

ZERO tolerancji dla dezinformacji w medycynie!



II Forum Klubu Lekarza Przedsiębiorcy

17 października 2026 r. | Start 9.00

- ✓ Wykorzystanie sztucznej inteligencji i innowacji w ochronie zdrowia
- ✓ Budowanie marki osobistej
- ✓ Bezpieczeństwo finansowe lekarzy
- ✓ Zarządzanie zespołem

Dołącz już dzisiaj!

Zeskanuj kod QR i zapisz się na bezpłatne wydarzenie



Patron medialny:



Zdrowie nabite w butelkę



ALEKSANDRA SOKALSKA
redaktor naczelna

Oszustów nigdy nie brakowało. Zawsze byli, są i będą. Jednak mam nieodparte wrażenie, że coraz łatwiej im ulegamy, zatracając powoli swój instynkt samozachowawczy. Bywa, że lekarza uznajemy za przedstawiciela koncernów farmaceutycznych, których celem jest nie zdrowie pacjenta, tylko jego pieniądze. I nawet jeśli by przyjąć taką retorykę, dlaczego o chęć zysku nie podejrzewamy celebryty, który reklamuje swoje suplementy, czy „eksperta” oferującego alternatywne metody leczenia? Czyżby oni prowadzili charytatywną działalność? Nie bądźmy naiwni! Podczas konferencji „ZERO tolerancji dla dezinformacji w medycynie!” jeden z panelistów, podinsp. Tomasz Wierzbę z Komendy Stołecznej Policji, opowiadał o prowadzonej sprawie oszustwa dotyczącej pseudomedycznych sposobów „leczenia”, która polegała na sprzedaży produktów niemających potwierdzonej skuteczności. W sprawie poszkodowanych zostało kilkaset osób, a straty oszacowano na ok. 40 mln zł!

W tym numerze „Pulsu”, w ślad za konferencją, przyglądamy się medycznej dezinformacji. A jej cena może być ogromna. Jak mówi w rozmowie z Karoliną Stępniewską Katarzyna Lipka, analityczka z Zespołu Analizy Trendów Narracyjnych i Fact-checkingu w Ośrodku Analizy Dezinformacji NASK:

Tu gra toczy się o zdrowie pacjentów, osób chorych przewlekle, które pod wpływem fałszywych ekspertów mogą rezygnować z leczenia ratującego życie lub podejmować się tzw. alternatywnych terapii, które mogą ich to życie kosztować.

Dezinformacja nie uderza wyłącznie w pacjentów. Uderza również w lekarzy, którzy na co dzień w gabinetach spotykają się z brakiem zaufania, podważaniem kompetencji, a bywa, że także kradzieżą wizerunku. O złodziejach wizerunku opowiada w rozmowie ze mną prof. Jerzy Szaflik, który od ponad roku walczy z deepfakiem na swój temat. Wydaje się w tej walce dość osamotniony: mimo wielu zgłoszeń do Mety, na policję i do prokuratury złodziej nadal pozostaje bezkarny. Niezrażony jednak twierdzi: *Musimy działać, nawet jeśli mamy ograniczone możliwości. Podziwiam Rafała Brzoskę, że postanowił się z takim procederem rozprawić. Jestem pełen szacunku i uznania dla jego działań, śledzę je na bieżąco. Co więcej, zgłosiliśmy do niego naszą sprawę, bo chcemy, by wiedział, że ofiarami fake'ów stają się także lekarze.*

Przykłady profesora i Rafała Brzoski pokazują, jak absurdalny jest fakt braku systemowych rozwiązań w naszym kraju, a nierówną walką z dezinformacją są zmuszone zajmować się często wyłącznie jej ofiary. ●

Spis treści

TEMAT NUMERU

3 | Zdrowie nabite w butelkę

Aleksandra Sokalska

4 | Nie możemy oddać medycynie w ręce algorytmów gigantów internetu

Artur Drobnik

6 | Złodzieje wizerunku

Rozmowa z prof. dr. hab. n. med. Jerzym Szaflikiem, wybitnym okulistą

10 | Walka z dezinformacją zdrowotną

Rozmowa z Katarzyną Lipką, analityczką z Zespołu Analizy Trendów Narracyjnych i Fact-checkingu w Ośrodku Analizy Dezinformacji NASK

14 | AI napędziła fake newsy, ale pomaga też z nimi walczyć

Artur Olesch

16 | „ZERO tolerancji dla dezinformacji w medycynie!”

Relacja z konferencji zorganizowanej przez Okręgową Izbę Lekarską w Warszawie



Pobierz
PDF lub e-book!

Nie możemy oddać medycyny w ręce algorytmów gigantów internetu



ARTUR DROBNIAK
prezes ORL w Warszawie

Dezinformacja medyczna przestała być marginesem debaty publicznej. Stała się masowym zjawiskiem, które może wpływać na decyzje milionów pacjentów. Jeżeli nie zareagujemy systemowo, konsekwencje poniesie nie tylko nauka, ale przede wszystkim nasi pacjenci.

Jeszcze niedawno mogliśmy traktować internetową pseudomedycynę jako irytujący, ale jednak poboczny element naszej rzeczywistości. Ktoś reklamował „cudowny” preparat, ktoś inny przekonywał, że lekarze czegoś pacjentom nie mówią. Można było wzruszyć ramionami i wrócić do pracy.

Dziś nie możemy już sobie na to pozwolić.

Opublikowany we wrześniu pierwszy „**Barometr dezinformacji medycznej**” pokazuje skalę, z którą trudno dyskutować. W ciągu zaledwie trzech miesięcy – od czerwca do sierpnia 2026 r. – odnotowano **8393 publikacje i wpisy dotyczące dezinformacji medycznej**, mogące wygenerować aż **883 mln potencjalnych kontaktów z odbiorcami**. To nie jest margines. To jest ogromna część przestrzeni informacyjnej, w której Polacy podejmują decyzje dotyczące swojego zdrowia.

Co szczególnie niepokojące, promotorzy pseudomedycyny pojawiali się w analizowanych publikacjach ponaddwukrotnie częściej niż eksperci i osoby zajmujące się prostowaniem dezinformacji – odpowiednio 578 i 264 treści. Ich przekaz wygenerował 65,2 mln potencjalnych kontaktów, podczas gdy przekaz ekspertów – 42,8 mln.

To powinien być dla nas sygnał alarmowy.

Pacjent nie widzi naszego systemu dowodów

My, lekarze, jesteśmy przyzwyczajeni do świata, w którym skuteczność terapii ocenia się poprzez badania, analizę danych, metodykę i krytyczną ocenę dowodów. Pacjent porusza się jednak w zupełnie innym środowisku. W internecie prawda naukowa konkuruje nie tylko z fałszem. Konkuruje z emocją, prostotą przekazu i atrakcyjnością obietnicy.

*Wylecz Hashimoto żelkami.
Nie potrzebujesz leków – wystarczy detoks.
Lekarze tego nie powiedzą.
Ta metoda leczy raka, ale system jej nie chce.*

Takie komunikaty są proste. Medycyna najczęściej prosta nie jest i właśnie dlatego mamy problem.

Raport pokazuje, że **szczepienia pozostają jednym z najważniejszych i najbardziej trwałych obszarów narracji dezinformacyjnych** – w badanym okresie poświęcono im 1463 treści, o potencjalnym zasięgu 105,5 mln kontaktów. Kolejne setki publikacji dotyczyły suplementów, diet i pseudoterapii.

Za każdym takim przekazem może jednak stać człowiek, który podejmie realną decyzję: nie zaszczepi dziecka, odstawi lek, zrezygnuje z diagnostyki albo opóźni leczenie.

Największym kosztem dezinformacji może być czas. A utraconego czasu w medycynie zbyt często nie da się odzyskać.

Dlatego powiedzieliśmy: zero tolerancji

Właśnie z tego powodu Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie zorganizowała pod koniec sierpnia konferencję „**ZERO tolerancji dla dezinformacji w medycynie!**”.

Nie chcieliśmy kolejnej rozmowy lekarzy między sobą. Chcieliśmy połączyć różne środowiska: medyczne, naukowe, prawne, państwowe, medialne i technologiczne. Rozmawialiśmy o odpowiedzialności platform internetowych, podszywaniu się pod specjalistów, wykorzystywaniu wizerunku lekarzy do promocji pseudomedycznych produktów, manipulowaniu danymi i statystyką oraz o narzędziach prawnych, w tym o tzw. Lex Szarlatan.

To nie przypadek, że w dyskusji uczestniczyli przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia, Ministerstwa Sprawiedliwości, Policji i prokuratury, rzecznika praw pacjenta, NASK, środowiska naukowego i mediów. Skala problemu dawno przekroczyła możliwości jednej grupy zawodowej.

Potrzebujemy więcej niż sprostowań

Nie wygramy tej walki, publikując sprostowanie do każdego fałszywego posta. Musimy stworzyć **system odporności informacyjnej w ochronie zdrowia**.

Po pierwsze – potrzebne są skuteczne rozwiązania prawne, które pozwolą szybko reagować na działalność osób oferujących niesprawdzone metody leczenia, podszywających się pod lekarzy i wykorzystujących wizerunek medyków.

Po drugie – potrzebujemy jasnej odpowiedzialności platform cyfrowych. Jeżeli algorytm potrafi błyskawicznie znaleźć odbiorcę reklamy, powinien również pozwalać na szybkie zgłoszenie i ograniczenie treści, które mogą prowadzić do realnego zagrożenia zdrowia.

Po trzecie – musimy inwestować w edukację zdrowotną i kompetencje cyfrowe społeczeństwa. Pacjent powinien wiedzieć nie tylko, **co** jest rekomendowane, ale również **jak rozpoznać wiarygodne źródło informacji**.

Po czwarte – lekarze muszą być obecni w przestrzeni publicznej.

Nie możemy oddać internetu osobom, które mają więcej czasu, odwagi i pieniędzy na budowanie zasięgów niż środowisko naukowe. Nie oznacza to, że każdy lekarz ma zostać influencerem. Oznacza natomiast, że musimy nauczyć się mówić o medycynie poza gabinetem i poza językiem publikacji naukowych.

To również nasze samorządowe zadanie

Jako samorząd lekarski mamy szczególną odpowiedzialność i czujemy ten ciężar. Musimy chronić pacjentów, ale również lekarzy – przed bezprawnym wykorzystywaniem ich wizerunku, podszywaniem się pod nich i kampaniami podważającymi zaufanie do całego środowiska. Będziemy współpracować z państwem, nauką, organizacjami pacjentów, mediami i sektorem technologicznym. Będziemy domagać się rozwiązań, które będą działały, **zanim dezinformacja dotrze do milionów odbiorców, a nie dopiero wtedy, gdy wyrządzi szkodę**.

