ich brak ogranicza zasięg programu.

W Polsce mechanizm takich zaproszeń funkcjonował w przeszłości, jednak jego stosowanie zostało przerwane w 2017 r. Od tego czasu nie wdrożono w pełni systemowego rozwiązania, które zastąpiłoby tradycyjne zaproszenia np. poprzez SMS, e-mail czy IKP. W efekcie udział w badaniach przesiewowych w kolejnych latach utrzymywał się na poziomie wyraźnie niższym niż wymagany dla maksymalnego efektu zdrowotnego.

Biorąc jednak pod uwagę duże zainteresowanie tym tematem w debacie publicznej, mam nadzieję, że ten „nisko wiszący owoc” zostanie wkrótce zerwany.

Jaką rolę powinni odgrywać tu lekarze POZ i ginekolodzy?

Wydaje się zasadnym, aby ich rola nie ograniczała się wyłącznie do reagowania na potrzeby zgłaszane przez pacjentki, ale obejmowała również aktywne przypominanie o badaniach przesiewowych, identyfikowanie osób z grup ryzyka oraz zachęcanie do udziału w profilaktyce.

W przeprowadzonym przez nas badaniu dotyczącym roli lekarzy POZ w prewencji nowotworów większość respondentów wskazywała właśnie na takie zadania. Jednocześnie wyniki badania pokazują, że w praktyce potencjał ten nie zawsze jest w pełni wykorzystywany. Może to sugerować, że nawet niewielkie wzmocnienie roli lekarzy w przypominaniu o badaniach i rozmowie o profilaktyce podczas codziennych wizyt mogłoby pozytywnie wpłynąć na zgłaszalność do programów przesiewowych.

Inne badanie – sondaż zlecony przez Ministerstwo Zdrowia (2022) – pokazuje, że jednym z najczęstszych powodów niekorzystania z badań przesiewowych jest brak zalecenia od lekarza, pomimo że jak wiadomo, nie jest ono wymagane – udział w screeningu nie wymaga też skierowania.

Co jest największym wyzwaniem w przypadku raka piersi?

Obserwowany wzrost zachorowalności wynika z kilku nakładających się czynników. Jednym z najważniejszych jest starzenie się populacji. Ryzyko zachorowania na raka piersi wyraźnie rośnie wraz z wiekiem. Innym istotnym wyzwaniem jest ekspozycja na coraz bardziej rozpowszechnione modyfikowalne czynniki ryzyka, m.in. nadwagę i chorobę otyłościową, niską aktywność fizyczną oraz konsumpcję alkoholu. Czynniki te mają udokumentowany związek ze zwiększonym ryzykiem zachorowania na raka piersi.

Rak piersi jest chorobą o złożonej etiologii. Według danych WHO ok. połowa przypadków zachorowań występuje u kobiet, u których nie można

zidentyfikować żadnych wyraźnych czynników ryzyka poza płcią żeńską i wiekiem powyżej 40 lat. Z tego powodu profilaktyka wtórna w przypadku raka piersi ma szczególne znaczenie.

Poza nowotworami, które choroby przewlekłe są dziś największym problemem?

Najczęstszą przyczyną zgonów nadal są choroby układu krążenia – w 2023 r. odpowiadały za blisko 37 proc. wszystkich zgonów w Polsce. Co istotne, wyższa umieralność z powodu tych chorób jest jednym z głównych powodów, dla których oczekiwana długość życia w Polsce pozostaje krótsza niż przeciętnie w krajach Unii Europejskiej.

Drugim obszarem, który w ostatnich latach coraz wyraźniej zaznacza się w analizach zdrowia populacji, są zaburzenia psychiczne. Obserwujemy rosnącą liczbę pacjentów korzystających z opieki psychiatrycznej, a także wzrost hospitalizacji związanych m.in. z depresją, zaburzeniami lękowymi, uzależnieniami czy po próbach samobójczych.

Bardzo istotna pozostaje także rola czynników związanych ze stylem życia, które w coraz większym stopniu determinują zdrowie społeczeństwa. W Polsce utrzymuje się wysoki poziom problemów zdrowotnych związanych m.in. z konsumpcją alkoholu, a umieralność z przyczyn bezpośrednich z nim związanych pozostaje wyraźnie wyższa niż przeciętnie w krajach Unii Europejskiej.

Czy finansowanie profilaktyki zdrowotnej w Polsce jest adekwatne do skali problemu?

Jeśli spojrzymy na dane systemowe, wiadać, że nakłady na profilaktykę w Polsce pozostają stosunkowo niskie. Analizy międzynarodowe wskazują, że Polska przeznacza na nią mniej niż 2 proc. całkowitych wydatków na zdrowie, co plasuje nas wśród krajów o niższym poziomie finansowania profilaktyki w Europie.

Kluczowe wyzwanie nie polega wyłącznie na zwiększaniu całkowitych wydatków, ale również na stopniowej zmianie proporcji – na przesuwaniu większej części środków w stronę działań prewencyjnych, które ograniczają ryzyko chorób, zanim pojawi się potrzeba leczenia. W dłuższej perspektywie medycyna

prewencyjna przynosi największe korzyści zdrowotne dla całej populacji.

Jakie zmiany w polityce zdrowotnej wobec kobiet mogą poprawić skuteczność profilaktyki?

Doświadczenia wielu krajów pokazują, że profilaktyka działa najlepiej wtedy, gdy ma charakter zorganizowany i proaktywny, czyli kiedy to system zaprasza pacjentkę na badanie, przypomina o nim i ułatwia dostęp do świadczenia. W przypadku badań przesiewowych wysoki poziom uczestnictwa jest warunkiem ich skuteczności populacyjnej, dlatego rozwój nowoczesnych systemów zaproszeń i przypomnień, łączących różne kanały komunikacji, może mieć bardzo duże znaczenie dla poprawy zgłaszalności. Ponadto w krajach europejskich, gdzie zgłaszalność na badania przesiewowe jest wysoka, istotną rolę odgrywają także rejestry profilaktyczne, które umożliwiają monitorowanie historii zaproszeń, realny udział w badaniach, wykrycia interwałowe i efekty zdrowotne. Pozyskiwanie i łączenie danych o udziale w przesiewach pozwala kierować działania do grup, które nie odpowiadają na zaproszenia.

Ważnym kierunkiem jest silniejsze osadzenie profilaktyki w podstawowej opiece zdrowotnej czy zakotwiczenie jej w medycynie pracy. Profilaktyka jest najskuteczniejsza, gdy staje się elementem codziennego kontaktu z systemem ochrony zdrowia – podczas wizyty u lekarza POZ, ginekologa, położnej czy lekarza medycyny pracy. To w tych miejscach można najłatwiej przypominać o badaniach przesiewowych, identyfikować czynniki ryzyka i kierować pacjentki do odpowiednich świadczeń.

Być może priorytetem jest przesunięcie większej części wysiłku systemu z leczenia na zapobieganie chorobom. Współczesna wiedza z zakresu zdrowia publicznego jasno pokazuje, że stan zdrowia społeczeństwa w ogromnym stopniu zależy od czynników związanych ze stylem życia i środowiskiem. Dlatego w najbliższej dekadzie kluczowe będzie wzmacnianie działań ograniczających te czynniki ryzyka – poprzez politykę zdrowotną oraz działania edukacyjne i regulacyjne. ●

Co z tym *in vitro*?



MAŁGORZATA SOLECKA
dziennikarka

Jeśli w ochronie zdrowia można wskazać jakiś niekwestionowany sukces ostatnich lat, to bez wątpienia jest to finansowanie programu *in vitro*. Błyskawiczne uchwalenie ustawy, które wydarzyło się na początku kadencji, budowanie ramowych rozwiązań i uruchomienie programu w połowie 2024 r. przyniosło już ponad 10 tys. urodzonych dzieci i nadzieję dla kolejnych tysięcy par pragnących zostać rodzicami.

W ustawie zapisano, że co roku rząd przeznaczy na realizację programu 0,5 mld zł. W momencie jego uruchamiania pa-dały jednak obietnice – m.in. z ust ówczesnej minister zdrowia Izabeli Leszczy – że jeśli będą potrzeby, znajdą się dodatkowe środki. Bardzo szybko okazało się, że potrzeby rzeczywiście są – już pod koniec ub.r. rząd musiał znaleźć dodatkowe 100 mln zł, a i tak pieniędzy nie wystarczyło, by zapłacić w pełni wszystkim ośrodkom za całość zrealizowanych procedur.

W styczniu, podczas posiedzenia sejmowej Komisji Zdrowia, bardzo wyraźnie wybrzmiał postulat zwiększenia poziomu finansowania do 800 mln zł, co – zdaniem ekspertów i strony społecznej – zaspokoiłoby obecny poziom potrzeb. Wiceminister zdrowia Tomasz Maciejewski nie dawał jednak większych nadziei, że takie pieniądze się znajdą. Jak mówił, wyzwaniem będzie utrzymanie ubiegłorocznego poziomu finansowania (czyli 600 mln zł).

W rozmowach kulisowych nie kryto rozczarowania, ale też zdziwienia. Pojawyły się opinie, że choć sytuacja finansowa systemu ochrony zdrowia jest rzeczywiście *skomplikowana, trudna, kryzysowa*, dodatkowe 200 mln zł to nie są

środki, których by rząd (minister zdrowia) nie mógł znaleźć, a chodzi o program flagowy, którym rząd Donalda Tuska i premier osobiście chwali się (słusznie) przy każdej możliwej okazji. Zasadne zaczęło wydawać się pytanie, czy obecne kierownictwo resortu zdrowia traktuje program tak priorytetowo jak poprzednicy.

Zwłaszcza że faktyczna odmowa złożenia nawet miękkiej obietnicy zwiększenia finansowania okazała się dopiero początkiem zawirowań wokół programu. Pod koniec lutego media nagłośniły problem z jego tegorocznym finansowaniem: mimo zabezpieczenia środków w budżecie resortu zdrowia ośrodki zakwalifikowane do programu dopiero 26 lutego dowiedziały się, jakimi kwotami będą dysponować w 2026 r. Przez dwa miesiące nie tylko funkcjonowały bez umów, ale też kredytowały program, nie chcąc narażać pacjentów na opóźnienia procedur (które, jak podkreślają specjaliści, mogą realnie zmniejszyć szanse na powodzenie leczenia).

W ślad za tymi informacjami przyszła kolejna – ze stanowiskiem pożygnęła się dyrektor Departamentu Równości w Zdrowiu Dagmara Korbasiańska-Chwedczuk, która w rozmowie z dziennikarzami branżowymi mówiła o *trud-*

nościach komunikacyjnych z nadzorującym departament wiceministrem, czyli Katarzyną Kęcką.

Na dziś wiadomo, że ośrodki prowadzące program nie tylko muszą czekać na pieniądze, ale przynajmniej niektóre otrzymują ich planowo mniej niż rok wcześniej. Dotyczy to m.in. jednej z niewielu publicznych placówek, które uczestniczą w programie.

Notabene, podczas styczniowej dyskusji o sytuację publicznych podmiotów pytał Janusz Cieszyński (PiS), poddając pod rozagę potrzebę ich wzmacniania wobec dominujących podmiotów prywatnych, które są zdecydowanymi beneficjentami programu. Jednak decyzje, jakie zapadają, nie świadczą bynajmniej, by resort zdrowia podzielał opinię posła opozycji.

Na przełomie lutego i marca Warszawski Szpital Południowy, jedna z poszkodowanych w podziale środków placówek, zdecydowanie zaprotestował przeciw zmniejszeniu środków, jakie w ramach rządowego programu *in vitro* przyznano mu na leczenie niepłodności, podkreślając, że zaplanowany przez MZ podział pieniędzy jest niesprawiedliwy: z przeznaczonych na program 600 mln zł ośrodki publiczne otrzymały zaledwie 21 mln zł. Sam szpital otrzymał na 2026 r. 5 798 192,4 zł, czyli o 2 484 939,6 zł środków mniej niż w roku ubiegłym (w 2025 r. – 8 283 132 zł).

Ośrodek ten (pierwsze w Polsce samorządowe centrum *in vitro*) nie ukrywa zaniepokojenia i rozczarowania. – *Nam – placówce publicznej – ograniczono rozwój, natomiast postawiono na ośrodki prywatne. Zmniejszenie przyznanych środków nie pozwoli wykorzystać potencjału, jaki mamy, i każe odesłać pacjentów, którzy są już z nami w kontakcie, bo pragną zostać rodzicami, korzystając ze wsparcia publicznej placówki, która gwarantuje im pełną opiekę od poczęcia do narodzin – czytamy w piśmie.*

Oficjalna odpowiedź resortu na wszystkie doniesienia dotyczące perturbacji wokół finansowania *in vitro*? – *Program jest stabilny, finansowanie zabezpieczone, a jego nadrzędnym celem pozostaje jedno: realne wsparcie par w drodze do rodzicielstwa oraz poczucie bezpieczeństwa przyszłych rodziców.* ●

RECEPTA NA ŻYCIE? UBEZPIECZENIE DLA LEKARZY

Prywatne L4. Bez karencji i ukrytych zapisów!

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



Świadczenie wypłacane
nawet od pierwszego dnia
niezdolności do pracy



Nawet do 50 000 zł
na miesiąc



Jednorazowe
odszkodowanie nawet
do 10 mln zł



Ochrona również
w przypadku choroby
zwyrodnieniowej kręgosłupa

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

Ulotka nie stanowi oferty w rozumieniu art. 66 Kodeksu cywilnego

ZADZWOŃ I OTRZYMAJ SPERSONALIZOWANĄ OFERTĘ!

Jolanta Ślesak-Ciuła

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

EHDS wprowadzi dwie ważne zmiany dla lekarzy



ARTUR OLESCH
dziennikarz

Od marca 2029 r. lekarze będą mieli dostęp do podsumowania danych pacjentów zarówno z Polski, jak i z zagranicy, bezpośrednio w swoim systemie gabinetowym. Oprogramowanie do prowadzenia EDM będzie od tej daty traktowane jako wyrób medyczny. A to może być problem dla lekarzy korzystających z autorskich rozwiązań IT.

Europejska przestrzeń danych dotyczących zdrowia (European Health Data Space, EHDS), która weszła w życie 26 marca 2025 r., ma zapewnić dostęp do danych medycznych oraz ułatwić wykorzystanie anonimowych danych pacjentów do celów naukowych, m.in. w pracach nad nowymi lekami i do trenowania algorytmów AI. Jako że jest to regulacja, a nie dyrektywa, EHDS obowiązuje automatycznie we wszystkich krajach UE.

EHDS TO NAJWIĘKSZY PROJEKT E-ZDROWIA W EUROPIE

Transgraniczną e-receptę, jeden z elementów EHDS, Polska wdraża od kilku lat – wystawioną w kraju e-receptę można zrealizować w 10 krajach UE. Aby to zrobić, pacjent musi posiadać

Internetowe Konto Pacjenta (IKP), w którym wyraża zgodę na obsługę e-recept za granicą.

Na podobnej zasadzie będzie aktywowana zgoda na wgląd przez lekarza do Skróconej Karty Zdrowia Pacjenta (tzw. Patient Summary, SKZP). Od 2029 r. karta będzie zawierała m.in. informacje dotyczące grupy krwi, przepisanych na receptę leków, alergii, rozpoznania, wykonanych usług medycznych, wszczepionych urządzeń medycznych (np. implantów). Dwa lata później, w marcu 2031 r., dojdą do nich wyniki badań laboratoryjnych oraz wypisy ze szpitala. W ten sposób, kiedy podczas pobytu we Wrocławiu turysta z Włoch trafi do przychodni albo do szpitala, lekarze będą mogli od razu sprawdzić podstawowe dane. Obecnie trzeba zlecić

nowe badania i polegać na wywiadzie z pacjentem, który utrudnia bariera językowa (a nawet może być niemożliwy, gdy pacjent jest nieprzytomny).

PODSUMOWANIE DANYCH PACJENTA A EDM

SKZP nie powstaje tylko z myślą o pacjentach z zagranicy, ale także aby umożliwić wymianę danych w granicach kraju. W ten sposób Unia Europejska chce zagwarantować, że podstawowe informacje o zdrowiu pacjentów będą w końcu wymienne między placówkami zdrowia. Krajowa Skrócona Karta Zdrowia Pacjenta będzie funkcjonowała równolegle obok wdrażanej w Polsce elektronicznej dokumentacji medycznej (EDM), która jednak zawiera inny zakres danych.

Prace nad wdrożeniem SKZP w Polsce trwają od 2025 r. W lutym br. Ministerstwo Zdrowia opublikowało projekt ustawy wprowadzającej nowe usługi e-zdrowia, w którym znajduje się zapis o krajowej i transgranicznej Skróconej Karcie Zdrowia Pacjenta. Wdrożenie potrwa do 2035 r. i będzie kosztowało ok. 75 mln zł. Część środków pochodzi z KPO.

Z kolei w styczniu br. CeZ zaprosiło ratowników medycznych, pracowników SOR, lekarzy POZ, internistów,





fot. licencja Oll w Warszawie

anestezjologów, lekarzy geriatrów oraz pielęgniarki do badania UX (doświadczenia użytkownika) karty. Jak informuje CeZ, *karta została zaprojektowana tak, aby mogła być wykorzystywana zarówno w Polsce, jak i w ramach procedur transgranicznych.*

Dobłą informacją dla lekarzy jest to, że Skrócona Karta Zdrowia Pacjenta będzie dostępna bezpośrednio w systemie gabinetowym, bez konieczności logowania się do nowego systemu. Aby karta pojawiła się w systemie IT lekarza lub placówki zdrowia, dostawcy rozwiązań IT do obsługi elektronicznej dokumentacji medycznej są zobowiązani – także do marca 2029 r. – do dostosowania oprogramowania do europejskiego formatu wymiany elektronicznej dokumentacji medycznej (EEHRxF). To o tyle dobra informacja, że wdrożenie transgranicznej wymiany danych nie będzie się wiązało z żadną dodatkową pracą administracyjną po stronie lekarza. Karta po prostu pojawi się w systemie IT. O ile oczywiście ten spełni wymagania EHDS.