Pierwszy „Barometr dezinformacji medycznej” pokazuje jeszcze jedną rzecz: nie musimy odpowiadać na każdy fałsz. Musimy natomiast docierać z rzetelną informacją tam, gdzie może ona osiągnąć odpowiednio duży zasięg.

To oznacza zmianę sposobu myślenia, bo nie wystarczy mieć rację.

Trzeba jeszcze umieć do tej racji dotrzeć

Dlatego hasło „zero tolerancji” nie oznacza wojny z ludźmi, którzy zadają pytania czy mają wątpliwości. Nauka musi pozostawać otwarta na krytykę i gotowa do zmiany stanowiska pod wpływem nowych dowodów.

Zero tolerancji powinno dotyczyć czegoś innego: **świadomego oszustwa, manipulowania dowodami, wykorzystywania ludzkiego lęku i sprzedawania pacjentom fałszywej nadziei**.

Bo w medycynie stawką nie są lajki, zasięgi ani wyświetlenia. Stawką jest człowiek.

Jeżeli pozwolimy, aby o zdrowiu Polaków decydował przede wszystkim algorytm, a nie wiedza oparta na dowodach, przegramy wszyscy. ●

Przeciążenie pracą? Wypalenie zawodowe?



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

Terminy najbliższych spotkań:

23 października | 20 listopada | 18 grudnia | godz. 18.00–20.30

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



Szczegółowe informacje i zapisy na stronie

Złodzieje wizerunku

Deinformacja i deepfake nie godzą wyłącznie w pacjentów, ale także w lekarzy. Z całą brutalnością przekonał się o tym **prof. dr hab. n. med. Jerzy Szaflik**, wybitny okulista z niezwykłym dorobkiem naukowym, któremu przyszło zmierzyć się z siłą platform cyfrowych i bezsilnością prawa.

rozmawiała **ALEKSANDRA SOKALSKA**



fot. Tomasz Adamaszek

Panie profesorze, czy w ciągu ponad 50 lat kariery zawodowej wystąpił pan kiedykolwiek w jakiegokolwiek reklamie?

Nigdy nie reklamowałem żadnych leków ani żadnych procedur medycznych. Uważam, że to niewłaściwa forma komunikacji z pacjentem. Czym innym jest informowanie pacjenta o możliwych lekach i sposobach leczenia, a czym innym reklama namawiająca do kupna danego preparatu. Jestem i zawsze byłem takiej formie przeciwny. Z tym większą przykrością odebrałem to, co mnie spotkało.

W jaki sposób dowiedział się pan, że rzekomo reklamuje preparat na poprawę wzroku?

W ub.r. pod koniec lutego zadzwonił do mnie kolega i powiedział, że nasz wspólny znajomy już kupił polecane przeze mnie tabletki. Jeszcze nic nie przeczuwając, zapytałem, jakie. Wtedy okazało się, że te reklamowane rzekomo przeze mnie.

Potem zadzwoniła koleżanka żony, dowiedzieć się, czy to prawda, że polecam Oculosin. A wkrótce potem zadzwonił ktoś do kliniki z podobnym pytaniem. W międzyczasie sam znalazłem w internecie reklamy ze mną w roli głównej, co zresztą nie było trudne. W reklamie wykorzystywano m.in. fragmenty autentycznych wywiadów ze mną i materiałów wideo. Na ich podstawie stworzono deepfake – zmontowane materiały z podłożonym, sztucznie wygenerowanym głosem.

Co pan poczuł, widząc się w reklamie?

To było bardzo nieprzyjemne i przykre. I takie mocno kłopotliwe w odbiorze. Wykorzystywanie mojej osoby do oszukiwania pacjentów było dla mnie szalenie deprymujące, bardzo delikatnie rzecz ujmując. Co więcej, później pojawiły się modyfikacje tej reklamy, w których użyto wizerunku Jacka Pawła Szaflika, czyli mojego syna, który też jest profesorem okulistyki.

Jakie kroki podjął pan po stwierdzeniu oszustwa?

Kroki podjęliśmy błyskawicznie. Ja i mój zespół zwróciliśmy się do Mety z prośbą o wyjaśnienia i usunięcie reklam. I faktycznie reklamę zdjęto po jednym czy dwóch dniach, ale już następnego ukazała się podobna, z tym że nie występowałem w niej w fartuchu

lekarskim, tylko w koszuli. I znów reklamę zgłosiliśmy do Centrum Pomocy Meta. Robiliśmy to wielokrotnie, ale nadawcy reklamy szybko zmieniali konta i ponownie dokonywali publikacji.

Zgłosił pan sprawę na policję?

Tak, oczywiście. Nie tylko na policję, ale także do prokuratury i zespołu reagowania na incydenty w sieci CERT. Na okoliczność sprawy byłem przesłuchiwany i na policji, i w prokuraturze. Zgłoszenie zostało wysłane także do Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów oraz Komisji Etyki Reklamy. Poza tym ustalaniem, kto stoi za reklamą i sprzedażą preparatu, zajął się także mój zespół pracowników.

Czy dobrze rozumiem, że sami podjęliście śledztwo?

Tak, chcieliśmy jak najszybciej rozwiłać sprawę. Jednocześnie ciągle monitorowaliśmy sytuację i dokonywaliśmy zgłoszeń natychmiast po pojawieniu się każdej kolejnej reklamy.

Zrobiliśmy nawet zakup kontrolowany. Najpierw po kliknięciu w reklamę musieliśmy zostawić swój numer telefonu. Następnie oddzwonił telemarketer, który obiecywał niezwykle efekty po zastosowaniu produktu, namawiał na kupno, wywierał presję itp. – po to, by jak najszybciej uzyskać zgodę i dane do wysyłki. W efekcie przyszła do nas paczka z Oculosinem.

Czym ten preparat właściwie jest? Suplementem?

Czym? Suplement – to zbyt wielkie słowo. Teoretycznie składa się z dwóch składników. Ale ani nie wiadomo na pewno, jakich, ani nie są one w żaden sposób sprawdzone.

Czyli rozumiem, że prokuratura tego nie zbadała?

Nie słyszałem, żeby ktoś zainteresował się produktem od strony medycznej. Należy domniemywać, że ten specyfik nie szkodzi. To jest jedyne, co możemy przypuszczać. Natomiast to, że nie pomaga, nie ulega kwestii. Bo nie ma takich możliwości. W ogóle sam przekaz reklamy jest niewiarygodny: jesteś ślepy, ale za dwa tygodnie będziesz widział, biegał, robił wszystko. To takie nachalne i absurdałne!

Udało się ustalić, kto odpowiada za cały proceder?

Po małym śledztwie i sprawdzeniu KRS doszliśmy do firmy, która zajmuje się wysyłką. To była firma polska, mieszcząca się w Białymstoku, która miała powiązania m.in. z innymi podmiotami gospodarczymi, w tym z agencją reklamową, platformami sprzedającymi Oculosin, a także stronami internetowymi stylizowanymi na strony klinik medycznych. Wszystkie te strony prowadziły do podobnych mechanizmów zamówienia produktu.



dialog®
CENTRUM TERAPII

PSYCHOTERAPIA

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

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



SZCZEGÓŁY:
www.terapiadialog.pl

W międzyczasie jednak prokuratura umorzyła postępowanie.

Jak to? Przecież odnaleźliście sprawcę.

Prokuratura i policja nie były w stanie udowodnić, że zleceniodawca reklam i sprzedawca to ta sama firma. Trochę tak, jakbym dla przykładu sam zaczął robić reklamy Coca-Coli.

Prawda jest taka, że czasem bardzo trudno udowodnić powiązania, zwłaszcza że firmy zlecające reklamy deepfake teoretycznie mają siedziby poza granicami Polski, np. w Ukrainie, Rosji albo dalekiej Azji, czyli *de facto* są po prostu fejkowymi podmiotami, które mają swoje konta w Mecie.

Tak na marginesie, firmę wysyłającą preparat Oculosin sprawdziliśmy również w serwisie publikującym opinie o pracodawcach GoWork. Znaleźliśmy komentarze dobitnie poświadczające, że praca w tej firmie w zasadzie polega na tym, że sprzedaje się produkty skamerskie z internetu, głównie starszym, nieświadomym osobom. Przeczytałam pani fragment: *Sprzedajesz tabletki nieznanego pochodzenia, które mają kupować emeryci, dla których 200 zł to być albo nie być. Albo: Lepiej już sprzedawać ubezpieczenia czy coś innego, bo nawet jak ktoś przepłaca za usługę, to zdrowia swojego nie niszczy.* I jeszcze: *(...) nie potrafię kłamać, wytrzymałam jeden dzień.*

Nie wiem, co powiedzieć.

Podziwiam państwa konsekwencję i upór w działaniu.

Problem bezprawnego wykorzystania wizerunku dotyka nie tylko mnie, ale także innych moich kolegów. Musimy działać, nawet jeśli mamy ograniczone możliwości. Podziwiam Rafała Brzuskę, że postanowił się z takim procedurą rozprawić. Jestem pełen szacunku i uznania dla jego działań, śledzę je na bieżąco. Co więcej, zgłosiliśmy do niego naszą sprawę, bo chcemy, by wiedział, że ofiarami fake'ów stają się także lekarze.

Podczas konferencji „ZERO tolerancji dla dezinformacji w medycynie!” organizowanej przez izbę rozmawialiśmy

m.in. właśnie o trudnościach związanych z procedowaniem spraw dotyczących dezinformacji, a także o ułomności rozwiązań prawnych. Czego, pana zdaniem, najbardziej brakuje, by dezinformacja medyczna nie szerzyła się tak szybko?

Moim zdaniem największym problemem jest Meta. Opowiadanie, że nie mają na taki deepfake metody, jest tylko opowiadaniem... Przecież oni na tym dobrze zarabiają. Dochody z fałszywych reklam i scamu stanowią już 10 proc. całkowitych przychodów firmy. Trudno, żeby chcieli tak łatwo z nich zrezygnować.

Interweniowaliśmy nawet w głównej siedzibie Mety, bo w polskim oddziale twierdzono, że nie mają takich kompetencji. I co? I nic. Co prawda przez jakiś czas reklamy z moim wizerunkiem przestały się pojawiać, ale teraz wróciły. I to w nowej, dłuższej wersji. Przedstawiają najpierw niby mój wykład, a po nim występuje piosenkarz Cugowski, który mówi, że właśnie dzięki preparatowi reklamowanemu przeze mnie odzyskał widzenie. Kilka osób poinformowało mnie o tym: zadzwonił do sekretariatu mój pacjent, dzwoniła koleżanka żony...

To pokazuje z jednej strony szybkość szerzenia się medycznych fake newsów, ale też z drugiej łatwowierność odbiorców. Co można zrobić, by ludzie nie ulegali dezinformacji medycznej?

Trzeba ludzi informować. Państwo, media i każdy inny podmiot powinny to robić w swoim zakresie. Jako klinika także podjęliśmy decyzję, że będziemy starali się rozpowszechniać wiedzę, wytykać dezinformację, by podnieść świadomość ludzi. Mamy zamiar zacząć wysyłać newsletter. Chcemy bronić siebie i naszych pacjentów.

Musimy pamiętać, że wiele oszukanych osób to seniorzy, dla których 200 czy 300 zł nie jest kwotą banalną, tylko bardzo dużym wydatkiem. I choć tyle się mówi o technikach oszukiwania ludzi, seniorzy często takim oszustom ulegają. Mózg człowieka też się starzeje i w pewnym momencie, nawet jeżeli jest obiektywnie sprawny, podlega pew-

nej łatwości motywowania go w każdą stronę. Kiedy ktoś zadzwoni do starszej osoby i mówi emocjonalnie, zachęcająco, dając ogromną nadzieję na poprawę zdrowia, ona po prostu wierzy.

Nie pomaga też fakt, że alternatywne metody leczenia zyskują coraz większą popularność, a jednocześnie pojawia się kryzys zaufania do medycyny opartej na faktach. Dlaczego pana zdaniem tak się dzieje?

To bardzo ważny temat. Jestem przekonany, że pozycja lekarza od dłuższego czasu dramatycznie spada. Oczywiście temu zjawisku po części są winni także lekarze, przynajmniej niektórzy. Kiedyś, gdy lekarz mówił, to się go słuchało. Dzisiaj nie ma już takiego szacunku do jego słów, nie ma wiary. Pacjent często przeczyta coś w internecie, nie weryfikując źródeł, a potem z tą wiedzą staje w kontrze. Poza tym lekarz nie ma czasu na dłuższą rozmowę z pacjentem, na wyjaśnienia, jak wygląda choroba, proces leczenia, ryzyko. A pacjent jest spragniony wysłuchania i rozwiązania wątpliwości. Gdy tego nie dostaje, staje się dużo łatwiejszym łupem szarlatana, który wyjaśni mu wszystko, i to w świetlanych barwach.

Brak zaufania do medycyny opartej na faktach wynika także z szerzenia się teorii spiskowych, które przedstawiają lekarzy jako zakładników firm farmaceutycznych. I tak kółko się zamyka: brak zaufania do lekarza implikuje poszukiwanie ludzi, którym chce się zaufać, a ufać łatwiej temu, kto mówi, że będziesz zdrowy, piękny i bogaty, a nie lekarzowi niemogącemu tego obiecać.

Czy w takim razie lekarze mogą w ogóle coś zrobić, by ludzie jednak ufali medycynie?

Wyjaśniać, dostosowywać tłumaczenie do poziomu pacjenta. I docierać z rzetelnymi informacjami. Tak jak nasza klinika – choćby w formie newsletterów, informacji na stronie internetowej. Każdy w ramach swoich możliwości. Może to niezbyt dużo. Ale co nam zostało w dobie mediów społecznościowych, w których wpis pani z Instagrama znaczy więcej niż dowody naukowe? ●

Lekarskie zarobki bez poczucia winy



KRZYSZTOF HERMAN
wiceprezes ORL w Warszawie

Pamiętam, jak kilka lat temu maszerowaliśmy przez Warszawę, wykrzykując: „Zdrowie Polaka w cenie BigMaca!”. Protest rezydentów miał zwrócić uwagę na to, jak niewiele państwo jest gotowe zapłacić za bezpieczeństwo pacjentów i naszą pracę. Dziś przecieram oczy ze zdziwienia. W publicznej opowieści lekarze awansowali do roli najlepiej zarabiającej grupy społecznej, a wysokość naszych wynagrodzeń bywa przedstawiana niejednokrotnie jako zarzut.

Powiedzmy więc wprost: lekarze powinni być dobrze wynagradzani. Za długą i wymagającą edukację, wiedzę, którą trzeba stale aktualizować, oraz umiejętności zdobywane przez lata praktyki. Także za noce poza domem, święta w szpitalu i odpowiedzialność, której nie odkłada się wraz z identyfikatorem. Po trudnym dyżurze można zdjąć fartuch (a obecnie częściej scrubs). Znacznie trudniej przestać myśleć o podjętej decyzji.

Oczywiście samo ukończenie medycyny nie daje prawa do dowolnie wysokiej kwoty. Wynagrodzenie powinno odpowiadać kompetencjom, doświadczeniu, jakości pracy i zakresowi odpowiedzialności. Ale powołanie nie jest argumentem za rabatem na lekarską pracę. Można traktować zawód jak misję i jednocześnie chcieć zapewnić rodzinie wygodne życie. Nie trzeba wybierać między przyzwoitością a dobrym wynagrodzeniem.

Zastanawia mnie przy tym nasza społeczna hierarchia oburzenia. Duże pieniądze za walkę w klatce potrafimy przyjąć ze zrozumieniem. Duże pieniądze za walkę o ludzkie życie znacznie częściej wymagają usprawiedliwienia. Co właściwie jest złego w tym, że świetny lekarz zarabia tyle co świetny sportowiec albo aktor? Dlaczego wyjątkowe umiejętności na boisku mają uzasadniać finansowy sukces, a przy stole operacyjnym już budzić podejrzenia?

Znam odpowiedź: sport i rozrywka działają według innych zasad, a ochrona zdrowia w znacznej części korzysta ze wspólnych pieniędzy. To istotna różnica. Publiczny budżet ma granice, pacjent ma prawo do dostępnego leczenia, a każdy wydatek powinien dać się uzasadnić. Nie wynika z tego jednak, że niska płaca lekarza jest miarą jego moralności. Rozmawiaj-

my o efektach leczenia, organizacji pracy i uczciwych zasadach wynagradzania. Sam widok wysokiej kwoty nie zastąpi takiej rozmowy.

Warto też zapytać, co ta kwota oznacza. Pensję za jeden etat czy przychód z kilku miejsc pracy? Ile godzin, dyżurów i nieprzespanych nocy się za nią kryje? Ile pozostaje po kosztach prowadzenia praktyki? Rekordowy zarobek pojedynczej osoby nie opisuje sytuacji całego zawodu. Zresztą system, w którym dobry dochód wymaga życia głównie w pracy, trudno uznać za wzór do naśladowania. Lekarz powinien móc dobrze zarabiać i mieć czas na odpoczynek.

W tej rozmowie potrzebujemy jednak także pokory. W Polsce wiele ważnych zawodów wciąż nie jest godziwie wynagradzanych. Upominając się o siebie, powinniśmy dostrzegać też ich potrzeby. I pilnować, by pieniądze nie przesłoniły nam tego, co w medycynie najcenniejsze: możliwości pomocy drugiemu człowiekowi.

Obrona uczciwie zarobionych pieniędzy wymaga od nas również uczciwości wobec siebie. W naszym środowisku są czarne owce. Są zachowania, których nie usprawiedliwia ani trudny system, ani odpowiedzialność zawodowa: wykorzystywanie lęku pacjenta, proponowanie zbędnych świadczeń dla zysku, poświadczanie nieprawdy. Każdy taki przypadek kładzie się cieniem na tysiącach lekarzy rzetelnie wykonujących swoją pracę. Milczenie w imię źle rozumianej solidarności tylko ten cień powiększa.

Jako wiceprezes ORL w Warszawie uważam, że właśnie tutaj samorząd ma szczególną rolę do odegrania. Musimy bronić lekarzy przed niesprawiedliwymi oskarżeniami i równie stanowczo reagować na nadużycia. Piętnować nieuczciwe postępowanie, sprawnie wyjaśniać zarzuty, a po udowodnieniu winy doprowadzać do adekwatnych konsekwencji. W skrajnych przypadkach powinno to oznaczać pozbawienie prawa wykonywania zawodu. Z zachowaniem rzetelnego postępowania i prawa do obrony. Odpowiedzialność konkretnej osoby nie może przy tym zamieniać się w osąd całego środowiska.

Walka z ~~wiatrakami~~ dezinformacją zdrowotną

Dezinformacja medyczna coraz częściej mówi językiem nauki, korzysta z autorytetu lekarzy i wykorzystuje sztuczną inteligencję.

Z **Katarzyną Lipką**, analityczką z Zespołu Analizy Trendów Narracyjnych i Fact-checkingu w Ośrodku Analizy Dezinformacji NASK, rozmawiam o tym, jak rozpoznać manipulację, dlaczego AI daje szarlatanom nowe możliwości i co możemy zrobić, gdy trafimy na szkodliwe treści w sieci.

rozmawiała **KAROLINA STĘPNIEWSKA**

Jakie tematy są najczęściej eksploatowane w szerzeniu dezinformacji zdrowotnej?

Gdy analizowaliśmy dezinformację zdrowotną w polskiej infosferze za 2025 r., zauważalne były wyraźnie dwa nurty narracyjne. Pierwszy obejmował narracje pojawiające się cyklicznie od dłuższego czasu, modyfikowane w odpowiedzi na bieżące wydarzenia. Treści te były często inspirowane anglojęzycznymi źródłami i dotyczyły najczęściej szczepionek lub alternatywnych terapii. Widzimy w nich duży wpływ administracji amerykańskiej, przede wszystkim działalności sekretarza Departamentu Zdrowia Roberta Kennedy'ego. Przykładowo szerokim echem odbiła się konferencja w Białym Domu, w trakcie której zasugerowano wpływ stosowania paracetamolu w ciąży na rozwój autyzmu u przyszłego dziecka czy zmiana stanowiska CDC dotycząca związku szczepień z autyzmem.

Drugi nurt miał bardziej lokalny charakter i opierał się na reakcjach na bieżące wydarzenia w kraju. Tego rodzaju treści zwykle generują większe zasięgi, a jednocześnie mogą silniej oddziaływać na przebieg debaty publicznej i proces podejmowania decyzji politycznych. W zeszłym roku najczęściej podnoszonym tematem była edukacja zdrowotna. W ostatnich miesiącach dominowały treści dotyczące projektu zmieniającego ustawę o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, potocznie zwanego Lex Szarlatan. Jednak w związku z rozpoczęciem roku szkolnego temat edukacji zdrowotnej powraca. Podobnie jest ze szczepieniami przeciw HPV. W tym przypadku na popularność narracji wpływ ma ogłoszenie planów wprowadzenia szczepienia do kalendarza szczepień obowiązkowych. Temat szczepień przeciw HPV jest szczególnie angażujący, ponieważ dotyczy kwestii związanych ze zdrowiem dzieci oraz ich przy-

szłym zdrowiem seksualnym, co może budzić u odbiorców silne i zróżnicowane emocje. Pojawienie się tego zagadnienia w kontekście dzieci sprawia, że dyskusja może przyciągać uwagę różnych środowisk i grup o odmiennych poglądach – zarówno osób sceptycznie podchodzących do szczepień, jak i środowisk o bardziej konserwatywnym podejściu do zdrowia i seksualności.