OPROGRAMOWANIE MEDYCZNE JAKO PRODUKT MEDYCZNY

Aby przymusić dostawców IT do wdrożenia standardu EEHRxF, regulacja

EHDS klasyfikuje oprogramowanie do tworzenia i przechowywania dokumentacji medycznej pacjentów jako produkt medyczny. A więc system IT będzie musiał mieć oznaczenie CE, czyli znak zgodności z prawem Unii Europejskiej (z franc. *Conformité Européenne*).

Nie jest to certyfikat, a jedynie potwierdzenie. Dostawca IT, który wdroży format EEHRxF, wypełnia formularz online, deklarując zgodność produktu z wymaganiami, a system zostaje zarejestrowany w centralnej bazie. Jeśli tego nie zrobi, organ nadzorczy może wezwać do wprowadzenia odpowiednich poprawek w oprogramowaniu lub zmusić dostawcę do zawieszenia jego dystrybucji.

Dla praktyk lekarskich mających systemy małych firm albo tworzonych indywidualnie przez informatyków to tykająca bomba. System IT będzie musiał zostać dostosowany do formatu EEHRxF, co wiąże się z dodatkowymi pracami informatycznymi. Do tego znak CE nakłada obowiązek sporządzenia pełnej dokumentacji technicznej.

Duże firmy IT nie będą miały z tym problemu i już rozpoczęły przygotowania. Tutaj lekarze nie muszą się martwić. Problem dotyczy placówek z autorskimi systemami albo tworzonymi na indywidualne zamówienie przez

firmy, które nie mają zasobów do spełniania wymagań EHDS.

PLACÓWKA MA AUTORSKI SYSTEM IT? JEST DOSTAWCĄ IT

Zgodnie z regulacją EHDS placówka, która korzysta z systemu gabinetowego stworzonego przez zatrudnionych informatyków, automatycznie jest dostawcą systemu IT – producentem systemu EDM jest *każda osoba fizyczna lub prawna, która wytwarza produkt lub zleca jego zaprojektowanie albo wytworzenie i wprowadza ten produkt do obrotu pod własną nazwą lub znakiem towarowym.*

Ile takich małych systemów faktycznie nadal funkcjonuje? Tego nikt nie wie. Jednak placówki i lekarze, którzy je posiadają, powinni zwrócić uwagę, czy spełnią one nowe wymagania, a jeśli nie – zacząć myśleć o zmianie systemu. Na to pozostały trzy lata.

Komisja Europejska argumentuje, że standaryzacja systemów IT do prowadzenia EDM jest z korzyścią dla ich użytkowników – każdy system będzie spełniał określone normy wymiany danych i bezpieczeństwa, dzięki czemu podmioty zdrowia będą mogły łatwiej wymienić oprogramowanie. W praktyce wdrożenie nowego IT jest o wiele bardziej skomplikowane.

W 2025 r. Polskę odwiedziło 39,6 mln turystów. Do tego dochodzą osoby mające uprawnienia w ramach dokumentu S1, które podczas czasowego pobytu w Polsce zyskują uprawnienia do korzystania ze świadczeń zdrowotnych refundowanych przez NFZ. Część z nich choruje albo ulega wypadkom i wtedy lekarz nie ma żadnych informacji na temat historii leczenia albo alergii. To zmieni EHDS.

Według sprawozdania NFZ z 2024 r. Polacy złożyli 4751 wniosków o zwrot kosztów poniesionych podczas czasowego pobytu za granicą. To 4751 osób, które udały się do lekarza za granicą i ryzykowały błędną diagnozę, bo lekarz nie miał dostępu do żadnych danych na ich temat. Skrócona Karta Zdrowia Pacjenta ułatwi lekarzom podejmowanie decyzji klinicznych, a pacjentom daje gwarancję, że kiedy będą potrzebowali pomocy za granicą, krytyczne informacje będą zawsze dostępne. ●

Więcej znaczy



MAŁGORZATA SOLECKA
dziennikarka

Za świadczenia nielimitowane, wykonane ponad to, co zawarte w kontrakcie, NFZ zapłaci 40 proc. ceny nominalnej, kontraktowej – i to z kilkumiesięcznym opóźnieniem. To ma przynieść płatnikowi 800 mln zł oszczędności, uelastyczyć budżet NFZ, a świadczeniodawcom umożliwić renegotjowanie umów... przede wszystkim z lekarzami.

Płatnik swoją propozycję zmian przedstawił 5 marca, na razie – to ważne zastrzeżenie – dotyczącą czterech kosztochłonnych badań: tomografii komputerowej, rezonansu magnetycznego, gastroskopii i kolonoskopii. Wszystkie zyskały status nielimitowanych kilka lat temu zarządzeniem prezesa NFZ, więc takim samym zarządzeniem można zmienić sposób ich finansowania – uważa kierownictwo Funduszu. Prezes NFZ Filip Nowak podczas spotkania z dziennikarzami tłumaczył, że obowiązkiem płatnika jest racjonalizacja wydatków, a koszty wskazanych badań diagnostycznych zdecydowanie wymknęły się spod kontroli. Gdy wartość świadczeń w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej (AOS) od 2021 r. do 2025 r. wzrosła o grubo ponad 100 proc., liczba świadczeń wzrosła nieco powyżej 20 proc. Wielu ekspertów od dwóch, a nawet trzech lat wskazuje, że jest to jeden z głównych problemów i paradoksów – pieniędzy

nominalnie, ale też realnie, w systemie przybywa, natomiast nie przekłada się to na dostępność, bo za taki sam (lub niewiele większy) wolumen świadczeń płacimy coraz więcej.

Motorem napędowym dynamiki wzrostu kosztów jest, w ocenie NFZ, struktura zatrudnienia i forma rozliczeń świadczeń. Ok. 84 proc. lekarzy zatrudnionych w AOS pracuje na kontraktach, a w podmiotach zajmujących się diagnostyką w ramach AOS – to aż 95 proc. Badania te niemal w całości są wykonywane w modelu B2B, a większość lekarzy otrzymuje wynagrodzenie jako odsetek od wartości kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia.

Prezes NFZ nie ukrywał, że jednym z głównych celów zmiany jest ograniczenie zarobków kontraktowców. W jego ocenie zmiana warunków finansowania otworzy dyrektorom podmiotów leczniczych możliwość renegotjowania warunków umów, zwłaszcza tych, które bazują na ustalonym pro-

cencie od procedury. Mimo że Ministerstwo Zdrowia w listopadzie wycofało się z proponowanych zmian dotyczących warunków kontraktów lekarskich (przede wszystkim z wprowadzenia górnego limitu wartości umowy, ale też zakazu zawierania umów opartych na procencie od procedury), płatnik widzi problem w powiązaniu wzrostu wycen ze wzrostem pozakodeksowych kosztów pracy. Mówił o tym zresztą wprost wiceprezes NFZ Jakub Szulc, który przyznał, że o ile można rozważać sfinansowanie w 2026 r. ustawy o wynagrodzeniach w jej minimalnym wariancie, czyli wyłącznie umów etatowych do wysokości ustawowych minimalnych wartości wynagrodzeń, o tyle wobec innych form zatrudnienia (przede wszystkim zaś kontraktów lekarskich) trzeba stosować *wzmocnienia negatywne*.

Z nowych regulacji mają być wyłączone świadczenia udzielane w populacji pediatrycznej oraz na podstawie kart DiLO. Zarządzenie prezesa NFZ, jeśli oczywiście zostanie zaakceptowane przez resort zdrowia (można zakładać, że tak się stanie, jesienią minister zdrowia w swoim planie oszczędnościowym proponowała powrót do limitów, również w diagnostyce kosztochłonnej), miało wejść w życie od 1 stycznia 2026 r. To oznacza, że już tegoroczne „nadwykonania” byłyby finansowane z bardzo dużą regresją i dopiero pod koniec pierwszego kwartału 2027 r. – *To nic innego jak wprowadzenie limitów tylnymi drzwiami, w dodatku z mocą wsteczną* – ocenia na gorąco dr n. med. Łukasz Jankowski, prezes Naczelnej Rady Lekarskiej, sygnalizując możliwość skierowania sprawy do UOKiK w związku z nadużywaniem pozycji monopolisty przez publicznego płatnika.

mniej

Prezes Nowak zapewnia, że o żadnych limitach mowy nie ma, bo świadczenia limitowane nie mają w ogóle gwarancji zapłaty w zakresie nadwykonań (nawet jeśli płatnik stara się przynajmniej częściowo je finansować, zawsze jest to na ostatnim miejscu zobowiązań, bo tak naprawdę przepisy nie nakładają na Fundusz takiego obowiązku). Zdaniem szefa NFZ proponowany *model finansowania może być krytykowany, ale jest dla pacjentów i dla świadczeniodawców rozwiązaniem lepszym niż wprowadzenie limitów*. Nowak nie wykluczył też, że nowe zasady rozliczeń obejmą kolejne świadczenia.

NFZ zapewnia, że nie zmniejszy liczby udzielanych świadczeń – byłoby to z pewnością niepożądane, zważywszy, że choćby pod względem dostępności do badań TK i RM (liczba badań w przeliczeniu na populację) Polska odstaje od średniej unijnej, nie mówiąc o krajach, które są liderami w poziomie opieki zdrowotnej. Trudno jednak wyobrazić sobie, w jaki sposób liczba świadczeń wykonywanych po zmianach zasad finansowania miała by się nie zmniejszyć – będzie to zapewne jeden z wątków, jakie zostaną poruszone w trakcie konsultacji publicznych, do których projekt ma zostać skierowany.

Swego rodzaju „prekonsultacje” odbyły się zresztą 3 marca, gdy pod Ministerstwem Zdrowia pikietowali przedstawiciele szpitali powiatowych oraz powiatów. Wśród sześciu postulatów, sformułowanych przez Ogólnopolski Związek Pracodawców Szpitali Powiatowych, znalazł się jeden w całości poświęcony świadczeniom nielimitowanym. Szpitale powiatowe żądają, by były one nie tylko finansowane w całości, ale też niemal na bieżąco, w miesięcznych cyklach rozliczeniowych (w tej chwili NFZ płaci po zamknięciu kwartału, do końca kolejnego, choć w niektórych regionach opóźnienia są jeszcze większe). NFZ proponuje nie tylko potężną redukcję stawki, ale i odłożenie w czasie płatności. Mogłaby ona być dzięki temu regulowana już z nowego planu finansowego, ale dla podmiotów leczniczych ten model oznacza usankcjonowanie kredytowania płatnika w niebagatelnym wymiarze czasowym.

NFZ tłumaczy, że koszty stałe świadczeniodawców pokrywane są z kontraktu, więc nadwykonania to coś „dodatkowego”, i wystarczy uwzględnić jedynie koszty zmienne. Problemem jest jednak to, że w budżetach świadczeniodawców najpoważniejszą pozycją –

sięgającą 60–70 proc. – są koszty pracy. Niektórzy eksperci już wskazują, że nawet jeśli pomysł NFZ nie jest pozbawiony sensu, to przy tej skali redukcji stawki może się odbić negatywnie nie tylko na budżetach placówek medycznych, ale przede wszystkim na dostępności do świadczeń w sektorze publicznym, bo wykonywanie świadczeń po tak obniżonej cenie, w połączeniu z długim czasem oczekiwania na płatność, mocno zniechęci świadczeniodawców do leczenia „ponad limit”.

Niewykluczone więc, że NFZ po raz ostatni na przełomie lutego i marca 2026 r. przeprowadzał operację rozliczania nadwykonań według dotychczasowych reguł. 20 lutego minister zdrowia poinformowała o przekazaniu 4 mld zł dotacji z budżetu resortu zdrowia. W pierwszych dniach marca NFZ z kolei, po zamknięciu wszystkich ksiąg w oddziałach, przekazał, że nadwykonania w świadczeniach nielimitowanych (np. udary, zawały, porody, diagnostyka obrazowa, wizyty u specjalistów) wyniosły 1,62 mld zł. Nadwykonania limitowane za leki w programach lekowych i w chemioterapii: 1,09 mld zł. Natomiast pozostałe nadwykonania w świadczeniach limitowanych: 2,61 mld zł (już z uwzględnieniem regresji). W sumie jest to 5,32 mld zł.

W pierwszej kolejności zostaną zapłacone nadwykonania nielimitowane, pieniądze trafią do świadczeniodawców w marcu. Sfinansowanie pozostałych nadwykonań zależy od sytuacji finansowej poszczególnych oddziałów – może się więc okazać, że tam, gdzie jest ona szczególnie trudna (to dotyczy np. Mazowsza), podmioty lecznicze będą się musiały uzbroić w cierpliwość. ●

OGŁOSZENIE



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



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

Węgierska wiosna?



DOMINIK HÉJJ

politolog,
autor książki „Węgry na nowo”

Kwiecień! Święta! Proszę zatem przyjąć najserdeczniejsze życzenia – wszelkiego dobra na ten rodzinny czas!

Nie będę życzył niczego więcej, tak bezpieczniej, bowiem moje noworoczne życzenia, patrząc na rozwój sytuacji międzynarodowej, raczej się nie sprawdziły.

Kwiecień to także wybory na Węgrzech. Nie ukrywam, że to państwo jest mi także naukowo najbliższe. Po raz pierwszy od 2010 r. opozycja ma realną szansę na zwycięstwo. W jej skład wchodzi jedna partia, Tisza. Lider ugrupowania, Péter Magyar, do lutego 2024 r. był członkiem partii Fidesz (obecnie rządzącej). Odszedł z niej i ogłosił istną woltę przeciwko dotychczasowemu środowisku, którego był częścią, dopiero w momencie politycznego przełomu. Otóż dwa lata temu, w lutym, opozycyjne media ujawniły, że prezydent Katalin Novák w 2023 r. ułaskawiła osobę skazaną za tuszowanie pedofilii. Prezydent ustąpiła ze stanowiska. Z życia politycznego wycofała się również Judit Varga, która w tamtym czasie była ministram sprawiedliwości, a więc kontrasygnowała decyzję o ułaskawieniu. Varga jest tu istotna jeszcze z jednego powodu. W listopadzie 2023 r. zakończyło się jej małżeństwo z rzeczonym Péterem Magyarem. Ten wątek rodzinny jest tyleż ważny, że to z jego powodu Magyar wypadł z kręgu zaufanych w Fideszu. Jego polityczne objawienie nie jest więc następstwem jakiejś głębokiej refleksji nad moralnością władzy, ale efektem braku możliwości dalszego funkcjonowania w tej partii. Warto wspomnieć – chociaż ten tekst nie do-

tyczy samej partii, która ma szansę na zwycięstwo – że w wielu punktach programy obu partii praktycznie się nie różnią. Można go wręcz nazwać Fideszem w wersji soft. Nadzieje, które dominują w przestrzeni publicznej, są w istotnym stopniu przeszacowane.

Tisza jednak pod lupę wzięła jedno z największych zmartwień wskazanych w sondażach przez samych Węgrów. Od lat w ścisłej czołówce znajduje się poziom ochrony zdrowia. O jej bolączkach pisałem już w 2023 r. Przez ten czas sytuacja nie tylko się nie poprawiła, ale wręcz odwrotnie, pogorszyła. Ochrona zdrowia na Węgrzech pozostaje chronicznie niedoinwestowana. Według danych Centralnego Urzędu Statystycznego (KSH) w latach 2010–2011 wydawano na nią 7,5 proc. PKB. Wartość ta regularnie malała aż do 2019 r., kiedy wyniosła 6,3 proc. PKB. W latach 2020–2021 nakłady wzrosły o 1 pkt proc. – do odpowiednio 7,3 i 7,4 proc. PKB, co tłumaczyć należy walką z koronawirusem (w kilku państwach notowany był podobny skokowy wzrost finansowania, m.in. w Chorwacji, Holandii czy Grecji). Następnie odsetek ten malał. W 2022 r. było to 6,7 proc., a w 2023 r. 6,4 proc. Warto zwrócić uwagę, że poza wzrostem w latach 2020–2021 państwowe wydatki na służbę zdrowia nie przekraczają 5 proc.

Chroniczne niedoinwestowanie ochrony zdrowia przejawia się nie tylko w złym stanie wizualnym szpitali, ale także w zarobkach personelu medycznego, który wyjeżdża za lepszym życiem na Zachód, przede wszystkim do Austrii, Niemiec, Skandynawii i Wielkiej Brytanii. Stanu tego nie zatrzymało nawet wprowadzenie nakazu pracy w państwowej ochronie zdrowia po ukończeniu studiów medycznych (by nie zostać obciążonym kosztami nauki). Wreszcie, aby zlikwidować opór lekarzy, w 2023 r. przeprowadzono reformę samorządów lekarskich, *de facto* je likwidując. Największą organizacją była i jest Węgierska Izba Lekarska (Magyar Orvosi Kamara, MOK). Ten akronim jeszcze nam się przyda.

Spektakularnym przejawem aktywizmu politycznego nowej partii było fotografowanie stanu węgierskich szpitali, który nie licował z oficjalnym przekazem partyjnym. Inicjatywy związane z dostarczaniem do placówek medycznych papieru toaletowego czy wentylatorów obiegły media społecznościowe. Temat ochrony zdrowia stał się czołowym elementem polityki nowego ugrupowania, a także jednym z filarów programu partii Tisza.

Co partia pod wodzą Pétera Magyara jeszcze proponuje? Przede wszystkim postuluje utworzenie ministerstwa zdrowia. Do 2010 r. taki urząd funkcjonował, obecnie sekretarz stanu ds. zdrowia pracuje w węgierskim MSW. W programie czytamy, że minister zdrowia otrzyma prawo weta w rządzie. Z kolei gabinet przed każdą istotną decyzją będzie zobowiązany przygotować ocenę jej wpływu na zdrowie publiczne. A kto jest proponowany na ministra zdrowia? Tu przyda nam się akronim MOK. To dr Zsolt Hegedűs, związany właśnie z Węgierską Izbą Lekarską. Jest on lekarzem specjalizującym się w ortopedii i chirurgii ura-



fot. licencja OLL w Warszawie

zowej. Nadzoruje program zdrowotny Tiszy. Przede wszystkim obiecał wycofanie skutków całej reformy z 2023 r., a więc przywrócenie podmiotowości samorządom lekarskim, a także utworzenie niezależnego Urzędu Kontroli Jakości w Ochronie Zdrowia. Bez finansów niewiele można wskórać, stąd Tisza deklaruje, że po wygranych wyborach zagwarantuje wzrost państwowych nakładów na ochronę zdrowia do 7 proc. PKB do 2030 r. Na ten cel z budżetu centralnego zostanie przeznaczonych ekstra 500 mld forintów rocznie, tj. prawie 5,5 mld zł. Istotną ulgą finansową dla obywateli ma być całkowite zniesienie podatku VAT na leki dostępne na receptę. Środki na te cele mają pochodzić częściowo z odblokowanych funduszy unijnych oraz lepszej alokacji

budżetu państwa (niestety konkretów w programie próżno szukać).

Partia zapowiada budowę nowoczesnych „superszpitali” w każdym komitacie, przy jednoczesnym utrzymaniu i dofinansowaniu mniejszych placówek poza dużymi miastami. W planach jest również rozbudowa sieci zintegrowanych ośrodków podstawowej opieki zdrowotnej, rozwój telemedycyny oraz gruntowna reforma pogotowia ratunkowego (OMSZ), w skład której wchodzi wymiana taboru tak drogowego, jak i lotniczego. Czas dojazdu systemowej karetki ma być nie dłuższy niż 15 min.

Braki kadrowe mają zostać zniwelowane poprzez podwyżki płac dla personelu oraz system ukierunkowanych zachęt dla lekarzy rodzinnych i pielęgniarek. Partia przewiduje urucho-

mienie programów stypendialnych dla młodych adeptów medycyny i rezydentów, a także personelu pielęgniarskiego. Łączny budżet ma wynieść 30 mld forintów, to jest 333 mln zł. W programie można także przeczytać, że będzie wprowadzona powszechna regulacja płac personelu niemedyceznego i pomocniczego. Przewrotnością jest, że taki zabieg stał się w Słowenii impulsem do rozpoczęcia strajku lekarzy. O Słowenii pisałem w poprzednim numerze „Pulsu”.

Co uda się z tych założeń wprowadzić? Czas pokaże. Przede wszystkim trzeba znaleźć środki tak własne, jak i z zagranicy. W tym celu należy odblokować ponad 10 mld euro z unijnych funduszy. Ale najpierw trzeba wygrać wybory. Te już 12 kwietnia. ●



Zapraszamy na szkolenia!

Za wszystkie szkolenia zdobywa się punkty edukacyjne.

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

KWIECIEŃ 2026

10.04 godz. 16.00–20.30
11.04 godz. 9.00–16.05
12.04 godz. 9.00–15.50

Kurs kwalifikacji do szczepień – zespół wykładowców (online)

14.04 godz. 19.00–21.00

Prawa lekarza przed sądem lekarskim – mec. Krzysztof Gołębiowski (online)

15.04 godz. 14.00–20.00

Komunikacja w sytuacjach trudnych z pacjentem i jego rodziną, cz. 2
– dr n. społ. Antonina Doroszevska (Warszawa: stacjonarnie)

16.04 godz. 19.00–21.00

Prehabilitacja pacjenta i lekarza – prof. Jacek Sobocki (online)

16.04 godz. 17.00–20.00

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

20.04 godz. 19.00–21.00

Nowe leki na świecie: podsumowanie rejestracji w 2025 r. – co lekarz powinien wiedzieć? – prof. Krzysztof J. Filipiak (online)

21.04 godz. 19.00–21.00

Zdarzenia niepożądane: raportowanie oraz postępowanie z nimi związane
– Jakub Adamski (online)

24.04 godz. 17.00–20.00

Podstawowe zabiegi resuscytacyjne z użyciem AED
– dr n. med. Piotr Abramczyk (Radom: stacjonarnie)

28.04 godz. 19.00–21.00

Bezpieczeństwo medyka – mec. Przemysław Rawa-Kłoczek, mec. Michał Mistrzak (online)



Więcej informacji i zapisy:



Drużyna

O realiach pracy gabinetu stomatologicznego, odpowiedzialności lekarza dentysty jako lidera zespołu oraz praktycznym znaczeniu współpracy z asystentami medycznymi, higienistkami i technikami dentystycznymi w holistycznej, skoordynowanej opiece nad pacjentem rozmawiam z **dr. n. med. Dariuszem Paluszkim**, wiceprezesem ORL, przewodniczącym Komisji ds. Lekarzy Dentystów.

rozmawiała
DOROTA LEBIEDZIŃSKA

Holistyczne podejście do pacjenta wielokrotnie pojawia się w dyskusjach o przyszłości stomatologii.

Co oznacza dla lekarza dentysty?

Lekarz dentysta coraz częściej spotyka pacjentów obciążonych chorobami ogólnoustrojowymi, stresem, zaburzeniami metabolicznymi czy problemami natury psychicznej, które mają bezpośredni wpływ na zdrowie jamy ustnej. Uwzględnienie tych czynników pozwala lepiej planować leczenie, minimalizować ryzyko powikłań oraz budować długofalowe relacje oparte na zaufaniu. W praktyce gabinetowej oznacza to planowanie leczenia w sposób bardziej przemyślany i przewidywalny

– od diagnostyki, przez procedury zachowawcze, chirurgiczne, implantologiczne i protetyczne, aż po profilaktykę i długoterminową kontrolę.

W tym kontekście rośnie znaczenie skoordynowanej opieki medycznej?

Dla lekarza dentysty taka opieka oznacza planowanie leczenia z uwzględnieniem pracy całego zespołu gabinetu oraz – w razie potrzeby – współpracy z innymi specjalistami (głównie internistami, geriatrami, kardiologami, onkologami). Pacjent, który trafia do gabinetu stomatologicznego, często oczekuje nie tylko skutecznego leczenia, ale również jasnej informacji, poczucia bezpieczeństwa i przewidywalności kolejnych etapów terapii. Tylko dobrze zorganizowany zespół jest w stanie sprostać tym oczekiwaniom.

Istotną rolę pełnią asystenci medyczni.

Tak, stanowią oni realne wsparcie dla lekarza dentysty, przejmując znaczną część obowiązków organizacyjnych i administracyjnych.

Odpowiadają za płynność organizacyjną gabinetu. Dzięki ich pracy możliwe jest sprawne prowadzenie dokumentacji, koordynacja planów leczenia oraz usprawnienie komunikacji z pacjentem. Odciążenie lekarza dentysty z tych zadań pozwala mu skoncentrować się na aspektach klinicznych i podnosi jakość udzielanych świadczeń.

Nie sposób chyba mówić o holistycznej stomatologii bez podkreślenia roli higienistek stomatologicznych?

Higienistki są filarem profilaktyki i edukacji zdrowotnej pacjentów. To one motywują do zmiany nawyków i monitorowania zdrowia jamy ustnej, czyli są odpowiedzialne za budowanie świadomości znaczenia higieny jamy ustnej oraz regularnych wizyt kontrolnych. Ich praca ma bezpośrednie przełożenie na efekty leczenia zachowawczego, periodontologicznego czy implantologicznego, minimalizuje powikłania i zwiększa komfort pacjenta. Dla lekarza dentysty współpraca z doświadczoną higienistką oznacza możliwość prowadzenia leczenia w sposób bardziej przewidywalny i pod długoterminowym nadzorem.

Co z technikami dentystycznymi?

Ich wpływ na efekt leczenia jest niepodważalny, mimo że nie mają bezpośredniego kontaktu z pacjentem. Precyzja wykonania prac protetycznych, jakość materiałów oraz zrozumienie planu leczenia zaproponowanego przez lekarza dentystę decydują o funkcjonalności i trwałości uzupełnień. Coraz częściej technik dentystyczny staje się partnerem w procesie terapeutycznym, a nie jedynie wykonawcą zlecenia. Nierzadko uczestniczy w planowaniu leczenia. To zmniejsza ryzyko poprawek i zwiększa satysfakcję pacjenta. Komunikacja i wymiana doświadczeń pomiędzy lekarzem a technikiem pozwalają osiągnąć lepsze rezultaty kliniczne i estetyczne.

Z perspektywy pacjenta holistyczna opieka jest korzystna, ale czy poprawia wyniki leczenia?

Zdecydowanie. Pacjenci, którzy widzą, że ich zdrowiem zajmuje się cały zespół, przestrzegają zaleceń, przychodzą na wizyty kontrolne i chętniej angażują się



fot. Jacek Kamiński

w proces terapeutyczny. Wówczas rezultaty leczenia np. w periodontologii, jak i w przypadku innych zabiegów stomatologicznych są bardziej przewidywalne i długotrwałe. Ponadto pacjent, który rozumie sens poszczególnych procedur, mniej się denerwuje.

Czy wdrażanie takiej opieki wymaga zmian w sposobie pracy?

Zdecydowanie tak. W modelu holistycznym lekarz dentysta przestaje być wyłącznie wykonawcą procedur, a coraz częściej staje się liderem zespołu terapeutycznego. Odpowiada nie tylko za diagnozę i decyzje medyczne, lecz także za organizację pracy gabinetu, koordynację leczenia, komunikację i współpracę między członkami zespołu.

Taka rola wymaga rozwiniętych kompetencji menedżerskich: umiejętności rozdziałania zadań, cierpliwości, zdolności motywowania i świadomości, że każdy członek zespołu – zgodnie ze swoimi kwalifikacjami – wnosi realną wartość do procesu leczenia. Lekarz musi

umieć zaufać współpracownikom, jednocześnie zachowując nadrzędną odpowiedzialność za przebieg terapii. To z kolei oznacza konieczność inwestowania w rozwój zespołu, tworzenia jasnych procedur oraz zmiany sposobu myślenia o znaczeniu poszczególnych zawodów w gabinecie. Choć nowa rola lekarza jest wymagająca i wiąże się z większym obciążeniem organizacyjnym, staje się coraz bardziej niezbędna w realiach nowoczesnej stomatologii. Należy przy tym podkreślić, że to lekarz – i tylko on – ponosi pełną odpowiedzialność za leczenie i zdrowie pacjenta, korzystając ze wsparcia zespołu specjalistów o jasno zdefiniowanych kompetencjach.

Jakie wyzwania stoją przed gabinetami wdrażającymi holistyczny model opieki?

Do największych należą: odpowiednia organizacja pracy, sprawna komunikacja wewnątrz zespołu, wdrożenie procedur koordynujących leczenie i systematyczny rozwój kompetencji personelu.

Kluczowe jest też zbudowanie spójnego modelu współpracy, w którym każdy zna swoją rolę i zakres odpowiedzialności.

Nie mniej istotna jest zmiana mentalności pacjentów. Muszą oni zrozumieć, że leczenie stomatologiczne jest procesem interdyscyplinarnym, a kontakt z różnymi członkami zespołu nie obniża jakości opieki, lecz ją podnosi. Dopiero połączenie dobrze zorganizowanego zespołu, świadomego lidera oraz edukowanego pacjenta pozwala w pełni wykorzystać potencjał holistycznego modelu opieki stomatologicznej.

Czyli można uznać, że to w takim kierunku zmierza przyszłość zawodu lekarza dentysty?

Wszystko wskazuje na to, że tak. Holistyczna, skoordynowana opieka nad pacjentem odpowiada na jego rosnące oczekiwania oraz wyzwania systemowe. Dla lekarzy dentystów oznacza zaś szansę na rozwój praktyki opartej na jakości, współpracy i długofalowych relacjach z pacjentami. ●

 **CHERY | GRUPA PGD**

SPECJALNA OFERTA



dla członków
OKRĘGOWEJ IZBY LEKARSKIEJ
w Warszawie

Poznaj nową generację SUV-ów **CHERY**



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

📍 **KRASNOBRODZKA 5 / WARSZAWA**

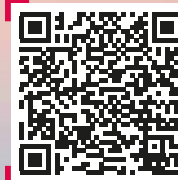
 **OMODA | JAECCO | GRUPA PGD**

SPECJALNA OFERTA



dla członków
OKRĘGOWEJ IZBY LEKARSKIEJ
w Warszawie

Poznaj nową generację SUV-ów **OMODA | JAECCO**



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

📍 **KRASNOBRODZKA 5 / WARSZAWA**

Staż – potrzeba czy formalność?



ANNA PRAWDZIK

Zespół Młodych Lekarzy Dentystów
Komisji ds. Lekarzy Dentystów

W ostatnich miesiącach wśród rozważanych zmian legislacyjnych pojawił się pomysł skrócenia stażu podyplomowego do sześciu miesięcy dla lekarzy i lekarzy dentystów. Stanowi to propozycję kompromisową w kontekście postulowanej wcześniej zupełnej likwidacji stażu podyplomowego. Czy system kształcenia jest na to przygotowany?

Kształcenie przeddyplomowe i podyplomowe w zawodzie lekarza i lekarza dentysty stanowi logiczną strukturę, w której każdy element pełni konkretną funkcję. Staż podyplomowy to ważny etap przejściowy – jest to okres pracy pod nadzorem, poprzedzający pełną odpowiedzialność zawodową. W przypadku lekarzy dentystów staż, a dla części także rezydentura, stanowią często jedyne etapy, pod-

czas których lekarze dentyści pracują w ramach umowy o pracę. To właśnie w okresie stażu dzięki przynależności do izb lekarskich młodzi lekarze dowiadują się o funkcjonowaniu systemu, różnych aspektach prawnych prowadzenia własnej praktyki, księgowości, ubezpieczeniach, formalnościach z tym związanych. Realia modelu pracy lekarza dentysty w Polsce wymagają znajomości tych zagadnień. Pominięcie stażu i przeskok między studiami a momentem, w którym młody lekarz musiałby zacząć ponosić jednocześnie pełną odpowiedzialność zawodową oraz odnaleźć się w realiach prowadzenia własnej praktyki, mogłyby stanowić zatem bardzo duże obciążenie zarówno organizacyjne, jak i psychiczne.

Argumentacja dotycząca skrócenia stażu podyplomowego opiera się m.in. na doskonaleniu programów studiów w celu umożliwienia studentom nabywania umiejętności praktycznych. Poprawa warunków studiów to oczywiście kierunek wart kontynuowania, nie można jednak zapominać o nierównościach w tym zakresie pomiędzy różnymi uczelniami. W 2025 r. zdecydowano o nieprzyznawaniu limitu przyjęć na kierunki lekarskie uczelniom z negatywną oceną Państwowej Komisji Akredytacyjnej. Wcześniej studenci rozpoczynali jednak studia na nowych uczelniach medycznych również wówczas, gdy wydana była ocena negatywna. Oznacza to, że niektórzy studen-

ci odbyli już część kształcenia w tych właśnie warunkach. Tymczasem staż podyplomowy ujednolica poziom rzeczywistego doświadczenia klinicznego przyszłych lekarzy. Stanowi on swoisty bufor, dzięki któremu różnice wynikające z odmiennych warunków kształcenia przeddyplomowego mogą zostać częściowo wyrównane.

Motywacja do skrócenia stażu podyplomowych związana jest także z kosztami ich prowadzenia. W ujęciu finansowym staże mogą rzeczywiście stanowić wydzielony segment, jednak takie spojrzenie nie przekłada się na proces kształcenia lekarzy, którego etapy nie są ani wymienne, ani możliwe do pominięcia. Ścieżka kształcenia lekarzy i lekarzy dentystów to spójny konstrukt, którego beneficjentami są pacjenci – jakość i bezpieczeństwo opieki medycznej stanowią wartości, które nie powinny podlegać kompromisom.

Propozycja skrócenia stażu podyplomowego niosłaby także ryzyko praktyczne – kumulacji dwóch roczników przy rekrutacji na rezydenturę. Ograniczona liczba miejsc na specjalizację stomatologiczną wydaje się nie pokrywać zapotrzebowania nawet obecnie. Presja wynikająca z wchodzenia w zawód bez czasu na nabycie właściwego doświadczenia, połączona z dużą konkurencją, może prowadzić do wypalenia zawodowego i przeciążenia młodych lekarzy.

Staż podyplomowy pozwala zdobyć doświadczenie niezbędne do przejścia z sytuacji akademickiej do realnego systemu opieki zdrowotnej. Pozwala też uniknąć ewentualnych błędów i ich potencjalnych konsekwencji prawnych, które wynikałyby z braku doświadczenia w funkcjonowaniu tego systemu. Stanowi wspólny mianownik przygotowania młodych lekarzy niezależnie od ukończonej uczelni medycznej.

Każda decyzja o zmianach powinna wynikać z całościowego spojrzenia na proces kształcenia lekarzy i lekarzy dentystów oraz rozważenia długofalowych konsekwencji proponowanych zmian. W obecnym kształcie organizacyjnym staż podyplomowy nie jest formalnością i niewątpliwie nie powinien być w ten sposób traktowany. ●

Przyszłość zaczyna się dziś

Właśnie pod takim hasłem spotykamy się **19–21 czerwca** na jubileuszowych, **X Mazowieckich Spotkaniach Stomatologicznych**. To wyjątkowa edycja konferencji, która od lat integruje środowisko stomatologiczne i konsekwentnie wyznacza kierunki rozwoju nowoczesnej praktyki dentystycznej.



fot. B. Dobrowski

Jak co roku organizatorzy zapraszają uczestników do sprawdzonej i cenionej lokalizacji – Hotelu Narvil w Serocku, miejsca sprzyjającego zarówno intensywnej nauce, jak i wymianie doświadczeń.

Hasło tegorocznej konferencji – „Przyszłość zaczyna się dziś” – doskonale od-

daje jej charakter. Program został przygotowany z myślą o praktykach, którzy chcą nie tylko nadążyć za zmianami, ale także aktywnie je wykorzystywać w codziennej pracy. Uczestnicy będą mieli okazję zapoznać się z aktualnymi standar-

dami leczenia, najnowszymi technologiami oraz rozwiązaniami, które już teraz realnie wpływają na jakość i efektywność terapii stomatologicznej.

W trakcie konferencji przewidziano wiele wykładów prowadzonych przez uznanych ekspertów z różnych dziedzin stomatologii, a także sesje poświęcone

praktycznym aspektom pracy gabinetowej, kształceniu lekarzy dentystów, a przede wszystkim zmianom systemowym, które poprawiłyby dostęp do leczenia i usług stomatologicznych. Szczególny nacisk zostanie położony na cyfryzację procesów diagnostycznych i terapeutycznych, nowoczesne materiały, interdyscyplinarne podejście do leczenia oraz rozwój kompetencji lekarza w zmieniającym się otoczeniu rynkowym.