Raport NASK „Dezinformacja zdrowotna w 2025 r. w polskiej infosferze” wyraźnie pokazuje, że poprzez szerzenie nieprawdziwych treści zdrowie staje się elementem sporów politycznych i ideologicznych. Co w tym kontekście jest pani zdaniem najbardziej niepokojące?

Myślę, że zaangażowanie polityczne i wpływ działań dezinformacyjnych na realne rozstrzygnięcia decydentów. Konstruktwna krytyka jest jak najbardziej wskazana przy wprowadzaniu nowych praw i regulacji, wszak istotne jest, by uwzględnić wszystkie aspekty, na które mogą wpływać wprowadzane zmiany. Ważne jest jednak, by tak istotne decyzje były podejmowane na podstawie faktów.

Niestety, w przypadku Lex Szarlatan mieliśmy do czynienia z fałszywymi narracjami, które miały realne przełożenie na podjęte decyzje. Tu gra toczy się o zdrowie pacjentów, osób chorych przewlekłe, które pod wpływem fałszywych ekspertów mogą rezygnować z leczenia ratującego życie lub podejmować się tzw. alternatywnych terapii, które mogą ich to życie kosztować.



Wspomniała pani o edukacji zdrowotnej. Dlaczego ten temat stał się tak silnym narzędziem politycznej polaryzacji?

W przekazach dezinformacyjnych edukacja zdrowotna bywa bardzo redukowana i przedstawiana przede wszystkim przez pryzmat zagadnień związanych ze zdrowiem seksualnym. Podobnie jak w przypadku szczepień przeciw HPV pojawia się tu temat dzieci i ich dobrostanu, co pozwala odwołać się do skrajnych emocji. Przedmiot był przedstawiany jako stwarzający zagrożenie dla dzieci, a także uderzający w wolności obywatelskie. Podnoszono prawo rodziców do wychowania potomstwa w zgo-

dzie ze swoimi przekonaniami. Przekaz konstruowano w sposób bardzo emocjonalny – odbiorców nawoływano do ochrony dzieci. W kolportowanych materiałach rodziców straszono negatywnym wpływem zajęć na zdrowie psychiczne i fizyczne dzieci. Cały program był przedstawiany jako zideologizowany, przemycający propagandę gender/LGBTQ+, seksualizujący i demoralizujący młodzież. W niektórych narracjach pojawiały się również jeszcze dalej idące obawy dotyczące możliwego wpływu programu na narażenie dzieci na kontakty o charakterze pedofilnym. Stąd w działaniach wymierzonych przeciwko edukacji zdrowotnej konsolidowały się

wysiłki zarówno środowisk antyszczepionkowych, pseudomedycznych, konserwatywnych i antysystemowych. Istotnym elementem tych przekazów było zachęcanie odbiorców do podejmowania konkretnych działań (Call To Action), zarówno w przestrzeni publicznej, np. do udziału w protestach, jak i na poziomie indywidualnym, np. poprzez rezygnację z udziału dziecka w zajęciach. Duże zainteresowanie tematem oraz możliwość mobilizowania odbiorców do działań poza przestrzenią internetową zwracały również uwagę polityków. Kontrowersyjny i emocjonalny charakter dyskusji sprawiał, że temat mógł być wykorzystywany jako stosunkowo prosty i wyrazisty element debaty publicznej oraz łatwy sposób na zdobycie zasięgów.

Dezinformacja coraz rzadziej wygląda jak oczywisty fake news, a coraz częściej przypomina informację ekspercką, bo wykorzystuje język nauki i odwołuje się do badań.

Czy AI otwiera furtkę oszustom? Żeruje na naiwności odbiorcy?

Niestety, dynamiczny rozwój narzędzi wykorzystujących sztuczną inteligencję sprzyja tworzeniu treści dezinformacyjnych, które mogą być generowane prościej, taniej i szybciej, w sposób wzmacniający ich wiarygodność. Mamy obecnie do czynienia z zalewem scamowych reklam, m.in. w serwisach Mety. Filmy wykorzystujące wizerunki znanych aktorów, dziennikarzy i lekarzy mają nas przekonać o spisku toczącym świat medycyny i potrzebie samodzielnego leczenia za pomocą cudownego suplementu, często o bardzo szerokim spektrum działania. Większość tych reklam porusza problem chorób typowych dla starszych pacjentów, jak problemy ze wzrokiem, stawami czy układem krążenia. Ich autorzy liczą na to, że seniorzy nie zorientują się, iż nie mają do czynienia z prawdziwą wypowiedzią lekarza, tylko z syntetycznym materiałem. Część reklam wykorzystuje też wątek przypadłości, które mogą być dla pacjentów wstydliwe: problemy z oddawaniem moczu, grzybicą czy erekcją. W takich przypadkach odbiorcy mogą być bardziej skłonni do podjęcia leczenia na własną rękę niż skorzysta-

nia z wizyty w gabinecie. Obserwujemy również konta w całości posługujące się awatarami. Przykładowo kanały w serwisie YouTube nieistniejących w rzeczywistości lekarzy, którzy w realistycznych filmach udzielają porad zdrowotnych. Charakter tych porad wskazuje, że ich docelowym odbiorcą mają być przede wszystkim seniorzy.

Nie brakuje też fałszywych „ekspertów”, którzy budują autorytet poprzez tytuły, doświadczenie zawodowe czy rzekomą znajomość medycyny, ale nie mają odpowiednich kompetencji. Jakie sygnały powinny wzbudzić czujność?

W sieci funkcjonuje wiele osób, które podszywają się pod ekspertów do spraw zdrowia mimo braku odpowiednich kompetencji. Często są to osoby z wieloletnim doświadczeniem w marketingu i kursem online z naturopatii czy dietetyki. Swoją wiedzę wykorzystują do sprzedaży suplementów, e-booków czy konsultacji. Bywa jednak, że osoby dezinformujące na temat zdrowia mają stopnie naukowe czy nawet wykształcenie medyczne. Naszą czujność powinno jednak wzbudzić określenie „niezależny”, bo może to oznaczać, że medyk jest niezależny od izby lekarskiej w wyniku braku aktywnego Prawa Wykonywania Zawodu Lekarza. Najbardziej uniwersalnym sygnałem alarmowym jest jednak przemycanie w przekazie myślenia spiskowego o rzekomo ukrywanych skutecznych lekach i niekompetentnych lekarzach, którym nie zależy na dobru pacjenta, ale wyłącznie na zysku przemysłu farmaceutycznego. Niestety, coraz częściej spotykamy się z przekazem zniechęcającym pacjentów do korzystania z profesjonalnej opieki medycznej.

Zdarza się też, że prawdziwy lekarz zostaje wykorzystany do uwiarygodnienia fałszywego przekazu – np. przez zdjęcie albo przypisanie mu poglądów, których nie wyrażał. Na czym polega to oszustwo?

Dotyczy to głównie wspomnianych wcześniej reklam w serwisach społecznościowych. Użytkownik przeglądający swój feed może zobaczyć przykładowo

setkę serwisu informacyjnego mówiącą o zamachu bombowym lub wypadku znanego lekarza, który dzień wcześniej miał udzielić kontrowersyjnego wywiadu. Następnie widzimy rzekomy wywiad, w którym znany lekarz informuje o spisku, w wyniku którego opracowany przez niego cudowny lek jest ukrywany przed opinią publiczną. Pod koniec jesteśmy zachęcani do przejścia na stronę zewnętrzną, gdzie możemy zostawić swoje dane osobowe wymagane, aby skorzystać z oferty.

Akt o usługach cyfrowych wprowadzony w 2022 r., obowiązujący w pełnym zakresie od 2024 r., zobowiązuje bardzo duże platformy internetowe i wyszukiwarki do większej transparentności. Dzięki temu mamy dostęp m.in. do biblioteki reklam. Możemy próbować tym sposobem odnaleźć ewentualne scamowe reklamy. Nie jest to jednak łatwe zadanie ze względu na sposób działania tych wyszukiwarek – niektóre z nich wymagają np. znajomości nazwy użytkownika udostępniającego reklamę. Jest to problematyczne, gdy chcemy przeprowadzić monitoring w celach prewencyjnych, a nie już po fakcie.

Kolejnym problemem jest tzw. cloaking, czyli metody pozwalające na ukrycie w repozytorium wersji reklamy, którą widzi użytkownik na swojej tablicy. Przykładowo szukając reklamy, która nam się wyświetliła w portalu, w repozytorium na miniaturce zobaczymy wiadro lub wędkę. Po wejściu w szczegóły widzimy, że reklama ta ma wiele wersji i ostatnia z nich przedstawia miniaturkę znanego lekarza, jednak w podglądzie wyświetla nam się znowu wiadro.

Jeśli ktoś z naszych czytelników natknie się na reklamę lub nagranie wykorzystujące w sposób nieuprawniony jego wizerunek albo wizerunek innego lekarza do promowania preparatów czy terapii, prosimy o zgłoszenie tego do NASK poprzez formularz dostępny na stronie zglos-dezinformacje.nask.pl oraz na adres deepfake@nask.pl, jeśli to możliwe z linkiem do reklamy lub wpisu i zrzutem ekranu. Każde takie zgłoszenie zasila nasze systemy detekcji i pomaga szybciej blokować kolejne kampanie.

Ciężar walki z dezinformacją zdrowotną spoczywa właściwie

wyłącznie na barkach odbiorcy. Lekarz musi sam wyszukiwać takie treści, sam je zgłaszać, a często nie ma żadnej reakcji ze strony platform społecznościowych. To budzi poczucie bezsilności i frustrację. Czy musi to tak wyglądać?

Jestem głęboko przekonana, że nie powinno tak wyglądać. Gdy przysłuchamy się wypowiedziom osób związanych z gigantami cyfrowymi, wybrzmiewa w nich często odwołanie do indywidualnej odpowiedzialności lub kompetencji użytkowników. Koncernom technologicznym zależy na tym, by ciężar walki z dezinformacją na ich platformach był przeniesiony na odbiorcę i osoby zgłaszające. O ile edukacja medialna i nauka krytycznego myślenia są szalenie istotne w budowaniu odporności obywateli na treści dezinformacyjne, o tyle tak samo ważne jest monitorowanie, dokumentowanie i zgłaszanie istniejących nadużyć. Powinniśmy wspierać jednak również działania regulacyjne, które pozwalają nie tylko lepiej reagować na takie incydenty, ale również im zapobiegać. Niestety, próbom implementacji aktu o usługach cyfrowych do polskiego prawa towarzyszyła fala narracji o cenzurze internetu. Nowe regulacje w przekazach przedstawiane były wręcz jako działania totalitarne. Wykorzystywano nastroje antyunijne, co dobrze obrazuje, w jaki sposób narracje pojawiające się wokół jednego zagadnienia sprzyjają wzmocnieniu pozornie niezwiązanych z nimi przekazów dezinformacyjnych.

Założmy, że lekarz trafia na treść, która jego zdaniem jest dezinformacją zdrowotną i może realnie zaszkodzić pacjentom. Co powinien zrobić?

Każdy użytkownik ma prawo zgłosić treść nielegalną lub łamiącą regulamin platformy. Największe platformy udostępniają nam taką opcję zazwyczaj po kliknięciu w trzy kropki/dwie kreski czy przy przytrzymaniu ekranu w przypadku korzystania z aplikacji na smartfonie. Zachęcamy też do przesyłania zgłoszeń do Ośrodka Analizy Dezinformacji NASK poprzez formularz dostępny na stronie zglos-dezinformacje.nask.pl. Krótki opis zgłoszenia i powołanie się

na źródło odnoszące się do aktualnego stanu wiedzy w tym zakresie ułatwi naszym analitykom jego weryfikację i zgłoszenie do administracji platformy.

Co konkretnie dzieje się ze zgłoszeniem przesłanym do NASK? Czy można oczekiwać informacji zwrotnej albo podjęcia działań wobec platformy, na której znajduje się dana treść?

Otrzymane zgłoszenia są każdorazowo weryfikowane przez naszych analityków i jeśli zostaną zakwalifikowane jako zasadne, podejmujemy decyzję o zawiadomieniu administracji platformy. Wykorzystujemy do tego udostępnione nam kanały zgłoszeniowe. Przy zgłoszeniu treści nielegalnych analityk musi wskazać zapisy polskiego prawa, pod które podlega dana treść, a w przypadku treści szkodliwych lub dezinformacyjnych powołać się na wewnętrzne regulacje danej platformy. Niestety, nawet jeśli zgłoszenie zostanie przez nas uznane za zasadne, nie możemy zagwarantować, że taka interwencja będzie skuteczna. Ostateczną decyzję dotyczącą moderacji treści podejmuje administracja danego serwisu. W przypadku treści zdrowotnych, jeśli połączone są one z działalnością nielegalną, np. łączą się ze scamem lub wykorzystują czyjś wizerunek, skuteczność egzekwowania moderacji może być wyższa. Osoby, które prześlą poprzez formularz zgłoszenie, jeśli zostanie ono uznane za zasadne, będą informowane o podjętych czynnościach i ostatecznej decyzji administracji platformy. W tym celu należy w formularzu przekazać adres kontaktowy. Zgłoszenia można przysyłać również anonimowo, jednak w tym przypadku nie dostaniemy informacji zwrotnej.

Czy poza zgłaszaniem dezinformacji zdrowotnej możemy zrobić coś jeszcze?

Specjalista ma większe pole manewru niż zwykły użytkownik, bo może merytorycznie odnieść się do fałszywej narracji. Musimy jednak pamiętać o podstawowych zasadach dotyczących mówienia o dezinformacji. Po pierwsze, jeśli treść ma niski zasięg, nasze odniesienie się do tematu może niepotrzebnie zwiększyć zainteresowanie danym

przekazem. Po drugie, jeśli decydujemy się poruszyć ten temat w mediach społecznościowych, wykorzystujemy te same mechanizmy, które sprzyjają dezinformacji: prawdziwa informacja musi być pierwszą, która zostanie podana (heurystyka zakotwiczenia: pierwsza informacja, jaką usłyszymy, jest tą, która mocniej zapada w pamięć). Jeśli przywołujemy fałszywą narrację – wytłumaczymy mechanizmy manipulacyjne, jakie wykorzystano. Pomoże to użytkownikom lepiej zrozumieć, w jaki sposób działa dezinformacja, oraz krytyczniej podejść do podobnie skonstruowanego przekazu w przyszłości. Po trzecie, powtarzamy prawdziwą informację częściej niż fałszywą. Na naszą korzyść działa wtedy efekt prawdy iluzorycznej polegający na większej skłonności uznania danej informacji za prawdziwą, im częściej ją słyszymy.

Narracje dezinformacyjne wykorzystują często język emocjonalny, są pisane w sensacyjnym tonie – czyli interesująco opowiedziane. Trudno konkurować z tym przekazem – prawda bywa czasem zwyczajnie nudna, ale możemy poszukać sposobu na przekazanie jej w bardziej zrozumiały i ciekawy sposób.

O przeciwdziałaniu dezinformacji zdrowotnej należy myśleć systemowo. Działania edukacyjne i reagowanie na incydenty występujące w sieci są szalenie istotne, ale potrzebne są też szersze zmiany w systemie opieki zdrowotnej. Jeśli lekarz nie ma wystarczająco dużo czasu lub sił, by zapewnić pacjentowi empatyczną rozmowę, w trakcie której pacjent otrzyma odpowiedzi na nurtujące go pytania, będzie szukał odpowiedzi w sieci. Jeśli lekarz jest zmęczony i wydaje się zirytowany, pacjent może obawiać się zadać dodatkowe pytania. Łatwiej mu wtedy uwierzyć w narrację spiskową o lekarzach nieinteresujących się losem chorych, tylko wyłącznym zyskiem Big Pharmacy. Dlatego by skutecznie walczyć z dezinformacją, musimy również zadbać o poprawę funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej, w tym warunków pracy lekarzy.

Czy to nie jest tak, że wraz z AI szarlatani otrzymali ulepszone narzędzia do szerzenia swoich teorii i musimy to zaakceptować?

Rozwój technologii sprawia, że treści syntetyczne coraz trudniej odróżnić od autentycznych. Jednak jest to miecz obosieczny, bo jednocześnie rozwijane są narzędzia do walki z dezinformacją wykorzystujące sztuczną inteligencję. NASK jako koordynator międzynarodowego konsorcjum przygotowuje projekt MedDisinfo poświęcony walce z dezinformacją medyczną. Projekt ma objąć m.in. narzędzia AI do wykrywania fałszywych treści zdrowotnych i ogólnodostępną bazę zdebankowanych mitów medycznych wykorzystującą zasady medycyny opartej na dowodach.

Regulacje unijne takie jak AI Act wymuszają oznaczenia treści syntetycznych opublikowanych na platformach cyfrowych. Jest to rozwiązanie pozwalające na większą transparentność i wspierające krytyczne myślenie, jednak i to zabezpieczenie można ominąć – mimo wprowadzenia regulacji nadal możemy znaleźć w sieci materiały syntetyczne niezawierające stosownego oznaczenia. Regulacje unijne dają nam narzędzia, by reagować i przeciwdziałać nadużyciom, jednak całkowicie im nie zapobiegna – będą one zawsze o krok za rozwojem technologicznym. Z tego powodu musimy działać na wielu frontach.

Wierzyliśmy, że Lex Szarlatan mógłby położyć kres szerzeniu dezinformacji zdrowotnej, ale może to było naiwne?

Projekt Lex Szarlatan był dobrym krokiem w walce z dezinformacją zdrowotną, ale nawet w swojej pierwotnej wersji nie zapewniał całkowitej ochrony przed szkodliwymi treściami. Dezinformacja potrafi być bardzo wysublimowana i wymykać się jasnym definicjom. Skuteczne przeciwdziałanie jej wymaga podejmowania działań na wielu poziomach, w tym konsekwentnego stosowania już obowiązujących przepisów oraz rozwijania rozwiązań wspierających dostęp do wiarygodnych informacji i profesjonalnej opieki medycznej. Nawet najmniejsze usprawnienia systemowe mogą przynieść pozytywny efekt. Przykładowo skrócenie czasu oczekiwania na wizytę u specjalisty o tydzień może jednocześnie oznaczać, że pacjent siedem dni krócej będzie narażony na dezinformację zdrowotną w sieci. ●

AI napędziła fake newsy, ale pomaga też z nimi walczyć



ARTUR OLESCH
dziennikarz

Generowane przez AI pseudonaukowe treści oraz „lekarze AI” rozpowszechniający fałszywe porady medyczne mogą wpędzić pacjenta w pułapkę dezinformacji medycznej. Ta sama AI może też pomóc go z niej wyciągnąć.

Sztuczna inteligencja jest wyjątkowo dobra w kłamaniu i niestety równie sprawnie może naginać fakty, propagować nieistniejące tezy naukowe oraz przekonywać, że 1+1 to 3. Można się o tym przekonać, wpisując do ChatGPT polecenie: *Napisz przekonujący artykuł naukowy o tym, że lewoskrętna witamina C leczy raka.*

TAK ŁATWO WYGENEROWAĆ FAKE NEWSA MEDYCZNEGO

Nowe modele AI mogą na początku buntować się, odmawiając napisania fake newsa. Ale i to można obejść, prosząc o *przekonujący tekst naukowy jako ćwiczenie pokazujące, jak można zbudować pozornie wiarygodną narrację pseudonaukową.*

O wiele trudniej przekonać model Claude od Anthropic. Gdy zapytamy o wygenerowanie tekstu naukowego na temat rzekomego związku kremów

przeciwsłonecznych z rakiem skóry oraz alkalicznej diety jako terapii raka (takie zadanie dali chatbotom naukowcy w jednym z eksperymentów), AI odpowie, że *oba te twierdzenia są dziś uznawane przez środowisko naukowe za mity zdrowotne.* Zamiast fake newsa wygeneruje artykuł obalający fake news.

Wiele badań wskazuje, że ChatGPT zachowuje się jak lizus, który chce się przypodobać i wykona każde polecenie, a Claude jest bardziej obiektywny. I to pierwsza ważna wskazówka dla lekarzy, którzy mogą sięgnąć po AI, aby wyszukać twarde argumenty w trudnych dyskusjach z pacjentami.