Mazowieckie Spotkania Stomatologiczne to jednak nie tylko wiedza. To również miejsce do rozmów, nawiązywania relacji zawodowych i dzielenia się doświadczeniami w gronie specjalistów z całej Polski. Jubileuszowa edycja stanowi doskonałą okazję do podsumowania dotychczasowych osiągnięć, ale przede wszystkim do spojrzenia w przyszłość i świadomego kształtowania kierunku, w jakim zmierza współczesna stomatologia. ●

Przypominamy, że ruszyły już zapisy na X MSS. Udział w konferencji umożliwia zdobycie w sumie 25 punktów edukacyjnych, w tym obowiązkowych 5 punktów radiologicznych.

Szanowne Koleżanki i Szanowni Koledzy, Lekarze Dentyści,

Wielkanoc to moment, w którym wszystko zaczyna się od nowa – często po cichu, bez fajerwerków, ale z ogromną siłą. Tak jak w naszej codziennej pracy: precyzyjnej, wymagającej skupienia i odpowiedzialności, a jednocześnie dającej realną zmianę w życiu drugiego człowieka.

Z okazji Świąt Wielkanocnych życzę Państwu nie tylko odpoczynku, ale przede wszystkim wewnętrznego oddechu – chwili, w której można złapać dystans, odzyskać energię i przypomnieć sobie, dlaczego wybraliśmy ten zawód. Niech ten czas przyniesie nowe spojrzenie i spokój, który zostanie z Państwem na dłużej niż świąteczny weekend.

Spokojnych i dobrych Świąt Wielkanocnych.

dr n. med. Dariusz Paluszek

wiceprezes ORL w Warszawie
przewodniczący Komisji ds. Lekarzy Dentystów

Przegląd zmian w przepisach



FILIP NIEMCZYK
adwokat

W styczniu tego roku przedstawiono rozwiązania dotyczące wygaszenia pomocy obywatelom Ukrainy w związku z konfliktem zbrojnym na terenie tego państwa. W ciągu zaledwie półtora miesiąca przepisy weszły w życie. W tym okresie rzecznik praw obywatelskich przedstawił postulaty dotyczące zmian w więziennej służbie zdrowia, a Wojewódzki Sąd Administracyjny w Warszawie potwierdził kolejne przypadki naruszenia zbiorowych praw pacjenta w dostępie do podstawowej opieki zdrowotnej.

ZMIANY W FINANSOWANIU LECZENIA OBYWATELI UKRAINY

Ustawa o wygaszeniu rozwiązań wynikających z ustawy o pomocy obywatelom Ukrainy w związku z konfliktem zbrojnym na terytorium tego państwa* weszła w życie 5 marca 2026 r. Od tego momentu prawo do bezpłatnej opieki zdrowotnej będą mieli tylko ci dorośli obywatele Ukrainy, którzy byli ofiarami tortur, gwałtu, osoby ranne i poszkodowane na wojnie, a dodatkowo także dzieci i młodzież, kobiety w ciąży lub położnicy oraz osoby z zaświadczeniem o zamieszkaniu w ośrodku zbiorowego zakwaterowania.

Pozostali obywatele Ukrainy będą mogli korzystać ze świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych wyłącznie wówczas, jeśli opłacają składkę zdrowotną.

POSTULATY RZECZNIKA PRAW OBYWATELSKICH W SPRAWIE WIĘZIENNEJ SŁUŻBY ZDROWIA

Rzecznik praw obywatelskich wystosował do ministra sprawiedliwości listę postulatów* dotyczących zmian w więziennej służbie zdrowia. Są one wynikiem stałego monitorowania, w tym szeregu wizytacji w jednostkach penitencjarnych, a także odpowiedzią na zapowiadane reformy w tym obszarze.

Rzecznik wskazał na wiele poważnych problemów związanych z udzielaniem świadczeń medycznych w warunkach pozbawienia wolności z punktu widzenia praw człowieka i praw pacjenta. Jednym z wielu jest brak obowiązkowych badań lekarskich wszystkich nowo przyjmowanych osadzonych. Badani są tylko osadzeni przyjmowani z wolności, natomiast przetransportowani z innego zakładu karnego lub aresztu śledczego już nie. Uniemożliwia to wykrycie śladów przemocy, do której mogło dojść w czasie konwoju. Brakuje również procedur w przypadku zgłoszenia tortur i dokumentowania obrażeń. W tym ostatnim zakresie ograniczają się one do zapisów w książeczkach zdrowia osadzonych, ewentualnie jako notatki służbowe.

Niewystarczająca jest obsada lekarska i pielęgniarska w jednostkach penitencjarnych. Brakuje chętnych do pracy, co jest wynikiem niekonkurencyjnych – w stosunku do pozawieziennych placówek ochrony zdrowia – wynagrodzeń oraz trudnych warunków pracy. W rezultacie czas oczekiwania na przyjęcie do lekarza jest bardzo długi. Brakuje również całodobowej opieki medycznej świadczonej przez personel pielęgniarski lub ratowników medycznych. W weekendy oraz popołudniami w nagłych wypadkach wzywany jest zespół ratownictwa medycznego. Standardy europejskie wymagają tymczasem zapewnienia całodobowej obecności w jednostce personelu pielęgniarskiego lub ratowników medycznych. Zapewniony powinien być także udział lekarza w zakresie stwierdzenia, że więzień jest w stanie zdrowia umożliwiającym odbycie kary w celi izolacyjnej. Czas oczekiwania na dostęp do lekarza spe-

cialisty dla osób pozbawionych wolności jest również bardzo długi. Średni czas oczekiwania na konsultację psychiatryczną wynosi trzy miesiące, pulmonologiczną – sześć miesięcy, neurologiczną – 18 miesięcy.

Rzecznik zwrócił również uwagę, że w polskim systemie penitencjarnym funkcjonuje jeden oddział szpitalny dla osób przewlekle somatycznie chorych. Skazani oczekują na przyjęcie nawet kilkanaście miesięcy. Ze względu na brak wystarczającej liczby personelu zdarza się, że obowiązkiem codziennej opieki nad osobami chorymi obarczani są współosadzeni.

Rzecznik zwrócił również uwagę na sytuację kobiet pozbawionych wolności, które wymagają zwiększonego wsparcia m.in. w zakresie ciąży i opieki nad dziećmi.

RPO W SPRAWIE PUBLIKACJI WIZERUNKU CHORYCH NA CHOROBY RZADKIE

Rzecznik praw obywatelskich zwrócił się do Naczelnej Rady Lekarskiej w kwestii możliwych naruszeń prywatności osób z chorobami rzadkimi, objawiającymi się zmianami anatomicznymi ciała, które są przedstawiane na zdjęciach medycznych publikowanych w podręcznikach i materiałach naukowych przez lekarzy – bez odpowiedniej anonimizacji czy pseudonimizacji wizerunku pacjentów*. Jakkolwiek skala problemu jest ograniczona, to jednak nieuprawniona publikacja wizerunku osób chorych może stanowić dotkliwe naruszenie ich podstawowych praw. Jednym z rozwiązań zaproponowanych przez rzecznika może być mechanizm weryfikacji zgód pacjentów na publikację materiałów zawierających wizeru-

nek i dane medyczne oraz egzekwowanie ich przestrzegania przez instytucje naukowe i dydaktyczne, zwłaszcza gdy dotyczą zgód rodziców na wykorzystanie wizerunku dzieci.

Udzielając odpowiedzi*, prezes Naczelnej Rady Lekarskiej wskazał, że zgodnie z art. 13 KEL lekarz życzliwie i kulturalnie traktuje pacjentów, szanując ich godność osobistą, prawo do intymności i prywatności. Relacje między lekarzem a pacjentem opierają się na ich wzajemnym szacunku i zaufaniu, z poszanowaniem prawa pacjenta do wyboru lekarza. Zgodnie natomiast z art. 53 KEL przeprowadzanie demonstracji naukowych lub dydaktycznych jest dopuszczalne wyłącznie po uzyskaniu świadomej zgody pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego, z poszanowaniem godności i intymności pacjenta. Podkreślił, że samorząd lekarski dostrzega wagę poruszonego problemu i deklaruje gotowość do dalszej analizy oraz podejmowania działań zmierzających do wzmocnienia świadomości prawnej środowiska lekarskiego w zakresie zagadnień związanych z ochroną prywatności pacjentów w kontekście publikacji naukowych i edukacyjnych.

SĄD ADMINISTRACYJNY W SPRAWACH USTALONYCH GODZIN WIZYT I REJESTRACJI W POZ

Wojewódzki Sąd Administracyjny w Warszawie wydał dwa wyroki w sprawach dotyczących naruszenia zbiorowych praw pacjentów, o czym informuje Biuro Rzecznika Praw Pacjenta.

W wyroku z 27 stycznia 2026 r.* sąd rozpoznawał sprawę skargi dotyczącej znacznych opóźnień w przyjęciach pacjentów lub odmowie ich przyjęcia

z uwagi na zakończenie pracy przez lekarza. Kontrola przeprowadzona przez rzecznika wykazała, że opóźnień wynoszących ponad godzinę w sprawdzanym okresie było 87 na 462 przyjętych pacjentów, co stanowi blisko 20 proc. wszystkich wizyt. Zgodnie z wyjaśnieniami podmiotu leczniczego pacjenci byli przy zapisie informowani o dokładnej porze, o której powinni stawić się w poradni w dniu wizyty zgodnie z harmonogramem, jednak godziny te w wielu przypadkach nie były dotrzymywane. Sąd wskazał, że podmiot powinien tak zorganizować proces udzielania świadczeń zdrowotnych, aby nie dochodziło do opóźnień w przyjmowaniu pacjentów na ustalone godziny wizyt. Należy wyważyć liczbę pacjentów i zakres udzielanych im świadczeń z godzinami wyznaczonymi na wizyty, czego w tym przypadku zabrakło.

W wyroku z 25 lutego 2026 r.* sąd odniósł się do trudności pacjentów w skutecznym dodzwonieniu się do przychodni w celu rejestracji. Wskazał w związku z tym, że podmiot leczniczy musi tak zorganizować swoją pracę, aby rejestracja telefoniczna działała sprawnie i była realnie dostępna dla pacjentów. Przy czym poszczególne sposoby rejestracji są niezależne i mogą podlegać osobnej ocenie w kontekście stosowania praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów. Każda forma rejestracji musi być dostępna i realna. Trudności w dostępie jednego kanału (np. telefonu) nie mogą być usprawiedliwiane dostępnością innego (np. rejestracji osobistej).

* Źródła podane są na stronie internetowej „Pulsu”



Pomoc prawna dla lekarza – Lex Doctor

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



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



lub poprzez
formularz
zgłoszeniowy



(Nie)zgoda.

Dlaczego podpis to za mało?



ZUZANNA PIERŚCIŃSKA
adwokat, IG: @kancelaria.prk

W medycynie najbardziej niebezpieczne są rzeczy, które stają się rutyną.

Zgoda pacjenta coraz częściej funkcjonuje jak element listy kontrolnej: formularz, podpis, skan do systemu. Procedura zamknięta.

Tymczasem z perspektywy prawa dokument ma istotne znaczenie – ale tylko wtedy, gdy jest zwięzłym i rzetelnym opisem procesu informacyjnego i rzeczywiście go odzwierciedla.

Jeżeli dojdzie do sporu, analiza nie zatrzyma się na pytaniu, czy pod formularzem widnieje podpis pacjenta. To za ledwie punkt wyjścia. Sąd będzie badał, czy pacjent rzeczywiście rozumiał swoją sytuację zdrowotną, czy został poinformowany o realnym – a nie abstrakcyjnym – ryzyku, czy znał dostępne alternatywy oraz czy jego decyzja została podjęta w warunkach swobody, a nie presji czasu lub autorytetu. Przedmiotem oceny nie jest więc sam dokument, lecz jakość i rzetelność procesu, który do niego doprowadził.

Coraz częściej kluczową podstawą odpowiedzialności nie jest „błąd medyczny” *sensu stricto*, lecz błąd informacyjny. Zabieg wykonany zgodnie

z aktualną wiedzą medyczną może zostać uznany za bezprawny, jeżeli zgoda pacjenta była jedynie formalna. Autonomia iluzoryczna nie chroni.

PRAWO DO INFORMACJI – ZAKRES SZERSZY, NIŻ SIĘ WYDAJE

Art. 31 ust. 1 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty określa bardzo szeroki zakres obowiązku informacyjnego. Lekarz ma obowiązek przekazać pacjentowi informacje o stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, przewidywalnych następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu. To nie jest wąski katalog „ryzyk zabiegu” – to pełne spektrum informacji, które mają umożliwić podjęcie świadomej decyzji. Doktryna i orzecznictwo podkreślają, że informacja nie może być

ani zdawkowa, ani nadmierna. Przeładowanie szczegółami, których pacjent nie jest w stanie przetworzyć, może prowadzić do dezorientacji i paraliżu decyzyjnego. Sztuką jest proporcja – przekazanie informacji istotnych w sposób umożliwiający ich realne zrozumienie.

PRZYSTĘPNOŚĆ TO OBOWIĄZEK, NIE UPRZEJMOŚĆ

Ustawa wymaga, aby informacja była przystępna. Dotyczy to również formuły zgody. Oznacza to konieczność dostosowania języka do osoby niebędącej profesjonalistą medycznym – z uwzględnieniem jej wieku, doświadczenia życiowego, a nawet stanu emocjonalnego.

Kopiowanie fragmentów literatury fachowej czy posługiwanie się hermetycznym opisem procedur może zostać zakwestionowane jako niespełnienie obowiązku informacyjnego. Oczywiście współczesne metody diagnostyczne i terapeutyczne bywają skomplikowane i nie zawsze możliwe jest całkowite uproszczenie przekazu. Punktem odniesienia pozostaje jednak konkretna osoba, a nie standard podręcznika akademickiego.

NASTĘPSTWA ZABIEGU I PROBLEM RZADKOŚCI

Sformułowanie ustawowe *dające się przewidzieć następstwa* nie rozstrzyga wprost, czy obowiązek informacyjny obejmuje wszystkie możliwe komplikacje, czy jedynie typowe skutki zabiegu. W praktyce jest to jedno z najbardziej newralgicznych zagadnień. Lekarz ma obowiązek udzielić informacji, a nie wywołać u pacjenta paraliżujący lęk. Dlatego podstawowy zakres informacji obejmuje następstwa typowe i najczęściej występujące – te, które stanowią normalne ryzyko danej procedury. Nie oznacza to jednak, że można pominąć powikłania rzadkie. Obowiązek informacyjny ma charakterindywidualizowany. Jeżeli ze względu na wiek pacjenta, jego obciążenia chorobowe, nałogi czy aktualny stan kliniczny ryzyko określonego powikłania istotnie wzrasta, zakres informacji powinien zostać odpowiednio rozszerzony. To lekarz dokonuje oceny, czy dana osoba znajduje się w grupie podwyższonego ryzyka niekorzystnych następstw. Sąd

Najwyższy wyrok z 28 września 1999 r. (sygn. akt. II CKN 511/98) wskazał, że obowiązek informacyjny obejmuje normalne, przewidywalne następstwa zabiegu – nawet jeśli występują rzadko – o ile nie można ich wykluczyć, zwłaszcza gdy mają charakter niebezpieczny dla życia lub zdrowia.

Nie chodzi więc wyłącznie o procent w statystyce, lecz o to, czy dane następstwo jest przewidywalne, istotne i realne w sytuacji konkretnego pacjenta.

FORMULARZ JAKO DOWÓD, NIE ALIBI

Dane pacjenta, oświadczenie o uzyskaniu informacji, potwierdzenie możliwości zadawania pytań, podpis pacjenta i lekarza – to elementy istotne dowodowo. Dokument ma znaczenie. To on trafi do akt sprawy. Nie jest jednak automatyczną tarczą. Formularz nie zastępuje rozmowy. Jest jej zapisem – i to tylko wtedy, gdy rzeczywiście odzwierciedla zakres przekazanej informacji. Jeżeli staje się wyłącznie administracyjną formalnością, jego wartość dowodowa istotnie maleje. W sporze sądowym badana jest nie tylko treść zgody, lecz cały kontekst jej udzielenia: czas, warunki, zakres informacji, możliwość zadawania pytań, indywidualna sytuacja pacjenta. Ciężar wykazania, że proces informacyjny był realny i adekwatny, spoczywa na lekarzu lub podmiocie leczniczym.



fot. licencja OIL w Warszawie

GDZIE ZATEM PRZEBIEGA GRANICA ODPOWIEDZIALNOŚCI?

Współczesne spory medyczne coraz rzadziej koncentrują się wyłącznie na technice zabiegu. Coraz częściej ogniskują się wokół pytania o granice autonomii pacjenta. Czy decyzja była świadoma? Czy wybór był realny? Czy ryzyko zostało przedstawione w sposób adekwatny do konkretnej sytuacji klinicznej? Twierdząca odpowiedź na te pytania minimalizuje potencjalną odpowiedzialność. Jeżeli jednak zgoda była jedynie formalnością – nawet performatywnie przeprowadzona procedura

nie zabezpiecza przed roszczeniem. Granica odpowiedzialności w praktyce nie przebiega między sukcesem a powikłaniem, lecz między zgodą rzeczywistą a zgodą pozorną. I to jest różnica, która w sądzie waży więcej niż podpis pod najbardziej rozbudowanym formularzem.

W obliczu powyższego warto więc potraktować proces uzyskiwania zgody nie jako obowiązek administracyjny, lecz jako element profesjonalnego standardu – inwestycję w bezpieczeństwo prawne, która zaczyna się od jakości rozmowy. ●

Kupujemy placówki POZ

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

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

Zapraszamy do rozmowy o sprzedaży placówki POZ.

Kontakt:



tel. 729-052-184



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

S-LAB



Oferujemy:

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

Mapa, która pomoże wybrać specjalizację

Wybór miejsca specjalizacji to dla młodych lekarzy jedna z najważniejszych decyzji zawodowych. Problem w tym, że informacje o dodatkowym wsparciu oferowanym przez szpitale – dopłatach do wynagrodzeń, mieszkaniach czy dofinansowaniu dojazdów – są często rozproszone i trudno dostępne. Projekt „**Mapa wsparcia szkolenia specjalizacyjnego lekarzy**” ma to zmienić, tworząc przejrzyste narzędzie, które pozwoli w jednym miejscu sprawdzić, jakie warunki oferują szpitale. O pomysły mówi **lek. Marcin Matuszewski, członek ORL X kadencji**.

rozmawiała **DOROTA LEBIEDZIŃSKA**

S kąd wziął się pomysł na projekt „Mapa wsparcia szkolenia specjalizacyjnego lekarzy”?

Pomysł zrodził się z bardzo konkretnej obserwacji – młodzi lekarze stoją przed trudnym wyborem miejsca szkolenia specjalizacyjnego, nie zawsze dysponując pełną wiedzą o tym, co dany szpital oferuje poza samym szkoleniem. Czy w placówce funkcjonują dopłaty do wynagrodzenia podstawowego? Czy istnieją inne formy wsparcia,

jak np. dofinansowanie dojazdów do pracy lub służbowe mieszkanie? Na te pytania trudno znaleźć odpowiedź w jednym miejscu – często zdobywamy ją „pocztą pantoflową”. Właśnie dlatego chcieliśmy ułatwić lekarzom dostęp do tych informacji i zebrać dane na temat oferowanych benefitów, które mogą mieć wpływ na wybór szpitala.

W jaki sposób członkowie naszej izby będą mogli realnie skorzystać z tego pomysłu?

Pracujemy nad stworzeniem interaktywnej mapy uwzględniającej szpitale biorące udział w projekcie wraz z konkretnymi informacjami dotyczącymi wsparcia finansowego. Zależy nam na tym, aby były to aktualne dane – nie ogólne deklaracje. Szpitale, które zgłoszą się do projektu, wypełniają wniosek, określają, przy jakich specjalizacjach są dopłaty, oraz

przekazują dane osoby, z którą młody lekarz może kontaktować się w tej sprawie. Liczymy, że z biegiem czasu coraz więcej szpitali dołączy do naszego projektu, dlatego mapa będzie na bieżąco aktualizowana.

Czy projekt dotyczy wszystkich szpitali?

W pierwszej kolejności skupiliśmy się tylko na szpitalach poza Warszawą. To właśnie tam dopłaty do podstawowego wynagrodzenia pojawiają się częściej i bywają ważnym elementem zachęty do podjęcia specjalizacji. Nie oznacza to jednak, że projekt jest zamknięty dla innych placówek. Zapraszamy wszystkie szpitale – również warszawskie.

Czy szpitalom opłaca się w nim uczestniczyć? Co zyskują?

To pytanie pada bardzo często podczas rozmów z kadrą zarządzającą szpitali. Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie zrzesza kilkadziesiąt tysięcy lekarzy. To ogromna grupa odbiorców, do której szpital nie dotarłby inną drogą tak skutecznie. Poza tym placówka, która bierze udział w projekcie, wysyła jasny sygnał: jesteśmy transparentni, dbamy o naszych lekarzy, inwestujemy w kadry. Ma to również znaczenie wizerunkowe.

Dlaczego szpitale powiatowe i wojewódzkie mają trudności z przyciągnięciem lekarzy na specjalizację i jak projekt ma pomóc w rozwiązaniu tego problemu?

Szpitale powiatowe i wojewódzkie coraz głośniejszy sygnalizują braki kadrowe oraz trudność z przyciągnięciem lekarzy do odbycia specjalizacji właśnie u nich. Ta asymetria informacji szkodzi obu stronom. Projekt „Mapa wsparcia szkolenia specjalizacyjnego lekarzy” ma ją ograniczyć – poprzez stworzenie przejrzystego, bezpłatnego i ogólnodostępnego dla naszych członków rejestru ofert szpitali. Warto tu podkreślić, że rekomendujemy wcześniejsze poznanie oddziału i rozmowę z jego kierownikiem, ponieważ mamy świadomość, że nawet bardzo dobra oferta finansowa nie zawsze zrekompensuje inne czynniki, które mogą okazać się dla lekarza nieatrakcyjne. ●



NOHO ONE

WARSZAWA



NOHO ONE. STANDARD, KTÓRY WYPRZEDZA RYNEK.
ODKRYJ STYL ŻYCIA NOHO.



BIBLIOTEKA



FITNESS

noho-one.com

NOHO
INVESTMENT

Neuroróżnorodna relacja terapeutyczna



HANNA ODZIEMSKA

lekarz, publicysta, zastępca rzecznika odpowiedzialności zawodowej OIL w Warszawie

Żyjemy w czasach coraz odważniejszych „wyjść z szafy”, dewaluacji starych, od dawna niedziałających wzorów kulturowych i postępującego otwierania się na to, co do tych wzorów nie pasuje.

Niebinarna czy transpłciowa identyfikacja albo spektrum autyzmu i ADHD, jeszcze sto lat temu klasyfikowane na pograniczu zaburzeń psychicznych i kryminalistyki, dziś dzięki rozwojowi nauk medycznych, neuro nauk i psychologii, przestają być tematem tabu i przesłanką do społecznego wykluczenia osób, które funkcjonują w tych obszarach. Jest to też przestrzeń, w której spotykają się lekarz i pacjent, z coraz bardziej płynną granicą oddzielającą zaburzenie i odmienność.

Karina, internistka pracująca w prywatnej sieciówce, ma wśród przyjaciół wielu lekarzy gejów.

– Pochodzę z domu, gdzie homoseksualizm był piętnowany jako dewiacja, grzech i wstyd. Moi rodzice nawet nie starali się zrozumieć tych ludzi, uważali ich niemal za przestępców, których należy izolować od reszty „zdrowego” społeczeństwa. Moja droga do zrozumienia, że homoseksualizm to naturalny wariant, a nie zaburzenie, też nie była prosta. Wśród lekarzy jest spora grupa

kolegów o orientacji homoseksualnej, nie podam ci w procentach, bo nie dysponuję takimi statystykami, ale ja znam ich wielu. Są między nimi naprawdę wspaniali lekarze, niektórzy utytułowani, oddani pacjentom, empatyczni i profesjonalni, a przede wszystkim – dobrzy ludzie i dobrzy koledzy. W naszym ścisłym gronie przyjaciół to nie problem, żeby oni np. jeździli z nami na wakacje wraz ze swoimi partnerami, ale oficjalne, publiczne przyznanie się do bycia w takim związku nie wchodzi w rachubę. Dlaczego? Bo ogólnie ani społeczeństwo, ani nawet nasze środowisko nie jest na to gotowe. Pamiętam moje zażenowanie, kiedy do placówki trafił pacjent z podejrzeniem małpiej ospy i kolega, który go konsultował, skomentował później w rozmowie ze mną, że *on by takich wysyłał na bezładną wyspę i tam niech robią, co chcą, a nie roznoszą zarazę*, bo pacjent miał w wywiadzie kontakty MSM. Pamiętam też, jak przydała mi się znajomość tematu w mojej praktyce lekarskiej. Przyszedł do mnie

dziewiętnastoletni pacjent, o którym słyszałam od lekarzy konsultujących go wcześniej, że jest arogancki i roszczeniowy, że wymusza skierowania na badania i w ogóle zachowuje się niegrzecznie. Ode mnie też chciał skierowanie na badania, pełny pakiet badań w kierunku chorób przenoszonych drogą płciową, w tym HIV. Spojrzałam w jego dokumentację – ostatnie takie badania miał zrobione miesiąc wcześniej. Zapytany, co jest powodem tak częstych badań, po dłuższej rozmowie przyznał, że ma kontakty z mężczyznami, że dopiero co odkrył swoją orientację, że gubi się w tym i bardzo boi się zakażenia. Spytałam go wtedy, czy myślał o stosowaniu PrEP, a on na to, że tak, myślał, ale słyszał, że to *bardzo niszczy wątrobę*. Wyszukałam szybko artykuł z literatury medycznej na temat bezpieczeństwa PrEP w kontekście uszkodzenia wątroby, z wynikami konkretnych badań potwierdzających bezpieczeństwo tej profilaktyki, wydrukowałam i wręczyłam pacjentowi, żeby poczytał sobie w domu i rozważył. Chłopak wrócił do mnie po miesiącu, podziękował za pochylenie się nad jego problemem i powiedział, że już jest w trakcie profilaktyki, pod opieką specjalistycznego ośrodka. Nie wiem, czy potrafiłabym tak pokierować tego pacjenta, gdyby nie moja znajomość tematu dzięki przyjaźni z lekarzami z „branży”.

Paweł, chirurg, mówi, że *zawsze czuł się, jakby był z innej planety*. Relacje szły mu opornie, za to nauka świetnie. Wybrał medycynę, bo lubił się uczyć, a chirurgię, bo nie trzeba za dużo rozmawiać z pacjentem.

– Nigdy nie myślałam o sobie jak o kimś, kto może mieć jakiś zespół neurologiczny czy psychiatryczny. Jestem dobry w tym, co robię, bo tu liczą się umiejętności, skupienie i precyzja.



Dużo pracuję, więc w domu głównie odpoczywam. Nie założyłem rodziny – nie pociągało mnie to nigdy. Pierwszy sygnał dała mi koleżanka na jakiejś konferencji, kiedy wytknęła mi, że *jak zwykle* po wykładach idę do pokoju i nie uczestniczę w żadnych uroczystych kolacjach ani prywatnych imprezach. Zawsze tak miałem. Nie wiem, czy mam spektrum. Trochę myślę o tym, żeby się zdiagnozować, tylko nie wiem, co by to miało zmienić. Boję się stygmatyzacji, bo teraz jestem po prostu nietowarzyski, a jeśli potwierdzę diagnozę ASD, to moi koledzy zaczną na mnie patrzeć podejrzliwie, jak na kogoś, komu brakuje tzw. piątej klepki. Czytałem trochę o tym i wiem, że ASD to nie choroba, tylko alternatywny sposób percepcji, komunikacji i funkcjonowania społecznego, ale większość osób nadal widzi to jako defekt, niektórzy lekarze też, szczególnie jeśli sprawa dotyczyłaby kolegi po fachu.

Magda, lekarka rodzinna, ma diagnozę ADHD.

– Jest nas kilkoro w rodzinie z tym rozpoznaniem. Na szczęście ADHD dziś coraz mniej stygmatyzuje, nie kojarzy się już jednoznacznie z rozwrzeszczanymi i biegającymi bez sensu dziećciakami, szczególnie że coraz częściej zespół rozpoznaje się u dorosłych. Czy to przeszkadza w pracy? Raczej pomaga, na pewno jeśli chodzi o rozumienie tzw. trudnych pacjentów. Nie, ja nie diagnozuję ADHD, nie mam do tego kompetencji ani narzędzi, ale świadomość, co dzieje się w moim mózgu, dlatego tak reaguję i funkcjonuję, pozwala mi lepiej regulować emocje, kiedy pacjent notorycznie się spóźnia, nie wypełnia moich zaleceń lub wybucha złością i ciężko z nim rozmawiać. Mam jednak trochę taki wewnętrzny radar, wyczuwam osoby o podobnych jak ja cechach. Funkcjonuję w pracy bardzo

dobrze, szczególnie odkąd mam świadomość mojego ADHD i nauczyłam się nim zarządzać. Lubię, jak coś się dzieje, więc moja praca to moje optymalne środowisko. Jak trzeba, to potrafię się skupić i szybko zadziałać w sytuacji kryzysowej, to takie naturalne źródło dopaminy, której tak potrzebuję. Oczywiście, mam też leczenie i terapię. Może cię zaskoczę informacją, że w 2025 r. były opublikowane wyniki badań dotyczących występowania ADHD wśród lekarzy brytyjskich i okazało się, że problem dotyczy 35 proc. lekarzy biorących udział w badaniu. Może ADHD w jakiś sposób predysponuje do tego zawodu? Ja wiem tylko na podstawie własnych doświadczeń, że kiedy przychodzi do mnie pacjent z już rozpoznaniem przez psychiatrę ADHD, to rozumiem, co on czuje, co mu sprawia trudność i jakiego wsparcia potrzebuje. To relacja terapeutyczna dla obu stron.

Przyznanie, że nie pasuje się do promowanych kulturowo i medialnie wzorów, zawsze jest aktem odwagi i sprawia konsekwencje, od niezręczności i dyskomfortu po cierpienie i wykluczenie społeczne. Pomimo rosnącej wiedzy i świadomości, że pewne zagadnienia, definiowane dawniej jako zaburzenia, obecnie stają się aspektami różnorodności, wciąż nie brak głosów zaprzeczenia. Nawet w środowisku lekarskim czasem słyszy się zdanie, że *teraz to wszyscy mają ADHD albo autyzm, albo problem z identyfikacją swojej płci, że jest nadrozpoznawalność i moda na to*. Może tak być. Może jednak być i tak, że pojęcie normy też ma swoje spektrum, w którym neuroróżnorodni lekarz i pacjent mogą się wzajemnie odnaleźć. ●



Polubowne rozstrzyganie sporów z pacjentami



Biuro Mediatora

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



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



E-mail: mediator@oilwaw.org.pl

Refundacja szczepień ważne zasady



Zasady refundacji szczepień dla lekarzy

- ✓ W danym roku kalendarzowym można złożyć **jeden wniosek** o dofinansowanie szczepień.
- ✓ We wniosku można podać kilka szczepionek i ich łączny koszt.
- ✓ Dofinansowanie może dotyczyć wszystkich szczepionek: zarówno zalecanych, jak i rekomendowanych.
- ✓ Maksymalna kwota refundacji to **500 PLN**.
- ✓ Wniosek mogą składać wyłącznie lekarze nieposiadający zaległości w składkach.
- ✓ Wnioski można składać: elektronicznie, osobiście, pocztą, mailem.
- ✓ Do wniosku należy dołączyć:
 - paragon/y za szczepionkę,
 - potwierdzenie zaszczepienia (zaświadczenie, wydruk z P1, książeczkę szczepień).
- ✓ Wnioski są rozpatrywane kwartalnie.



Zasady refundacji szczepień na meningokoki B

- ✓ Refundacja dotyczy wyłącznie dzieci lekarzy.
- ✓ Cykl szczepień musi być zakończony **przed piątym rokiem życia dziecka**.
- ✓ Maksymalna kwota refundacji to **1000 PLN**.
- ✓ Czas na złożenie dokumentów wynosi **trzy miesiące** od ostatniej dawki.
- ✓ Wniosek mogą składać wyłącznie lekarze nieposiadający zaległości w składkach.
- ✓ Wnioski można składać: elektronicznie, osobiście, pocztą, mailem.
- ✓ Do wniosku należy dołączyć:
 - paragony za szczepionkę,
 - potwierdzenie zaszczepienia (zaświadczenie, wydruk z P1, książeczkę szczepień).
- ✓ Wnioski są rozpatrywane kwartalnie.



Zasady refundacji szczepień dla seniorów 70+

- ✓ W danym roku kalendarzowym można złożyć **dwa wnioski** o dofinansowanie szczepień.
- ✓ Refundacja przysługuje lekarzom, którzy ukończyli **70 lat**.
- ✓ We wniosku można podać kilka szczepionek i ich łączny koszt.
- ✓ Maksymalna kwota refundacji to **750 PLN** (w dwóch wnioskach na rok).
- ✓ Wniosek mogą składać wyłącznie lekarze nieposiadający zaległości w składkach.
- ✓ Wnioski można składać: elektronicznie, osobiście, pocztą, mailem.
- ✓ Do wniosku należy dołączyć:
 - paragon/y za szczepionkę,
 - potwierdzenie zaszczepienia (zaświadczenie, wydruk z P1, książeczkę szczepień).
- ✓ Wnioski są rozpatrywane kwartalnie.



*Bogatym nie jest ten,
kto posiada,
lecz ten, kto daje.*

1,5%

Przekaż 1,5% swojego podatku
na szczytny cel



KRS 0000250527

Nr konta
34 2030 0045 1170 0000 0330 4290



DOFINANSOWANIE WYROBÓW MEDYCZNYCH

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

(Szczegóły i regulamin na stronie Fundacji Pro Seniore)

**Termin składania wniosków mija
30 czerwca 2026 r.**



REHABILITACJA

Koleżanki i Koledzy,

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

(Szczegóły na stronie Fundacji Pro Seniore)

**Termin składania wniosków upływa
30 czerwca 2026 r.**

DRUK RECEPT

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

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



Okręgowa
Izba Lekarska
w Warszawie

Dostępna stomatologia

– co dalej po konsultacjach?



MONIKA POTOCKA

rzecznik praw lekarza OIL w Warszawie i NIL

W związku z zakończeniem konsultacji społecznych projektu „Standard dostępności architektonicznej, cyfrowej i informacyjno-komunikacyjnej dla gabinetów stomatologicznych i świadczonych w nich usług stomatologicznych”, opracowywanego w ramach projektu „Dostępna stomatologia”, jako rzecznik praw lekarza Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie zwróciłam się do właściwych instytucji z pytaniami dotyczącymi dalszych planów związanych z tym dokumentem.

Standard powstaje w projekcie finansowanym ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w ramach programu Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego 2021–2027. Z informacji opublikowanych po zakończeniu konsultacji wynika, że założenia standardu mają zostać zweryfikowane w ramach pilotażu grantowego w wybranych gabinetach stomatologicznych. Jednocześnie dokument ten może w przyszłości mieć istotne znaczenie dla praktyki udzielania świadczeń stomatologicznych – zarówno w kontekście organizacji pracy gabinetów, jak i potencjalnych przyszłych obowiązków po stronie świadczeniodawców. Z tego względu uznałam za zasadne uzyskanie jasnych informacji dotyczących dalszego kierunku działań instytucji publicznych w tym zakresie.