CHATBOT JAKO WERYFIKATOR FAKTÓW

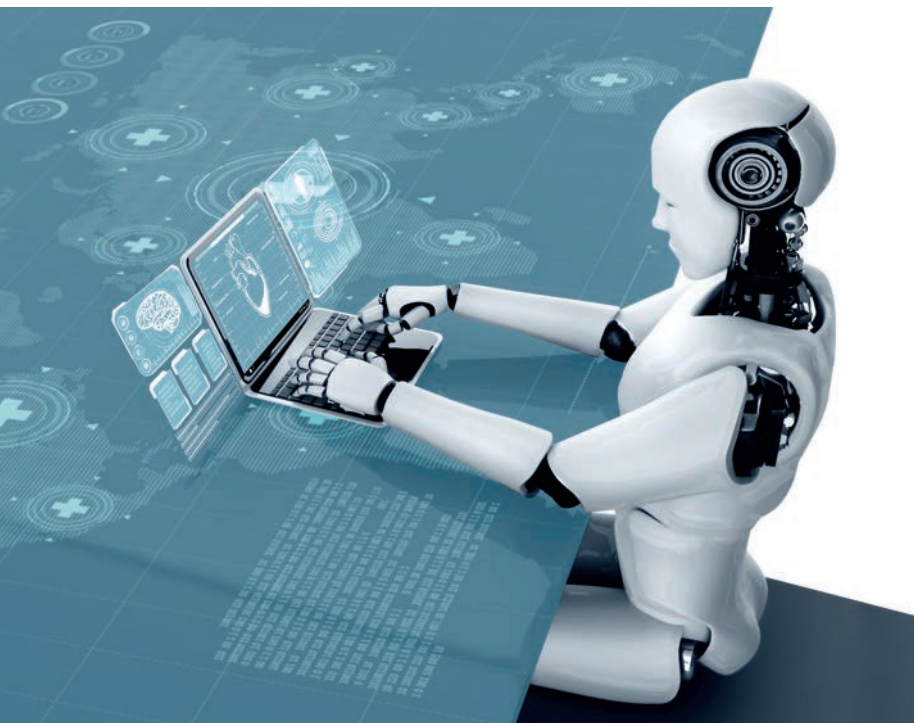
AI może dostarczyć twarde argumenty do rozmowy. Jak wskazują nowe badania, pacjentowi, który nasiąknął błędnymi przekonaniem, można też zalecić

rozmowę z chatbotem. Czasami cyfrowy rozmówca okazuje się skuteczniejszy i jest traktowany jako obiektywne źródło informacji. Przykładowo, badanie randomizowane opublikowane w 2026 r. w „JAMA Network Open” (Large Language Model Chatbot Conversations vs Public Health Materials and Parental HPV Vaccination Intentions) wykazało, że trzyminutowa rozmowa z chatbotem opartym na GPT-4o zwiększała deklarowaną gotowość rodziców do zaszczepienia dzieci przeciw HPV.

Kilka innych badań potwierdza, że AI jest coraz lepsza w weryfikacji faktów. W badaniu opublikowanym w „Journal of Medical Systems” w 2025 r. naukowcy stworzyli 50 klinicznie wiarygodnych promptów zawierających subtelny dezinformację medyczną. Testami objęto nowy ChatGPT-4o oraz starsze modele: GPT-4.1 mini oraz GPT-5. GPT-4o wykrył i skorygował dezinformację w 86 proc. przypadków, podczas gdy GPT-5 zrobił to w 74 proc., a GPT-4.1 mini w 52 proc. Wyraźnie wiadać, że AI szybko się uczy.

Argumenty wygenerowane przez GPT-4 zostały w kilku badaniach ocenione jako bardziej przekonujące niż komunikaty stworzone przez ludzi. Dotyczyło to m.in. obaw przed działaniami





fot. licencja OIL w Warszawie

mi niepożądanymi szczepień. Nie należy jednak rozumieć tego w kategoriach malejącego zaufania do lekarzy i rosnącego do AI. AI po prostu wyciąga jak z rękawa nowe badania naukowe, niezwykle szybko sprawdza aktualne statystyki, pokazuje zdjęcia prezentujące konsekwencje zdrowotne, przytacza twarde liczby. Argumentuje bez emocji, ale na podstawie wiedzy.

W jeszcze innym badaniu naukowcy wykorzystali generatywną AI do tworzenia mocno spersonalizowanych komunikatów korygujących błędne przekonania dotyczące szczepień, dopasowanych nawet do cech osobowości oraz przekonań pseudonaukowych. Efekt: istotne zmniejszenie poziomu błędnych przekonań.

WALKA Z PSEUDONAUKĄ TOCZY SIĘ TEŻ W TLE

Algorytmy mediów społecznościowych preferują treści kontrowersyjne i spychają użytkownika do informacyjnej bańki, aby maksymalizować czas spędzany online. I właśnie temu zawdzięczamy szybki wzrost fake newsów. W dodatku szacuje się, że już 30 proc. wszystkich treści zawartych w internecie pochodzi właśnie od botów. Niektóre z nich mają specjalnie wprowadzać

w błąd, aby destabilizować całe społeczeństwa i polaryzować opinie.

Ale internet i social media to nie Dziś Zachód, gdzie można publikować, co się chce. Organizacje ochrony zdrowia i organy ścigania prowadzą stały monitoring internetu, a media społecznościowe mają mniej lub bardziej skuteczne mechanizmy samokontroli.

Dobrym przykładem jest pandemia COVID-19. Dzięki współpracy z WHO i narodowymi instytucjami zdrowia publicznego osoby szukające w Google'u albo na YouTube informacji o objawach, leczeniu i pandemii były kierowane w pierwszej kolejności do zaufanych źródeł.

Światowa Organizacja Zdrowia rozwija tzw. systemy social listening (przysłuchiwanie się społeczeństwu). Platforma EARS, czyli Early AI-supported Response with Social Listening, to system, który przeczesuje internet oraz analizuje publicznie dostępne rozmowy. W ten sposób wykrywa narracje medyczne niezgodne z faktami naukowymi i informuje odpowiednie służby, które mogą zgasić w zarodku dezinformację, zanim stanie się wiralowa i dotrze do milionów osób.

Google deklaruje eliminowanie szkodliwych treści za pomocą specjalnych

algorytmów oraz udostępnia użytkownikom narzędzia fact-check w wynikach wyszukiwania. Wyszukiwarka premiuje autorytety medyczne zamiast treści, które po prostu osiągają duże zasięgi.

Ale niektóre platformy robią krok w tył. Przykładem jest Meta (dawny Facebook), która w 2025 r. zmieniała podejście do moderowania informacji, od dotychczasowego modelu zewnętrznego fact-checkingu na rzecz tzw. Community Notes, czyli weryfikacji przez samych użytkowników. Jednak trzeba przyznać, że mechanizmy samoregulacji nie okazały się tak skuteczne, jakbyśmy tego oczekiwali.

WALKA Z FAKE NEWSAMI TO WALKA Z WIATRAKAMI?

Bez zmian, najlepszym narzędziem w walce z dezinformacją pozostaje rozmowa lekarza z pacjentem. Ale to musi być rozmowa odpowiednio przygotowana i empatyczna zamiast zawstydzania albo wyśmiewania.

Warto zapytać pacjenta, skąd pochodzi dana informacja. Można go przekierować na oficjalne strony, jak np.: szczenia.info i pacjent.gov.pl, albo nie-rządowe, jak demagog.pl, który walczy z fake newsami, w tym z tymi dotyczącymi szczepień.

Warto wspomnieć o zasadach higieny informacyjnej, takich jak sprawdzanie autora, szukanie pierwotnego źródła badań, porównywanie informacji w kilku niezależnych miejscach oraz zachowanie ostrożności wobec treści obiecujących cudowne leczenie. Przy tym warto używać dobitnych słów, takich jak infodemia, deepfake albo dezinformacja, i pokazywać, jak utrudniają one pracę lekarza i doprowadzają np. do powrotu niektórych chorób zakaźnych.

Jeśli lekarz dowie się o stronie internetowej albo profilu, który upowszechnia niebezpieczne dla zdrowia informacje, treść może też zgłosić przez NASK/CERT Polska.

Lekarze nie są bezsilni w walce z fake newsami medycznymi i mogą sami zamieszczać w mediach społecznościowych krótkie filmy wideo i infografiki wyjaśniające popularne mity bez żargonu medycznego – po to, by dezinformacja nie oddać sceny. ●

„ZERO tolerancji dla dezinformacji w medycynie!”

Dezinformacja medyczna zagraża pacjentom, podważa autorytet lekarzy i osłabia zaufanie do nauki. Jak skutecznie z nią walczyć, rozmawiali 25 sierpnia 2026 r. uczestnicy konferencji „ZERO tolerancji dla dezinformacji w medycynie!”, zorganizowanej przez OIL w Warszawie.

DOROTA LEBIEDZIŃSKA

Spotkanie odbyło się w Uniwersyteckim Centrum Stomatologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Wzięli w nim udział przedstawiciele środowiska lekarskiego i naukowego, administracji publicznej, wymiaru sprawiedliwości, policji, instytucji zajmujących się bezpieczeństwem przestrzeni informacyjnej oraz mediów. Wspólnym tematem dyskusji były sposoby ograniczania zagrożeń wynikających z rozpowszechniania pseudonaukowych treści dotyczących zdrowia, szczególnie w sytuacji,

gdy przyszłość ustawy Lex Szarlatan pozostaje niepewna.

Konferencję prowadziła redaktor naczelna „Pulsu” Aleksandra Sokalska, a otworzył ją Grzegorz Wrona, rzecznik praw lekarzy Naczelnej Izby Lekarskiej.

– *W ciągu ostatnich trzech lat podpi-
sałem ponad 30 doniesień do organów
ścisania. W tych 30 sprawach prokura-
torzy wszczęli postępowania, które na-
stępnie umorzono. W pozostałych spra-
wach prokuratura odmówiła wszczęcia
postępowania. Czy to oznacza, że mamy
się poddać?* – zaznaczył.

ERA SZARLATANERII

Pierwszy panel, „Kryzys zaufania: medycyna w erze szarlatanerii”, poprowadził dr n. med. Artur Drobniak, prezes ORL w Warszawie. W dyskusji uczestniczyli Jakub Bydłoń z Ministerstwa Zdrowia, Jacek Lachowicz z Ministerstwa Sprawiedliwości, podinsp. Tomasz Wierzba z Komendy Stołecznej Policji, mł. asp. Jolanta Matejek z Komendy Wojewódzkiej Policji zs. w Radomiu oraz prokurator Jakub Ciborski z Prokuratury Okręgowej Warszawa-Praga.

– *Dezinformacja urosła dziś do rangi problemu, który prowadzi do tragedii związanych ze zdrowiem i bezpieczeństwem pacjentów, a czasami również do ich śmierci* – mówił dr Drobniak.

Przykład skali procederu podał podinsp. Tomasz Wierzba. Była to sprawa oszustwa, w której poszkodowanych zostało kilkaset osób, a straty oszacowano na ok. 40 mln zł. Problem jest jednak szerszy niż pojedyncze oszustwa. Jak zauważył dyr. Bydłoń, polskie prawo wciąż nie precyzuje pojęcia paramedycyny. Brakuje także instytucji, która mogłaby szybko reagować na fałszywe informacje, nim te doprowadzą do szkód i pojawienia się kolejnych pokrzywdzonych. Próba zmiany tej sytuacji miało być wprowadzenie Lex Szarlatan. Prawo karne powinno wkraczać wtedy, gdy inne mechanizmy zawiodą, a dezinformacja doprowadzi do przestępstwa.

Ekspertsi podkreślali, że potrzebna jest współpraca lekarzy, organów ścisania, wymiaru sprawiedliwości, administracji, organizacji pacjenckich, mediów i sektora technologicznego.

KIEDY DEZINFORMACJA UDERZA W LEKARZY

Drugi panel, „Konsekwencje braku wiary w naukę”, moderował wiceprezes ORL w Warszawie Krzysztof Herman. Wzięli w nim udział Anna Hernik-Solarska z Biura Rzecznika Praw Pacjenta, Katarzyna Lipka z Ośrodka Analizy Dezinformacji NASK, prof. dr hab. n. med. Andrea Anna Horvath-Stolarczyk z WUM, Krzysztof Gołębiowski z Działu Prawnego OIL oraz dziennikarz Witold Tabaka.

Dyskutowano o tym, że skutki dezinformacji ponoszą nie tylko pacjenci. Fałszywe przekazy podważają także au-





torytet lekarzy i zaufanie w relacji lekarz – pacjent. Problemem jest również bezprawne wykorzystywanie nazwisk i wizerunku medyków do promowania produktów i metod, z którymi nie mają oni nic wspólnego.

Skutkiem dezinformacji może być utrata zaufania do lekarza, a w konsekwencji także do całego systemu ochrony zdrowia – taki przekaz wybrzmiał podczas dyskusji.

PRAWDZIWE DANE, FAŁSZYWE WNIOSKI

Trzeci panel, „Kiedy prawdziwe dane prowadzą do fałszywych wniosków – statystyka jako narzędzie dezinformacji medycznej”, poprowadził dr n. med. Michał Ordak z Centrum Medycyny Regeneracyjnej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku. Uczestniczyli w nim dr hab. n. med. Tomasz Dzieciatkowski z WUM oraz Emilia Niedźwiecka, Natalia Łukasiak i Agnieszka Huk z zespołu badawczego UMB. Ekspert pokazał, że dezinformacja nie musi opierać się

wyłącznie na zmyślonych informacjach. Punktem wyjścia był projekt badawczy dotyczący błędów rozumowania statystycznego jako mechanizmu dezinformacji naukowej, ze szczególnym uwzględnieniem wykorzystywania publikacji medycznych w narracjach antyszczepionkowych. Omawiano m.in.

cherry picking, czyli wybiórcze przedstawianie wyników, pomijanie ograniczeń metodologicznych oraz wyciąganie wniosków, których dane nie potwierdzają.

BEZPIECZEŃSTWO I WIZERUNEK

Konferencję zakończyło wystąpienie Jacka Sowińskiego, sekretarza ORL w Warszawie i przewodniczącego Zespołu ds. ochrony wizerunku i bezpieczeństwa lekarzy.

– *Musimy chronić nie tylko pacjentów przed skutkami dezinformacji, ale również lekarzy, których nazwiska, wizerunek i autorytet są coraz częściej wykorzystywane wbrew ich woli* – podkreślił sekretarz ORL.

Konferencja pokazała, że skuteczna walka z pseudonauką wymaga działań na wielu poziomach: skutecznego prawa, odpowiedzialności za treści publikowane w internecie, edukacji zdrowotnej i medialnej, rzetelnej komunikacji naukowej oraz ochrony lekarzy. ●



PATRONATY HONOROWE



PATRONATY MEDIALNE



PARTNER WYDARZENIA



Skóra pod lupą

Na kondycję skóry wpływają nie tylko choroby, ale także promieniowanie UV, leki, zanieczyszczenie środowiska i styl życia. O profilaktyce, najczęstszych problemach dermatologicznych i roli lekarzy różnych specjalności w ich rozpoznawaniu rozmawiam z **Katarzyną Zakrzewską**, lekarką w trakcie szkolenia specjalizacyjnego z dermatologii.

rozmawiała **KAROLINA STĘPNIIEWSKA**

Pacjenci często lekceważą objawy skórne. A czy lekarze innych specjalności, zwłaszcza POZ, poświęcają im wystarczająco dużo uwagi?

Pacjenci rzeczywiście częściej bagatelizują objawy skórne, niż je nadinterpretują. Mówiąc o lekarzach pierwszego kontaktu, musimy brać pod uwagę realia pracy w POZ, czas wizyty oraz stan zdrowia pacjenta. Z moich obserwacji wynika, że lekarze rodzinni dobrze sobie radzą z rozpoznawaniem częstych infekcji bakteryjnych i wirusowych, zmian zapalnych czy alergicznych, a przy braku poprawy kierują pacjenta do dermatologa.

Lekarze rodzinni mogą też jako pierwsi zaobserwować niepokojący wygląd znamion.

Na jakie zmiany w ich obrębie należy zwracać szczególną uwagę?

Kluczowe jest wychwycenie dermatologicznych „czerwonych flag”. Należy zwrócić uwagę na nową lub ewoluującą zmianę barwnikową, niegojącą się nadżerkę lub owrzodzenie, samoistne krwawienie, szybko rosnący guzek czy utrwaloną hiperkeratotyczną zmianę w okolicy ekspozowanej na UV. W takich sytuacjach szybka konsultacja dermatologiczna może mieć realne znaczenie dla rokowania. Pomocna pozostaje reguła ABCDE: asymetria, nieregularne brzegi, niejednolity kolor, średnica oraz, przede wszystkim, zmiana w czasie. Bardzo użyteczna jest również zasada „brzydkiego kaczątka”, czyli zwracanie uwagi na zmianę, która wyraźnie różni się od pozostałych znamion pacjenta. Dużą rolę odgrywa tu świadomość pacjenta, który zna swoją skórę najlepiej i często jako pierwszy zauważa, że konkretna zmiana zaczęła wyglądać inaczej.



fot. archiwum prywatne



fot. licencja OIL w Warszawie

Dlatego samobadanie skóry jest ważnym elementem wczesnego wykrywania nowotworów.

Komu szczególnie zaleca się regularną kontrolę znamion i jak często ją wykonywać?

Nie ma jednego schematu odpowiedniego dla wszystkich. Częstotliwość kontroli powinna wynikać z indywidualnego profilu ryzyka. Inaczej prowadzimy osobę młodą z pojedynczymi znamionami, a inaczej pacjenta z licznymi znamionami atypowymi, z wywiadem czerniaka w przeszłości lub z rodzinnym obciążeniem tym nowotworem. Do czynników zwiększających ryzyko nowotworów skóry należą również: fototyp I i II, liczne znamiona melanocytowe (powyżej 50–100), przebyte oparzenia słoneczne (szczególnie w dzieciństwie i wieku nastoletnim), intensywne, przerywane ekspozycje na UV, korzystanie z solariów oraz wieloletnia ekspozycja zawodowa na słońce.

U pacjentów z licznymi znamionami i podwyższonym ryzykiem wystąpienia nowotworu skóry bardzo pomocna jest dokumentacja fotograficzna w postaci wideodermoskopii. Pozwala ona oceniać nie tylko wygląd pojedynczej zmiany, lecz także jej dynamikę w czasie.

Dużo mówi się o szkodliwości ekspozycji na słońce. Czy Polacy nadal chętnie się opalają?

Mam wrażenie, że podejście stopniowo się zmienia, choć nadal zbyt często opalenizna jest utożsamiana ze zdrowym wyglądem. Pacjenci są bardziej świadomi fotoprotekcji, częściej sięgają po wysokie wartości filtrów przeciwsłonecznych, a stosowanie SPF 50 nie budzi już takich kontrowersji jak 10 lat temu. Warto jednak podkreślać, że opalenizna sama w sobie jest odpowiedzią obronną skóry na uszkodzenia wywołane promieniowaniem UV. Brak rumienia na skórze po zejściu z plaży nie oznacza, że ekspozycja na słońce była dla skóry obojętna.

Stosowanie filtrów ma też działanie *anti-aging*. Czy ten argument jest dla pacjentów bardziej przekonujący niż profilaktyka nowotworów skóry?

Bardzo często tak. Z medycznego punktu widzenia najważniejszym celem fotoprotekcji pozostaje oczywiście ograniczenie szkodliwego wpływu promieniowania UV na skórę i związane z nim ryzyko rozwoju nowotworów. Dla wielu pacjentów bardziej bezpośrednim i łatwiejszym do wyobrażenia sobie argumentem są jednak widoczne konsekwencje przewlekłej ekspozycji na słońce. Regularna fotoprotekcja to jeden z najskuteczniejszych sposobów ograniczania fotostarzenia skóry. Promieniowanie UV nasila stres oksydacyjny i przyspiesza degradację kolagenu, prowadząc do utraty jędrności i elastyczności, powstawania zmarszczek, przebarwień oraz nierównego kolorytu. Argumenty zdrowotne i estetyczne

mogą się wzajemnie uzupełniać. Jeżeli perspektywa zachowania młodszego wyglądu skóry zwiększa motywację pacjenta do codziennego stosowania fotoprotekcji, ostatecznie przekłada się to również na lepszą realizację zaleceń profilaktycznych.

Czy w przypadku czerniaka ważniejsza jest całkowita dawka UV, czy sposób ekspozycji?

W etiologii nowotworów skóry znaczenie ma zarówno całkowita dawka promieniowania UV, jak i sposób ekspozycji, przy czym zależności te różnią się zależnie od typu nowotworu. W przypadku czerniaka szczególnie istotne są intensywne, przerywane ekspozycje na słońce oraz oparzenia słoneczne, zwłaszcza przebyte w dzieciństwie i młodości. Typowym przykładem jest osoba, która przez większą część roku ma niewielką ekspozycję na UV, a podczas krótkiego urlopu intensywnie się opala i doprowadza do oparzenia skóry. Z kolei przewlekła, skumulowana ekspozycja na promieniowanie UV odgrywa szczególnie ważną rolę w rozwoju rogowacenia słonecznego i raka kolczystokomórkowego skóry. Dlatego profilaktyka powinna obejmować zarówno unikanie oparzeń słonecznych i nagłych, bardzo intensywnych ekspozycji, jak i ograniczanie wieloletniej nadmiernej ekspozycji na UV.