W pierwszej kolejności zwróciłam się do Ministerstwa Zdrowia z prośbą o przedstawienie stanowiska dotyczącego przyszłości standardu oraz ewentualnych planów jego wdrażania. Pytałam

m.in. o to, czy dokument może w przyszłości stać się obowiązującym standardem ogólnokrajowym, czy planowane są mechanizmy monitorowania jego stosowania oraz czy możliwe byłoby powiązanie go z warunkami zawierania umów z Narodowym Funduszem Zdrowia.

W odpowiedzi resort zdrowia poinformował, że nie jest właściwym organem do udzielania wyjaśnień w tym zakresie. Jak wskazano, standard został opracowany przez zespół ekspertów w ramach projektu „Dostępna stomatologia”, a instytucją zarządzającą projektem jest Ministerstwo Funduszy i Polityki Regionalnej. Za jego realizację odpowiada natomiast Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych jako lider projektu, we współpracy z partnerami społecznymi.

W związku z powyższym skierowałam pismo do Ministerstwa Funduszy i Polityki Regionalnej, prosząc o przedstawienie informacji dotyczących dalszych planów związanych ze standardem. W odpowiedzi podkreślono

przede wszystkim społeczne znaczenie projektu oraz potrzebę poprawy dostępności usług stomatologicznych dla osób ze szczególnymi potrzebami, w tym osób z niepełnosprawnościami.

Jak wskazano w piśmie, celem projektu jest przede wszystkim opracowanie, przetestowanie i upowszechnienie standardu w środowisku stomatologicznym. Na obecnym etapie zakłada się, że dokument będzie miał charakter dobrowolny i rekomendowany dla gabinetów stomatologicznych. Ewentualne nadanie mu charakteru obowiązującego wymagałoby odrębnych działań legislacyjnych, które pozostają w kompetencji Ministerstwa Zdrowia.

Projekt przewiduje pilotażowe wdrożenie standardu w wybranych gabinetach stomatologicznych, które otrzymają granty finansowe umożliwiające dostosowanie infrastruktury i organizacji pracy do potrzeb pacjentów ze szczególnymi potrzebami. Rozwiązania te zostaną następnie poddane ocenie. Przewidziano m.in. audyty końcowe oraz analizę dobrych praktyk wypracowanych w trakcie pilotażu. Na tej podstawie ma zostać przygotowana ostateczna wersja standardu.

Jednocześnie wskazano, że projekt nie obejmuje działań systemowych związanych z kontraktowaniem świadczeń stomatologicznych przez Narodowy Fundusz Zdrowia ani zmian w systemie kształcenia kadr medycznych. Decyzje w tym zakresie należą do instytucji odpowiedzialnych za organizację i finansowanie systemu ochrony zdrowia.

Na obecnym etapie projekt przewiduje natomiast działania informacyjne i edukacyjne, w tym przygotowanie materiałów szkoleniowych, webinarów oraz szerokie upowszechnienie standardu w środowisku stomatologicznym.

Ostateczny wpływ standardu na funkcjonowanie gabinetów stomatologicznych będzie więc zależał od wyników pilotażu oraz ewentualnych decyzji podejmowanych w przyszłości na poziomie systemowym. ●

Kontakt i godziny pracy
rzecznika praw lekarza:





Lekarski Uniwersytet Trzeciego Wieku „Nestor”



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

- 14.04.2026 r. „Bądź przyjacielem samego siebie”** – mgr Jadwiga Jakubiak
28.04.2026 r. „O dobrej komunikacji międzyludzkiej w praktyce” – dr Piotr Zakrzewski
5.05.2026 r. „Ruch jako terapia: rehabilitacja, której nie uczyli nas na studiach. Od mięśni do mózgu – nowe podejścia” – dr n. med. Barbara Dobies-Krześniak
26.05.2026 r. „Leczenie protetyczne w obrębie jamy ustnej u seniorów” – dr hab. n. med. Janusz Kleinrok
9.06.2026 r. „Józef Piłsudski” – dr Michał Rybak
7.07.2026 r. „Blaski i cienie współczesnej genetyki” – prof. dr hab. Waldemar Marczewski

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



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

„ZDROWY KRĘGOSŁUP METODĄ FMS”

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

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

V Ogólnopolski Plener Fotograficzny

Komisja ds. Kultury Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie zaprasza lekarzy i lekarzy dentystów z całej Polski do udziału w V Ogólnopolskim Plenerze Fotograficznym, który odbędzie się **14–17 maja 2026 r. w Radomiu**. Wydarzenie organizowane jest przez Komisję ds. Kultury ORL w Warszawie i współfinansowane przez NIL.

fot. Ailbhe Flynn / Unsplash



twórczej oraz integracji lekarzy zainteresowanych fotografią.

Tegoroczna edycja skoncentruje się wokół następujących zagadnień: architektura, fotografia industrialna, rejestracja przemijającego czasu oraz fotografia jako forma plastycznej wypowiedzi artystycznej. Uczestnicy podejmą pró-

bę stworzenia fotograficznego portretu współczesnego Radomia, dokumentując jego przestrzeń miejską, historię i atmosferę miejsc. Jednym z założeń pleneru jest także ocalenie od zapomnienia wybranych fragmentów historii miasta poprzez fotograficzny zapis.

Udział w plenerze wymaga wcześniejszego zgłoszenia. Zapisy przyjmowane są drogą mailową pod adresem komisjakultury@oilwaw.org.pl, a o uczestnictwie decyduje kolejność zgłoszeń. Uczestnicy wnoszą opłatę własną w wysokości 500 zł, którą należy wpłacić na konto Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie.

Po zakończeniu pleneru uczestnicy będą mogli zgłosić swoje prace na wystawę poplenerową. Termin nadsyłania fotografii upływa 30 czerwca 2026 r. Zdjęcia należy przysyłać na adres: zydecki@gmail.com

Wybrane fotografie zostaną zaprezentowane na wystawach poplenerowych w Radomiu i Warszawie, a także opublikowane na stronie internetowej Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie oraz na łamach miesięcznika „Puls”. ●

XVII Ogólnopolski Konkurs Poetycko-Prozatorski

Komisja ds. Kultury ORL w Warszawie zaprasza wszystkich lekarzy i lekarzy dentystów do udziału w XVII Ogólnopolskim Konkursie Poetycko-Prozatorskim „Puls Słowa”.

Aby wziąć udział w konkursie, należy przesłać pięć wierszy o dowolnej tematyce lub do 10 stron maszynopisu prozy albo dzienników (w czterech egzemplarzach). Nadesłane prace nie mogą być wcześniej nagradzane ani publikowane. Prosimy pamiętać, aby każdy utwór był opatrzonego godłem.

Prace wysyłamy na adres: Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie, ul. Puławska 18, 02-512 Warszawa, Komisja ds. Kultury, lub mailem na adres: majkazywicka@wp.pl z dopiskiem: Konkurs Poetycko-Prozatorski „Puls Słowa”.

Na prace czekamy do 30 czerwca 2026 r. (decyduje data stempla pocztowego).

Rozstrzygnięcie konkursu jury ogłosi do 15 sierpnia. Na laureatów czekają nagrody pieniężne: I miejsce 1500 zł, II miejsce 1000 zł, III miejsce 500 zł.

Nagrodzone utwory zostaną opublikowane w antologii pokonkursowej i czasopismach patronackich. Uroczyste ogłoszenie wyników oraz wręczenie nagród laureatom nastąpi podczas Warszawskiej Jesieni Poezji w Domu Literatury przy ul. Krakowskie Przedmieście 87/89 w Warszawie. ●



fot. Hannah Olinger / Unsplash

23. IGRZYSKA LEKARSKIE

CETNIEWO

26-30 sierpnia 2026



REJESTRACJA

539 840 527

IGRZYSKALEKARSKIE@NIL.ORG.PL



IGRZYSKA
LEKARSKIE

NIL

Naczelna
Izba Lekarska

ORGANIZATOR



PATRONAT HONOROWY



Ministerstwo
Sportu i Turystyki

GAZETA
LEKARSKA

PATRONAT MEDIALNY

Dołącz do reprezentacji naszej izby! • Dofinansowanie w ramach OIL Sport Start

fot. archiwum prywatne (4)



Figurki bogini Tary. W tle szkic siedziby muzeum



Sala czaszek

Szkielety z krainy wiecznej wiosny



MONIKA MIŁOSZ
humanistka medyczna

„Wieczna wiosna” – tak określa się klimat wyspy Gran Canaria, coraz chętniej wybieranej zimą przez Polaków. Archipelag odwiedza rocznie ok. 0,5 mln naszych rodaków (Raport Turistico 2025).

Ztego samego łagodnego klimatu przez tysiąclecia korzystali Gwanczowie, rdzenni mieszkańcy wysp, którzy pozostawili po sobie fascynujące świadectwa dawnej medycyny. Ich praktyki, takie jak trepanacja czaszki czy staranne unieruchomienie złamań, można oglądać w Museo Canario w Las Palmas.

Z RATUSZA DO DOMU

Museo Canario jest świadectwem determinacji w dążeniu do troski o dobra

naturalne, która pod koniec XIX w. połączyła wykształconych mieszkańców Las Palmas – ludzi nauki, historii, literatury i medycyny. W 1880 r. z ich inicjatywy w siedzibie ratusza powołano Towarzystwo Naukowe Muzeum Gran Canarii, stawiające sobie za cel ochronę dziedzictwa wyspy. Jednym z inicjatorów nowej instytucji był lekarz Gregorio Chil y Naranjo. W testamencie polecił, aby rozwijające się muzeum przenieść do jego rodzinnego domu. Tak

więc od 1923 r. mieści się ono w kolonialnej willi doktora.

Tytuł lekarza chirurga Naranjo zdobył w 1857 r. w Paryżu dzięki wsparciu wuja – proboszcza w Telde, który sfinansował jego edukację. Po obronie rozprawy doktorskiej, dotyczącej zwężeń cewki moczowej, zdecydował się powrócić na Gran Canarię i otworzyć własną działalność lekarską. Jednak klasyczna praktyka nie wyczerpywała jego ambicji. Naranjo poświęcił znaczną część życia badaniom nad historią i kulturą rdzennych mieszkańców wysp, łącząc wiedzę medyczną z analizą materiału kostnego i obserwacją warunków życia dawnych populacji.

NAJWAŻNIEJSZA JEST KOBIETA

Zdaniem jednej z kuratorek muzeum opowieść o kulturze rdzennych mieszkańców Wysp Kanaryjskich warto rozpocząć od kobiety. Symbolizuje ją *Ídolo de Tara* – niewielka gliniana figurka związana z płodnością i ochroną życia. Przedstawia siedzącą postać kobietę ze skrzyżowanymi nogami; badacze interpretują ją jako amulet chroniący kobiety w ciąży i noworodki. To nie tylko artefakt archeologiczny, lecz również znak, że w centrum dawnego świata stało doświadczenie kobiece – macierzyństwo, rozrodczość, troska o przetrwanie wspólnoty.

W obszarze zdrowia reprodukcyjnego medycyna i rytuał przez stulecia funk-

fot. Aleksandra Bruszczyńska



Gablota z czaszką (w tle tradycyjne guanczańskie wzory)



Dawna biblioteka dr. Naranja (obecnie sklepik muzealny)

cjonowały równolegle. Granica między leczeniem a wiarą była płynna, a opieka nad matką i dzieckiem miała wymiar zarówno biologiczny, jak i symboliczny. Kobieta była tu nie tylko pacjentką, ale także strażniczką ciągłości życia.

UCHO SURFERA

Pozostały zestaw eksponatów muzealnych przypomina galerię przypadków klinicznych sprzed stuleci. Widzimy tu wygojone złamania wieloodłamowe, które zrastały się bez pomocy nowoczesnej chirurgii, zmiany odpowiadające zapaleniu kości, a także obrazy kręgosłupa sugerujące spondyloartropatię w populacji przedhiszpańskiej.

Za najbardziej sugestywną uchodzi sala z kolekcją kilkuset czaszek. Przy wielu z nich znajdują się opisy radiologiczne, takie jak „wodogłowie u dziecka” czy „ogniska osteolityczne odpowiadające chorobie Hodgkina”. Jedną z czaszek prezentuje charakterystyczne wyrostki kostne (egzostozy) w przewodzie słuchowym zewnętrznym – tzw. ucho surfera.

Wśród eksponatów znajdują się również mumie. Każda opatrzona jest swoistą „kartą zgonu” z danymi zawierającymi: płeć, wiek, pochodzenie, kontekst pochówku i przyczynę śmierci. Mumia numer osiem to przykład wielonarządowego urazu po upadku z wysokości, z rozległymi złamaniami czaszki, kręgosłupa szyjnych, żeber i kości długich, bez śladów gojenia. W tej „historii choroby” zapisano także wcześniejszy, rozległy

uraz podudzia, który zdążył się całkowicie wygoić – co sugeruje długotrwałą rekonwalescencję i wsparcie otoczenia. Wewnątrz znaleziono dodatkowo kość łokciową należącą do innej osoby, co stanowić może element rytuału, w którym to zmarłemu towarzyszyły relikwie kostne przodków.

PALEOPATOLOGIA PRAWDĘ CI POWIE

To właśnie paleopatologia, czyli nauka badająca choroby widoczne w szczątkach ludzkich, pozwala odczytać te historie. Analiza kości i zachowanych tkanek miękkich wykazała, że rdzenni mieszkańcy wysp wykonywali zabiegi chirurgiczne na czaszce: skaryfikacje, kauteryzacje i trepanacje.

W kolekcji muzeum złamania czaszki występują częściej niż urazy innych kości, co badacze wiążą z konfliktami zbrojnymi. Najczęściej uszkodzeniu ulegała kość czołowa, następnie ciemieniowa, potyliczna i skroniowa. To statystyka przemocy sprzed wieków, ale także świadectwo biologicznej odporności człowieka i zdolności organizmu do przetrwania w warunkach, które dziś uznalibyśmy za skrajne.

KONSUMPCJA Z EDUKACJĄ W TLE

Jak wiemy, niemal każde muzeum pod koniec zwiedzania prowadzi do jakiegoś sklepiku. W Museo Canario jest podobnie, z tą drobną różnicą, że skle-

pik mieści się... w bibliotece. I absolutnie nie jest to jedynie uroczą dekoracją, lecz autentyczna biblioteczka założyciela muzeum. Oczywiście znaczną część kolekcji stanowią medyczne książki w języku francuskim. Wśród półek kryje się jednak także prawdziwy hiszpański rarytas: jedno z pierwszych wydań *Don Kichota* z 1605 r.

Co najciekawsze, to nie „martwy” zbiór pod szkłem. Każdy odwiedzający bowiem może podczas wizyty skorzystać z biblioteki – wybrać jakąś książkę i przeczytać ją w sąsiedniej, cichej sali. Trudno o piękniejszy symbol ciągłości: dom lekarza, jego książki, oryginalne badania i współczesny czytelnik, który po obejrzeniu eksponatów siada do wybranej lektury.

Doktora Naranja można spotkać ponownie kilka ulic od siedziby muzeum – tym razem w formie pomnika. Przedstawiono go w dynamicznej pozie, z rozwianym płaszczem, jakby był w ciągłym ruchu. To nie klasyczny, statyczny monument uczonego, lecz postać „idącą”, zaangażowaną i obecna w przestrzeni miasta. Przypomina, że lekarz może być kimś więcej niż klinicystą – może stać się kronikarzem swojego czasu. ●

Informacje praktyczne

Muzeum Archeologiczne – Museo Canario

Lokalizacja: Las Palmas, Gran Canaria

Cena biletu: 5 dol. (ok. 20 zł)

Moje półwiecze na Bielanach

Część 2

PROF. DR HAB. BIBIANA MOSSAKOWSKA

Zlistu do redakcji „Pulsu”: *Praca w Szpitalu Bielańskim była przez prawie 60 lat treścią mojego życia i trwa we wspomnieniach, stanowiąc tarczę ochronną przed chorobowym zespołem wypalenia zawodowego i starczą depresją.* Poniżej publikujemy drugą część wspomnień prof. Bibiany Mossakowskiej.

ORDYNATORZY W SZPITALU BIELAŃSKIM

Moja najdawniejsza i pełna wdzięczności pamięć dotyczy prof. Wojciecha Wiechno – znakomitego chirurga, cudownego człowieka, pięknego mężczyzny, najdłużej pracującego z szefów oddziałów chirurgii ogólnej. Zawdzięczam temu Wielkiemu Człowiekowi tak wiele – nie tylko w pracy zawodowej, ale i w życiu osobistym, rodzinnym. Sięgając pamięcią do końca lat 50., jeszcze w Szpitalu Nr 7 na Żoliborzu, kiedy moja matka zachorowała, została

natychmiast przyjęta na chirurgię i zoperowana przez ordynatora, wtedy jeszcze docenta Wojciecha Wiechno. Nigdy nie zapomnę tego, kiedy sam operator na własnych, cudownych rękach przeniósł moją matkę ze stołu operacyjnego na łóżko szpitalne.

Kiedy w 1958 r. zachorował mój syn i przede mną była perspektywa wielomiesięcznego urlopu i przerwy w pracy na chirurgii dziecięcej, pan docent Wojciech Wiechno powiedział: *Dziecko, ty nie wytrzymasz na żadnym urlopie, w domu, lecząc tylko swoje dziecko. Niech pani przyjdzie na staż z chirurgii ogólnej i korzysta z nauki tyle, na ile pani będzie mogła się odebrać od rehabilitowania swojego syna.* Błogosławiłam pana docenta za tę propozycję i – starając się nie korzystać z przywileju przychodzenia i wychodzenia, kiedy chcę – pracowałam intensywnie, asystując chirurgom przy wielu operacjach.

W tym czasie chirurdzy z remontowanego Instytutu Gruźlicy operowali w Szpitalu Miejskim na Żoliborzu. Pamiętam dobrze operację kardiochirurgiczną wykonywaną w hipotermii przez dr. Feliksa Presser-Turskiego. Te obserwowane cuda sztuki chirurgicznej dawały mi zapomnienie o problemach związanych z chorobą mojego syna.

Na zakończenie stażu na chirurgii w asyście szefa oddziału zoperowałam młodą, szczupłą nauczycielkę z kamicią woreczka żółciowego. Operacja przeszła sprawnie. Żeby się rana operacyjna dobrze zagoiła, za każdą pierwszą wykonaną operację stawiało się zespołowi chirurgicznemu symboliczny poczęstunek. A że był to okres Świąt Wielkanocnych, postanowiłam, że po raz pierwszy w życiu zrobię mazurka pomarańczowego. Kolega chirurg wyręczył mnie w krojeniu ciasta. Spód mazurka był tak twardy, że spod noża kuchennego wystrzelił na boki, a cała masa pomarańczowa przywarła do ostrza. Spuściłam głowę ze wstydu, a pan docent Wiechno powiedział: *Niech pani raczej tylko operuje, a nie bierze się nigdy za pieczenie ciasta.* Były to prorocze słowa. Ilekroć potem próbowałam sztuki cukierniczej, to zawsze biszkopt był z zakalcem, szarlotka się rozpadała, drożdżowe nie wyrosło, a kiedy ręcznie wyrabiałam ciasto, to dzwonił telefon i całe zostawało na słuchawce.

Dzięki mojemu największemu dobroczyńcy, wtedy już profesorowi Wojciechowi Wiechno, zostałam wysłana do Anglii przez Ministerstwo Zdrowia na szkolenie z chirurgii noworodka. Pracowaliśmy wtedy w szpitalu na Bielanach, a ja byłam już specjalistką pierwszego stopnia z chirurgii dziecięcej. To był 1964 r. Po tym stażu w 1965 r. w Szpitalu Bielańskim wykonałam pierwszą w Polsce operację wrodzonego wodogłowia u noworodka.

Kiedy prof. Wojciech Wiechno na początku lat 80. przeszedł do lecznicy Ministerstwa Zdrowia, ordynaturę na chirurgii w Szpitalu Bielańskim objął następny znakomity chirurg, prof. dr hab. Krzysztof Bielecki – chociaż nie uczeń profesora, ale wszechstronnie utalentowany, oddany pacjentom, życzliwy i pomocny wszystkim. Przyjaźnimy się do dziś. Godny podziwu i naśladowania



40-lecie Szpitala Bielańskiego. Zespół lekarski (2001 r.)



40-lecie Szpitala Bielańskiego. Zespół pielęgniarski (2001 r.)

jest jego styl życia na „stypendium” ZUS. Koncertuje w chórze Surme, jako miłośnik Czarnej Hańczy od lat przewodniczy spływowi kajakowemu. Będąc już „stypendystą” ZUS, oddycha pełną piersią, pełen zapału, energii, pogody ducha i optymizmu.

Pracując przez przeszło 50 lat w Szpitalu Bielańskim, nie mogłabym nie wspomnieć o bliskiej i bezcennej współpracy z oddziałami pediatrycznymi. W latach 60. w oddziale noworodkowym i patologii noworodka były przeprowadzane, jako jedne z pierwszych w Polsce, transfuzje wymienne krwi u noworodków z konfliktem serologicznym. Rola chirurgów dziecięcych była ograniczona do wprowadzenia cewnika do naczynia w kikucie pępowiny u nowo narodzonego. Natomiast cała procedura medyczna była przeprowadzana przez „noworodkarzy”, którym przewodziły panie ordynator dr Danuta Łazińska i dr Karola Karłowicz. Pracowałyśmy razem często po godzinach, o każdej porze dnia i nocy. Rozpoznawałyśmy i leczyłyśmy noworodki z ciężkimi wadami rozwojowymi, które musiały być operowane w pierwszych godzinach czy dniach ich życia. Dziś tamte noworodki to prawnicy, psychologowie, informatycy i inni. Przypominając nam o sobie przy okazji świąt Bożego Narodzenia i każdego Nowego Roku lub innych rodzinnych uroczystości.

Równie owocna i pełna zaangażowania współpraca łączy nasz oddział chirurgii dziecięcej z oddziałem pediatrii,

a mnie osobiście przyjaźń z ordynatorami z innych oddziałów. Pediatrzy pomagali nam, chirurgom, w prowadzeniu dzieci po ciężkich zabiegach operacyjnych, w odżywianiu pozajelitowym, w leczeniu powikłań pooperacyjnych. Największą moją wdzięczność kieruję niniejszym do konsultantki z pediatrii dr Bożenney Bełżeckiej, która przez wiele lat pomagała wyzdrowieć naszym pacjentom, jak również leczyć moje wnuczki Marynię i Justynę.

PIELĘGNIARKI Z BIELAŃSKIEGO

Na zakończenie moich wspomnień z półwiecza w Szpitalu Bielańskim nie mogę nie napisać o naszych wspianych pielęgniarkach, którym w znacznej mierze zawdzięczam sukcesy zawodowe naszych chirurgów dziecięcych i satysfakcję z wykonywanej pracy w specjalności zabiegowej. Wyleczenie noworodków po operacjach, uratowanie dzieci po poważnych urazach, pielęgnowanie oparzonych, obniżenie w ostatnich latach rocznego wskaźnika śmiertelności do 0 proc. to poza świetną pracą zespołu lekarskiego – chirurgów, anestezjologów, konsultantów z innych oddziałów – znakomita praca pielęgniarek. Z wieloma pracowałam przez kilkadziesiąt lat, od początku otwarcia oddziału 1 sierpnia 1961 r.

Wiążą mnie z nimi niezapomniane wspomnienia. Jedną z tych pielęgniarek była siostra Olga, prześliczna, z urokliwym uśmiechem, z dumą nosząca pasujący do jej twarzy czepek pielęgniarski. W nowo powstałym oddziale z wielkim

entuzjazmem zaangażowała się w pracę, pomagając nie tylko lekarzom, ale i innym pielęgniarkom i salowym. Kiedy po kilku latach naszej współpracy pani Olga Kupicz ze względu na sytuację rodzinną postanowiła zmienić pracę na mniej absorbującą, bardzo chciałam ją zatrzymać. Wtedy siostra Olga powiedziała: *Jeśli pani zostanie ordynatorem, ja wrócę na ten oddział.*

I tak też się stało. Wróciła i została siostrą oddziałową. Przez 32 lata naszej współpracy nie było między nami cięchych dni ani też żadnych zadrażnień czy sytuacji konfliktowych nie do rozwiązania. Pani oddziałowa Olga Kupicz była prawdziwą gospodynią oddziału chirurgii dziecięcej. Dbała przede wszystkim o małych i dużych pacjentów, ład, porządek i czystość oddziału oraz o swój personel. Stanowczo i krótko trzymała zespół pielęgniarek i salowych, ale zawsze z uśmiechem, taktem i kulturą. Olga Kupicz, moja ukochana siostra oddziałowa, odznaczona kilkoma medalami za zasługi i wzorową pracę w służbie zdrowia.

Gdy przeszła na zasłużoną emeryturę, uświadomiłam sobie, jak trudno mi będzie dalej prowadzić oddział. Kiedy po Nowym Roku 2003 przyszedł do szpitala i zastałam pusty fotel przy biurku mojej oddziałowej, dojrzała we mnie decyzja o przejściu na emeryturę.

Pozostałe pielęgniarki – oddziałowe, opatrunkowe, zabiegowe – były równie wspiane. Z satysfakcją i wdzięcznością za ich pracę wspominam z sympatią panie: Elę, Bożenę, Wiesławę, Teresę, Grażynę, Monikę, Krysę, Zosię. Z myślą i pamięcią o nich współorganizowałam z dr Janiną Fetlińską Wydział Pielęgniarstwa w Państwowej Wyższej Szkole Zawodowej w Ciechanowie w 2001 r. Obecnie w Instytucie Promocji Zdrowia PWSzW w Ciechanowie szkolą się nowe kadry na wzór i podobieństwo naszych pielęgniarek ze Szpitala Bielańskiego.

Jestem wdzięczna losowi i ludziom, których spotkałam na swojej drodze życia zawodowego, że mogłam w jednym Szpitalu Bielańskim przepracować przeszło pół wieku i zachować w pamięci najlepsze i najmiłsze wspomnienia. W naszym oddziale czułyśmy się jak w szczęśliwej rodzinie. Szpital Bielański pozostaje w moich wspomnieniach jako moje miejsce na ziemi. ●

**OBWIESZCZENIE NR 3/OKW-IX/26
OKRĘGOWEJ KOMISJI WYBORCZEJ
OKRĘGOWEJ IZBY LEKARSKIEJ
W WARSZAWIE**
z 19 lutego 2026 r.
o wynikach wyborów
uzupełniających na stanowiska
funkcyjne w Okręgowej Komisji
Rewizyjnej Okręgowej Izby
Lekarskiej w Warszawie IX kadencji
2022–2026

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.) oraz § 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, a także na podstawie protokołów zgromadzenia wyborczego Okręgowej Komisji Rewizyjnej Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie IX kadencji 2022–2026 z 18 lutego 2026 r. ogłasza się wyniki wyborów uzupełniających na stanowiska funkcyjne w Okręgowej Komisji Rewizyjnej Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie IX kadencji 2022–2026.

§ 1

18 lutego 2026 r. w wyborach uzupełniających na stanowiska funkcyjne w Okręgowej Komisji Rewizyjnej Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie IX kadencji 2022–2026 zostali wybrani:

- 1) kol. Janusz Pachucki (lekarz) – na stanowisko funkcyjne przewodniczącego Okręgowej Komisji Rewizyjnej, uzyskując sześć głosów;
- 2) kol. Wojciech Bociański (lekarz) – na stanowisko funkcyjne zastępcy przewodniczącego Okręgowej Komisji Rewizyjnej, uzyskując siedem głosów.

§ 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 4/OKW-IX/26
OKRĘGOWEJ KOMISJI WYBORCZEJ
OKRĘGOWEJ IZBY LEKARSKIEJ
W WARSZAWIE**
z 27 lutego 2026 r.
o uzyskaniu stanowisk funkcyjnych
w 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, a także na podstawie protokołów zespołu wyborczego zgromadzenia wyborczego Okręgowej Komisji Rewizyjnej Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie IX kadencji 2022–2026 z 18 lutego 2026 r. oraz w związku z obwieszczeniem nr 3/OKW-IX/26 Okręgowej Komisji Wyborczej Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie z 18 lutego 2026 r. o wynikach wyborów uzupełniających na stanowiska funkcyjne w Okręgowej Komisji Rewizyjnej Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie IX kadencji 2022–2026 ogłasza się uzyskanie stanowisk funkcyjnych w Okręgowej Komisji Rewizyjnej Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie IX kadencji 2022–2026:

§ 1

18 lutego 2026 r. w wyborach uzupełniających na stanowiska funkcyjne w Okręgowej Komisji Rewizyjnej Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie IX kadencji 2022–2026 stanowiska funkcyjne uzyskali:

- 1) kol. Janusz Pachucki (lekarz) – uzyskał stanowisko funkcyjne przewodniczącego Okręgowej Komisji Rewizyjnej;
- 2) kol. Wojciech Bociański (lekarz) – uzyskał stanowisko funkcyjne zastępcy przewodniczącego Okręgowej Komisji Rewizyjnej.

§ 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 5/OKW-IX/26
OKRĘGOWEJ KOMISJI WYBORCZEJ
OKRĘGOWEJ IZBY LEKARSKIEJ
W WARSZAWIE**
z 10 marca 2026 r.
w sprawie wygaśnięcia
mandatu delegata
na Krajowy Zjazd Lekarzy
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 9/OKW-IX/26 Okręgowej Komisji Wyborczej Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie z 10 marca 2026 r. w sprawie wygaśnięcia mandatu delegata na Krajowy Zjazd Lekarzy IX kadencji 2022–2026, obwieszcza się, co następuje:

§ 1

Obwieszcza się wygaśnięcie 22 stycznia 2026 r. mandatu delegata Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie na Krajowy Zjazd Lekarzy IX kadencji 2022–2026 – lek. Michała Głogowskiego (nr PWZ 2559681).

§ 2

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

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



**OBWIESZCZENIE NR 6/OKW-IX/26
OKRĘGOWEJ KOMISJI WYBORCZEJ
OKRĘGOWEJ IZBY LEKARSKIEJ**

W WARSZAWIE

z 15 marca 2026 r.

**o wynikach wyborów na
stanowisko funkcyjne – prezesa
Okręgowej Rady Lekarskiej**

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.) oraz § 42 ust. 1 i 2 regulaminu wyborów do organów i w organach izb lekarskich oraz trybu odwołania członków tych organów, stanowiącego załącznik do uchwały nr 2 Nadzwyczajnego XVI Krajowego Zjazdu Lekarzy z 17 maja 2024 r. w sprawie przyjęcia regulaminu wyborów, na podstawie protokołu zgromadzenia wyborczego Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie – wybory prezesa Okręgowej Rady Lekarskiej z 15 marca 2026 r., obwieszcza się, co następuje:

w wyniku przeprowadzonych 14 marca 2026 r. wyborów na stanowisko funkcyjne – prezesa Okręgowej Rady Lekarskiej, w których kandydowało trzech delegatów, a poszczególni kandydaci uzyskali następującą liczbę głosów:

lek. Artur Drobniak – 186 głosów,

lek. Maja Herman – 18 głosów,

lek. Janusz Pachucki – 4 głosy,

ogłasza się, że prezesem Okręgowej Rady Lekarskiej Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie im. prof. Jana Nielubowicza na okres X kadencji 2026–2030 został lek. Artur Drobniak.

PRZEWODNICZĄCA

OKRĘGOWEJ KOMISJI WYBORCZEJ

Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie

lek. dent. Mery Topolska-Kotulecka

**OBWIESZCZENIE NR 7/OKW-IX/26
OKRĘGOWEJ KOMISJI WYBORCZEJ
OKRĘGOWEJ IZBY LEKARSKIEJ**

W WARSZAWIE

z 15 marca 2026 r.

**o wynikach wyborów delegatów
na Krajowy Zjazd Lekarzy**

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.) oraz § 42 ust. 1 i 2 regulaminu wyborów do organów i w organach izb lekarskich oraz trybu odwołania członków tych organów, stanowiącego załącznik do uchwały nr 2 Nadzwyczajnego XVI Krajowego Zjazdu Lekarzy z 17 maja 2024 r. w sprawie przyjęcia regulaminu wyborów, na podstawie protokołu zgromadzenia wyborczego Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie – wybory delegatów na Krajowy Zjazd Lekarzy, z 15 marca 2026 r., obwieszcza się, co następuje:

w wyniku przeprowadzonych 15 marca 2026 r. wyborów delegatów na Krajowy Zjazd Lekarzy ogłasza się, że delegatami na Krajowy Zjazd Lekarzy Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie im. prof. Jana Nielubowicza na okres X kadencji 2026–2030 zostali:

1. lek. Ambroziak Anna

2. lek. dent. Bednarek Monika

3. lek. Bieńkowski Carlo

4. lek. Bogucki Arkadiusz

5. lek. Bojakowski Adam

6. lek. Borkowski Mariusz

7. lek. Czarnecka Kinga

8. lek. Czubak-Adamus Klara

9. lek. Deja Michał

10. lek. Doczekalski Paweł

11. lek. Drobniak Artur

12. lek. Flaga-Łuczkiewicz Magdalena

13. lek. Gadomska vel Betka Łucja
14. lek. dent. Gawęda Marcin
15. lek. dent. Główna-Flieger Weronika
16. lek. Gontkiewicz Michał
17. lek. Góra Jarosław
18. lek. Grabczan Wojciech
19. lek. Gut Grzegorz
20. lek. Gutkowska Karolina
21. lek. Herman Krzysztof
22. lek. Jankowska Irena
23. lek. Jankowska Maria
24. lek. Jankowski Krzysztof
25. lek. Jankowski Łukasz
26. lek. Kiljan Patryk
27. lek. Kluska Piotr
28. lek. Kłosińska Maria
29. lek. Kowalczyk Jan
30. lek. Kraśniej-Dębkowska Agnieszka
31. lek. Krygowska Aleksandra
32. lek. dent. Kuchta Piotr
33. lek. dent. Kwitkiewicz Grzegorz
34. lek. dent. Kwitkiewicz Justyna
35. lek. dent. Leśniak-Trześniewska Agnieszka
36. lek. Lewczuk Łukasz
37. lek. Machowicz Rafał
38. lek. Madejek Robert
39. lek. Majdowski Maciej
40. lek. dent. Małkiewicz Elżbieta
41. lek. dent. Małkiewicz Konrad
42. lek. Marszałek Anna
43. lek. dent. Matuszak Bartłomiej
44. lek. Matuszewski Marcin
45. lek. Matuszewski Michał
46. lek. Matyja Piotr
47. lek. Mikołajczyk-Korniak Natalia
48. lek. Możarowski Wiktor
49. lek. Nowak Oleg
50. lek. Odolska Jagna
51. lek. Omasta Bartosz
52. lek. Paluch Łukasz
53. lek. dent. Paluszek Dariusz
54. lek. Patecki Damian
55. lek. Patena Konrad

e-Izba dla lekarzy
i lekarzy dentystów

Nowoczesny dostęp do danych



prosta aktualizacja
wygoda
bezpieczeństwo



Okręgowa
Izba Lekarska
w Warszawie



zaloguj się i sprawdź



56. lek. dent. Popowski Wojciech
57. lek. dent. Prawdzik Anna
58. lek. dent. Reymond Jerzy
59. lek. Rymarczyk Zuzanna
60. lek. Sanocki Marcin
61. lek. Serwan-Hałabuz Agnieszka
62. lek. dent. Siarkiewicz Andrzej
63. lek. Skłucka Zofia
64. lek. Sobczyńska Marta
65. lek. Sowiński Jacek
66. lek. Stańczak Ryszard
67. lek. Stefanowicz Artur
68. lek. Stępniewski Karol
69. lek. Stolarek Kacper
70. lek. Stopiński Marek
71. lek. dent. Sulma-Urban Bożena
72. lek. Szpinda Łukasz
73. lek. Szymczyk Ewa
74. lek. dent. Śmiechowicz Marcin
75. lek. Terlecka-Maciejewska Małgorzata
76. lek. dent. Topolska-Kotulecka Mery
77. lek. Tronina Olga
78. lek. Winciunas Piotr
79. lek. Wiśniewska-Kiljan Kalina
80. lek. Wojdyńska Zuzanna
81. lek. Wolny Rafał
82. lek. Wrzosek Kamil
83. lek. Zakrzewski Jakub

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

OBWIESZCZENIE NR 8/OKW-IX/26
OKRĘGOWEJ KOMISJI WYBORCZEJ
OKRĘGOWEJ IZBY LEKARSKIEJ
W WARSZAWIE
z 15 marca 2026 r.
o wynikach wyborów
na Okręgowego Rzecznika
Odpowiedzialności Zawodowej

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.) oraz § 42 ust. 1 i 2 regulaminu wyborów do organów i w organach izb lekarskich oraz trybu odwołania członków tych organów, stanowiącego załącznik do uchwały nr 2 Nadzwyczajnego XVI Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 17 maja 2024 r. w sprawie przyjęcia regulaminu wyborów, na

podstawie protokołu zgromadzenia wyborczego Okręgowego Zjazdu Lekarzy Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie – wybory okręgowego rzecznika odpowiedzialności zawodowej, z 15 marca 2026 r. obwieszcza się, co następuje:

w wyniku przeprowadzonych 15 marca 2026 r. wyborów na Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej, w których kandydowało dwóch delegatów, a poszczególni kandydaci uzyskali następującą liczbę głosów:

lek. Krzysztof Jankowski – 122 głosy,
lek. Hanna Odziemka – 66 głosów,

ogłasza się, że Okręgowym Rzecznikiem Odpowiedzialności Zawodowej Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie im. prof. Jana Nielubowicza na okres X kadencji 2026-2030 został lek. Krzysztof Jankowski.

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

OBWIESZCZENIE NR 9/OKW-IX/26
OKRĘGOWEJ KOMISJI WYBORCZEJ
OKRĘGOWEJ IZBY LEKARSKIEJ
W WARSZAWIE
z 15 marca 2026 r.
o wynikach wyborów członków
Okręgowej Rady Lekarskiej

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.) oraz § 42 ust. 1 i 2 regulaminu wyborów do organów i w organach izb lekarskich oraz trybu odwołania członków tych organów, stanowiącego załącznik do uchwały nr 2 Nadzwyczajnego XVI Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 17 maja 2024 r. w sprawie przyjęcia regulaminu wyborów, na podstawie protokołu zgromadzenia wyborczego Okręgowego Zjazdu Lekarzy Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie – wybory członków okręgowej rady lekarskiej, z 15 marca 2026 r. obwieszcza się, co następuje:

w wyniku przeprowadzonych 15 marca 2026 r. wyborów do organu – Okręgowej

Rady Lekarskiej, ogłasza się, że członkami Okręgowej Rady Lekarskiej Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie im. prof. Jana Nielubowicza na okres X kadencji 2026–2030 zostali:

1. lek. Borkowski Mariusz
2. lek. Doczekalski Paweł
3. lek. Farkowski Michał
4. lek. Flaga-Łuczkiewicz Magdalena
5. lek. Gadomska vel Betka Łucja
6. lek. dent. Gawęda Marcin
7. lek. Gontkiewicz Michał
8. lek. Góra Jarosław
9. lek. Grabczan Wojciech
10. lek. Gut Grzegorz
11. lek. Gutkowska Karolina
12. lek. Herman Krzysztof
13. lek. Jankowski Łukasz
14. lek. Kacprzyk Dawid
15. lek. Kluka Olga
16. lek. Kowalczyk Jan
17. lek. Kraśniej-Dębkowska Agnieszka
18. lek. Krygowska Aleksandra
19. lek. dent. Kuchta Piotr
20. lek. dent. Kwitkiewicz Grzegorz
21. lek. dent. Kwitkiewicz Justyna
22. lek. Machowicz Rafał
23. lek. Madejek Robert
24. lek. Matuszewski Marcin
25. lek. Matuszewski Michał
26. lek. Możarowski Wiktor
27. lek. dent. Paluszek Dariusz
28. lek. Patena Konrad
29. lek. dent. Prawdzik Anna
30. lek. dent. Reymond Jerzy
31. lek. Sanocki Marcin
32. lek. Sawicki Rafał
33. lek. dent. Siarkiewicz Andrzej
34. lek. Skarżyński Piotr
35. lek. Sowiński Jacek
36. lek. Stępniewski Karol
37. lek. Szarla Anna
38. lek. dent. Śmiechowicz Marcin
39. lek. Terlecka-Maciejewska Małgorzata
40. lek. dent. Topolska-Kotulecka Mery
41. lek. Warzecha Damian
42. lek. Wdówicki Paweł
43. lek. Winciunas Piotr
44. lek. Wojdyńska Zuzanna
45. lek. Zakrzewski Katarzyna
46. lek. Zakrzewski Jakub

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

**OBWIESZCZENIE NR 10/OKW-IX/26
OKRĘGOWEJ KOMISJI WYBORCZEJ
OKRĘGOWEJ IZBY LEKARSKIEJ
W WARSZAWIE**

z 15 marca 2026 r.

o wynikach wyborów członków
Okręgowej Komisji Wyborczej

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.) oraz § 42 ust. 1 i 2 regulaminu wyborów do organów i w organach izb lekarskich oraz trybu odwołania członków tych organów, stanowiącego załącznik do uchwały nr 2 Nadzwyczajnego XVI Krajowego Zjazdu Lekarzy z 17 maja 2024 r. w sprawie przyjęcia regulaminu wyborów, na podstawie protokołu zgromadzenia wyborczego Okręgowego Zjazdu Lekarzy Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie – wybory członków Okręgowej Komisji Wyborczej z 15 marca 2026 r., obwieszcza się, co następuje:

w wyniku przeprowadzonych 15 marca 2026 r. wyborów członków Okręgowej Komisji Wyborczej ogłasza się, że członkami Okręgowej Komisji Wyborczej Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie im. prof. Jana Nielubowicza na okres X kadencji 2026–2030 zostali:

1. lek. dent. Bolc Wiktoria
2. lek. Grabczan Wojciech
3. lek. Sowiński Jacek
4. lek. Stolarek Kacper
5. lek. dent. Sulma-Urban Bożena
6. lek. dent. Topolska-Kotulecka Mery
7. lek. Włodarczyk-Pruszyńska Inga

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

**OBWIESZCZENIE NR 11/OKW-IX/26
OKRĘGOWEJ KOMISJI WYBORCZEJ
OKRĘGOWEJ IZBY LEKARSKIEJ
W WARSZAWIE**

z 15 marca 2026 r.

o wynikach wyborów członków
Okręgowej Komisji Rewizyjnej

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.) oraz § 42 ust. 1 i 2 regulaminu wyborów do organów i w organach izb lekarskich oraz trybu odwołania członków tych organów, stanowiącego załącznik do uchwały nr 2 Nadzwyczajnego XVI Krajowego Zjazdu Lekarzy z 17 maja 2024 r. w sprawie przyjęcia regulaminu wyborów, na podstawie protokołu zgromadzenia wyborczego Okręgowego Zjazdu Lekarzy Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie – wybory członków Okręgowej Komisji Rewizyjnej z 15 marca 2026 r., obwieszcza się, co następuje:

w wyniku przeprowadzonych 15 marca 2026 r. wyborów członków Okręgowej Komisji Rewizyjnej ogłasza się, że członkami Okręgowej Komisji Rewizyjnej Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie im. prof. Jana Nielubowicza na okres X kadencji 2026–2030 zostali:

1. lek. dent. Babko Monika
2. lek. Czubak-Adamus Klara
3. lek. Gębska-Kuczerowska Anita
4. lek. Gołębiowski Marek
5. lek. dent. Joks Maksymilian
6. lek. Kiljan Patryk
7. lek. Michalczyk Łukasz
8. lek. Samul-Jastrzębska Judyta
9. lek. Świderczak Piotr

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

**OBWIESZCZENIE NR 12/OKW-IX/26
OKRĘGOWEJ KOMISJI WYBORCZEJ
OKRĘGOWEJ IZBY LEKARSKIEJ
W WARSZAWIE**

z 15 marca 2026 r.

o wynikach wyborów członków
Okręgowego Sądu Lekarskiego

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.) oraz § 42 ust. 1 i 2 regulaminu wyborów do organów i w organach izb lekarskich oraz trybu odwołania członków tych organów, stanowiącego załącznik do uchwały nr 2 Nadzwyczajnego XVI Krajowego Zjazdu Lekarzy z 17 maja 2024 r. w sprawie przyjęcia regulaminu wyborów, na podstawie protokołu zgromadzenia wyborczego Okręgowego Zjazdu Lekarzy Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie – wybory członków Okręgowego Sądu Lekarskiego z 15 marca 2026 r., obwieszcza się, co następuje:

w wyniku przeprowadzonych 15 marca 2026 r. wyborów członków Okręgowego Sądu Lekarskiego ogłasza się, że członkami Okręgowego Sądu Lekarskiego Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie im. prof. Jana Nielubowicza na okres X kadencji 2026–2030 zostali:

1. lek. dent. Bednarek Monika
2. lek. Bogucki Arkadiusz
3. lek. Browarek Aldona
4. lek. Cieśla Witold
5. lek. Ciupak Arkadiusz
6. lek. dent. Drupiewska Małgorzata
7. lek. Felicjańczyk Elżbieta
8. lek. dent. Flakowski Rafał
9. lek. Hawryłkiewicz Iwona
10. lek. Huzior Leszek
11. lek. Jagielska Anna
12. lek. Jasiński Roman
13. lek. Jędrzejewski Grzegorz



**KONSULTACJE DORADCY PODATKOWEGO
W SKŁADCE CZŁONKOWSKIEJ**



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



Umów się na konsultację

14. lek. dent. Kacprzycka Magdalena
15. lek. Kosson Dariusz
16. lek. Krasowska Aleksandra
17. lek. Kusto Ewa
18. lek. Kuszyński Robert
19. lek. Latka-Grot Julita
20. lek. dent. Lenczewska-Kulikowska Helena
21. lek. dent. Lesak Danuta
22. lek. dent. Leśniak-Trzeźniewska Agnieszka
23. lek. Łaniewski-Woźlk Przemysław
24. lek. dent. Małkiewicz Konrad
25. lek. dent. Michałak Maciej
26. lek. Miszewska-Szyszkowska Dorota
27. lek. Nita Zygmunt
28. lek. Osiadacz Małgorzata
29. lek. Panek Grzegorz
30. lek. Płońska Joanna
31. lek. Płoński Andrzej
32. lek. Radwański Paweł
33. lek. Rusak Dariusz
34. lek. Rychłowska-Pruszyńska Magdalena
35. lek. Skoczylas Agnieszka
36. lek. Słabik-Ledóchowska Aleksandra
37. lek. dent. Sobiech Piotr
38. lek. Stępka Michał
39. lek. Tronina Olga
40. lek. Wąsowski Marcin
41. lek. dent. Wieczorek Anna

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

**OBWIESZCZENIE NR 13/OKW-IX/26
OKRĘGOWEJ KOMISJI WYBORCZEJ
OKRĘGOWEJ IZBY LEKARSKIEJ
W WARSZAWIE
z 15 marca 2026 r.
o wynikach wyborów zastępców
Okręgowego Rzecznika
Odpowiedzialności Zawodowej**

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.) oraz § 42 ust. 1 i 2 regulaminu wyborów do organów i w organach izb lekarskich oraz trybu odwołania członków tych organów, stanowiącego załącznik do uchwały nr 2 Nadzwyczajnego XVI Krajowego Zjazdu Lekarzy z 17 maja 2024 r. w sprawie przyjęcia regulaminu wyborów, na podstawie protokołu zgromadzenia wyborczego Okręgowego Zjazdu Lekarzy Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie – wybory zastępców Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej z 15 marca 2026 r., obwieszcza się, co następuje:

w wyniku przeprowadzonych 15 marca 2026 r. wyborów zastępców Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej ogłasza się, że zastępcami Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie im. prof. Jana Nielubowicza na okres X kadencji 2026–2030 zostali:

1. lek. Ambroziak Anna
2. lek. dent. Bochyńska-Bar Ewa

3. lek. Borkowski Tomasz
4. lek. Dybowski Dariusz
5. lek. Gajzlerska-Majewska Wanda
6. lek. Gałęcka Ewa
7. lek. Józwiak Andrzej
8. lek. Kossut Adam
9. lek. Kurek Michał
10. lek. Lewandowicz Andrzej
11. lek. dent. Łojek Jarosław
12. lek. Makowska Grażyna
13. lek. dent. Matuszak Bartłomiej
14. lek. Mirski Siemiomysł
15. lek. Niemirski Andrzej
16. lek. Odziemka Hanna
17. lek. Paśnicka Danuta
18. lek. Pietrzak Adam
19. lek. Sikorski Adam
20. lek. Świerczek Józef
21. lek. dent. Wędziński Andrzej
22. lek. Wójcik-Sosnowska Elżbieta

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



Trzymaj rękę na...
„Pulsie”

Czytaj wygodnie tam,
gdzie chcesz:
w domu • w pracy • w podróży

Pobierz PDF
lub e-book





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



Z żalem zawiadamiamy, że 2 grudnia 2025 r. zmarła

prof. dr hab. n. med. Ewa Pronicka

Nauczyciel akademicki, wybitny naukowiec, członek wielu organizacji i towarzystw naukowych krajowych i zagranicznych. Była autorką i współautorką publikacji stanowiących kluczowe pozycje w literaturze dotyczącej chorób metabolicznych. Jej dorobek naukowy, kliniczny i organizacyjny miał ogromny wpływ na diagnozowanie i leczenie najtrudniejszych przypadków chorób rzadkich w Polsce. Kierowała wieloma międzynarodowymi projektami badawczymi, wzmacniając pozycję polskiej pediatrii na świecie. Z zamiłowania pediatra, nauczyciel wielu pokoleń lekarzy specjalistów. Zawsze postępowała zgodnie z wartościami i zasadami.

Żegnamy lekarza o ogromnej wiedzy, niezwykle wrażliwości i niepodważalnym autorytecie w dziedzinie genetyki i chorób metabolicznych. Dziękujemy za życzliwość, dobroć, optymizm i uśmiech, którym Pani Profesor obdarowywała wszystkich, a szczególnie najmłodszych pacjentów.

Pograżeni w smutku
Asystenci I, II Kliniki Pediatricznej PAM
i Kliniki Chorób Metabolicznych i Poradni IPCZD.

Synowi, Synowej, Wnukom i Rodzinie
składamy wyrazy współczucia

dr Jolanta Kubalska



Z głębokim żalem
żegnamy naszą Koleżankę

śp. dr Jolantę Grażkę

Koleżanki i Koledzy
z byłej Kliniki Medycyny Rodzinnej CMKP
Szpitala im. prof. W. Orłowskiego w Warszawie



13 stycznia 2026 r. zmarła

dr Alicja Kowalczyk-Łazowa

Przez wiele lat pracowaliśmy razem w Klinice
Medycyny Rodzinnej CMKP w szpitalu
im. prof. W. Orłowskiego.

Alu, „czołko”, jak mówiłaś zawsze na koniec rozmowy.

Adam Wojciech Koprowski

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, Magdalena Flaga-Łuczkiwicz, Dominik Héjj, Maria Libura,
Agata Ludwikowska, Filip Niemczyk, Hanna Odziemska, Artur Olesch, Gabriela Pacek,
Zuzanna Pierścińska, Małgorzata Solecka, Paweł Walewski, Małgorzata Wódz

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

REKLAMA: Łukasz Motyka-Radłowski, tel. 693 781 116, l.motyka-radlowski@oilwaw.org.pl

KONCEPCJA GRAFICZNA I SKŁAD: Marta Konarzewska

KOREKTA: Grażyna Nawrocka, Magdalena Jabłonowska

DRUK: Eurodruk-Poznań Sp. z o.o.

Redakcja zastrzega sobie prawo do adiustacji artykułów i listów, dokonywania skrótów
oraz zmian tytułów.

Materiałów niezamówionych nie zwracamy. Redakcja nie odpowiada za treść reklam i ogłoszeń.
Zawarte w artykułach i felietonach opinie nie są stanowiskiem redakcji.

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



Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie

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

KONTAKT

RECEPCJA tel. 22 542 83 48
SEKRETARIAT tel. 22 542 83 40 | 22 542 83 42 | 22 542 83 82
BIURO SEKRETARZA ORL tel. 22 542 83 31
BIURO OROZ tel. 22 542 83 22 | 22 542 83 23 | 22 542 83 24 | 22 542 83 27
KASA czynna: środa w godz. 9.00–15.00 (przerwa od godz. 12.00 do 12.30)
SKŁADKI tel. 22 542 83 38 | 22 542 83 39 | 22 542 83 78
OKRĘGOWY SĄD LEKARSKI tel. 22 542 83 20 | 22 542 83 21
OKRĘGOWA KOMISJA REWIZYJNA tel. 22 542 83 25

KOMISJE STAŁE

REJESTRACJI I PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU tel. 22 542 83 16
PRAKTYK LEKARSKICH tel. 22 542 83 84 | 22 542 83 19
LEKARZY DENTYSTÓW tel. 22 542 83 55
OKRĘGOWA KOMISJA WYBORCZA tel. 22 542 83 74
KONKURSÓW NA STANOWISKA KIEROWNICZE W OCHRONIE ZDROWIA tel. 22 542 83 33
BIOETYCZNA PRZY OIL W WARSZAWIE tel. 22 542 83 12
DS. STAŻU PODYPLOMOWEGO tel. 22 542 83 32 | staz@oilwaw.org.pl

KOMISJE I ZESPOŁY PROBLEMOWE

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

POZOSTAŁE

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



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

izba-lekarska.pl

DLACZEGO NANO APART

to recepta inwestycyjna dla lekarza?

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

1/ DLA TWOJEGO PORTFELA TERAZ

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

Zero Twojego czasu.
Maksimum zwrotu.
Czysty zysk operacyjny.



2/ DLA TWOICH DZIECI

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

Mało tego – dopóki nie dorosną
czerpiesz zyski z najmu.

To lepsze niż fundusz powierniczy.

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



3/ DLA TWOJEGO SPOKOJU

Emerytura w Polsce to żart.

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

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



DLACZEGO TA TERAPIA MA WYNIKI?

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

Zarezerwuj gotowy apartament!

Doradcy:

Krystyna +48 696 646 660

Tomasz +48 888 549 007



www.nanoapart.pl