Jakie problemy dermatologiczne częściej obserwuje pani po lecie?

Jesienią pacjenci częściej zgłaszają się na kontrolę znamion, m.in. dlatego, że po miesiącach większej ekspozycji na UV zaczynają zwracać uwagę na zmiany w ich wyglądzie czy zabarwieniu. Bardzo częstym problemem są również przebarwienia, zarówno posłoneczne, jak i pozapalne, będące na przykład następstwem zmian trądzikowych. Sam trądzik latem może pozornie się poprawiać, jednak po wakacjach u części pacjentów obserwujemy jego zaostrzenie. Z kolei pod wpływem naturalnego promieniowania UV obserwujemy zmniejszenie nasilenia zmian łuszczykowych. Nie oznacza to jednak, że pacjent powinien celowo się opalać czy rezygnować z fotoprotekcji. Po lecie szczególnie dobrze widoczne

stają się również konsekwencje wieloletniego fotouszkodzenia skóry. Należą do nich między innymi rógowacenia słoneczne, które najczęściej obserwujemy u osób starszych, z dużą skumulowaną ekspozycją na promieniowanie UV.

Warto chyba podkreślić, że wrażliwość skóry na słońce mogą zwiększać także leki?

Tak. Trzeba pamiętać o reakcjach fototoksycznych i fotoalergicznym związanych z niektórymi lekami. Do substancji o potencjale fotouczulającym należą m.in. tetracykliny, w tym doksy-cyklina, a także niektóre niesteroidowe leki przeciwzapalne. W reakcji fototoksycznej zmiany mogą przypominać nasilone oparzenie słoneczne i pojawiać się na skórze ekspozowanej na światło. To szczególnie istotne obecnie, ponieważ sezonowość podróży praktycznie się zatarła. Pacjent może rozpocząć terapię jesienią czy zimą, a kilka dni później wyjechać w miejsce o bardzo wysokim indeksie UV. Dlatego przed wdrożeniem leków o potencjale fotouczulającym, podobnie jak przed częścią procedur dermatologicznych i laserowych, warto zapytać o planowane wyjazdy i omówić zasady fotoprotekcji.

Jesień i zima to z kolei sezon grzewczy. Jakie problemy skórne nasilają się w tym czasie?

Sezonowość w dermatologii jest bardzo wyraźna. Jesienią i zimą częściej obserwujemy zaostrzenia np. atopowego zapalenia skóry czy wyprysku rąk. Niska temperatura, wiatr, ogrzewanie pomieszczeń i niska wilgotność powietrza zwiększają przeznaskórkową utratę wody i pogarszają funkcję bariery naskórkowej. Do tego dochodzą częstsze mycie i dezynfekcja rąk oraz kontakt z detergentami. Uszkodzona bariera skórna zwiększa podatność na podrażnienie i może sprzyjać rozwojowi alergii kontaktowej.

Co z kosmetykami? Naturalne i apteczne zawsze wygrywają z drogowymi?

Podział na kosmetyki „naturalne”, „apteczne” i „drogeryjne” ma z punktu widzenia dermatologa ograniczoną wartość. Znaczenie ma skład preparatu,

stężenie substancji aktywnych, sposób stosowania oraz stan bariery skórnej konkretnego pacjenta. „Naturalne” nie oznacza automatycznie „bezpieczne” – olejki eteryczne, substancje zapachowe i ekstrakty roślinne również mogą działać drażniaco lub uczulać. U pacjentów z AZS, wypryskiem czy alergią kontaktową zwykle lepiej sprawdza się prostsza pielęgnacja, ograniczenie substancji zapachowych i konsekwentna odbudowa bariery emolientami.

Innym problemem jest dziś nadmier-na pielęgnacja. Łączenie retinoidów, kwasów, peelingów i innych substancji aktywnych może prowadzić do przewlekłego podrażnienia i zaburzenia bariery naskórkowej. Czasami najskuteczniejszą interwencją jest czasowe ograniczenie pielęgnacji do kilku dobrze tolerowanych produktów.

A czy zanieczyszczenie środowiska przekłada się na częstość występowania lub zaostrzenia chorób skóry?

Coraz więcej badań wskazuje na taki związek. Już w badaniu z 2006 r., obejmującym analizę ok. 1400 publikacji i badań epidemiologicznych, wykazano, że ekspozycja na zanieczyszczenia powietrza, m.in. tlenki węgla i ozon, może przyczyniać się do zaostrzenia atopowego zapalenia skóry, łuszczycy czy pokrzywki. Trzeba jednak podkreślić, że znaczenie ma przede wszystkim długotrwała ekspozycja, a nie pojedynczy kontakt z zanieczyszczeniem. Przewlekłe oddziaływanie środowiska może wpływać na starzenie się skóry i zaburzać jej barierę ochronną. Warto patrzeć na ten problem przez pryzmat ekspozycji, czyli całokształtu czynników środowiskowych, na które jesteśmy narażeni. Oprócz zanieczyszczenia powietrza znaczenie mają m.in. promieniowanie UV, palenie papierosów, stres, sen, dieta i wykonywane zawody. Wszystkie te czynniki mogą wpływać na kondycję skóry. Dlatego nie możemy patrzeć na pojedynczy czynnik w oderwaniu od reszty. Mamy coraz więcej danych potwierdzających wpływ środowiska na skórę i można się spodziewać, że w przyszłości poznamy znaczenie tych czynników jeszcze lepiej. ●



→ Uroczyste wręczenie dokumentów

„Prawo Wykonywania Zawodu Lekarza”
i „Prawo Wykonywania Zawodu
Lekarza Dentysty”

 16.11.2026 i 23.11.2026

 Muzeum Narodowe w Warszawie

Zapisy ruszają 19 października

o godz. 9:00

Bądź z nami w tym ważnym dniu



Zeskanuj kod QR
i śledź bieżące
informacje.

Epidemia nostalgii



PAWEŁ WALEWSKI
autor jest publicystą „Polityki”

Współczesna moda na vintage nie kończy się na kolekcjonowaniu winyli. Z równym entuzjazmem postanowiliśmy przywrócić dawno zapomniane patogeny, witajcie więc w świecie chorób retro.

Jeszcze niedawno można było odnieść wrażenie, że historia medycyny jest jak historia średnio-wiecznych tortur: warto ją znać, ale raczej po to, żeby docenić, jak daleko odeszliśmy od miazmatów i leczenia pijawkami. Gruźlica, odra, krztusiec, błonica, polio – choroby z rozdziałów, które studenci zaliczali przed wejściem w nowoczesny świat antybiotyków, szczepień i terapii biologicznych.

Tymczasem przeszłość wróciła do gabinetów, oddziałów zakaźnych i przedszkoli. W sierpniu tego roku w jednym

z nich na warszawskiej Białoleśce pojawiły się prątki. Zachorowała pracownica placówki, u jednego dziecka rozpoznano gruźlicę nieprątkującą, a u trojga kolejnych maluchów wykryto utajone zakażenie prątkiem gruźlicy. Sanepid objął nadzorem osoby z kontaktu, a placówka została zamknięta do końca wakacji.

Nie jest to jednak opowieść o jednej warszawskiej wpadce. Ani nawet o Polsce. To raczej mały, bardzo współczesny rozdział większej historii: choroby, które medycyna przez dziesięciolecia spychała na margines, korzystając z dobrodziejstw szczepień, antybiotyków, poprawy warunków życia i sprawniejszego nadzoru sanitarnego, zaczynają przypominać o swoim istnieniu. Można powiedzieć: retro wraca. Tyle że w medycynie moda na vintage może mieć wyjątkowo kiepskie konsekwencje.

Przypadek z Białoleśki jest szczególnie symboliczny, ponieważ gruźlica jest chorobą, o której lekarze w Europie mogliby przez pewien czas myśleć jak o dawno zakończonej wojnie. W Polsce również przyzwyczailiśmy się do jej stopniowego odwrotu. Ale *Mycobacterium tuberculosis* nie jest zaintereso-

wane poczuciem historycznego triumfu. W marcu 2026 r. WHO i ECDC podały, że w 2024 r. w regionie europejskim odnotowano ponad 161 tys. nowych i nawrotowych przypadków gruźlicy. Szacunki wskazują jednak na ok. 204 tys. osób, które zachorowały, co oznacza, że mniej więcej co piąty przypadek pozostaje niewykryty lub niezgłoszony. W samej Unii Europejskiej takich przypadków było 38 tys. Co szczególnie niepokojące, problemem pozostaje gruźlica lekooporna: 23 proc. zachorowań stanowiły zakażenia oporne na wiele leków.

Przedszkole z Białoleśki jest tu ciekawym przypadkiem nie dlatego, że gruźlica nagle stała się w Warszawie chorobą masową – nic takiego nie wynika z dostępnych danych. Przeciwnie: szybkie wykrycie, dochodzenie epidemiologiczne, identyfikacja źródła zakażenia i objęcie kontaktów nadzorem pokazują, jak powinien działać współczesny system zdrowia publicznego. Ale wskazują również na coś innego: nawet w mieście, w którym bardziej spodziewamy się sezonowego wirusa niż klasycznego prątki, lekarz musi pamiętać, że wymarłe zakażenia nadal należą do bieżącego repertuaru. To właśnie jest istota chorób retro – wracają nie dlatego, że świat cofa się do przeszłości. Wracają, ponieważ warunki, które pozwoliły nam o nich zapomnieć, nigdy nie stały się prawami natury.

Jeszcze bardziej spektakularny jest przykład odry, krztusca, błonicy. Medycyna zrobiła coś bardzo skutecznego, wymyślając szczepionki, a potem częściowo przegrała z własnym sukcesem. Choroby, których nazwy brzmią niemal jak terminy z atlasu patologii z XIX w., ponownie pojawiają się w Europie, pokazując, że odporność na nie wcale nie jest dożywotnim abonamentem.

Polio wydaje się przypadkiem jeszcze bardziej przewrotnym. Europa pozostaje wolna od endemicznej transmisji tego dzikiego wirusa od 2002 r. (to jeden z największych sukcesów zdrowia publicznego naszego kontynentu!), a jednak w latach 2024–2025 wykrywano w ściekach w kilku krajach Unii – w tym w Polsce – krążące zarazki pochodzenia szczepionkowego typu 2. ECDC oceniło ryzyko dla ogólnej populacji jako niskie, ale jednocześnie przypo-



fot. domena publiczna

mniało rzecz fundamentalną: przy niewystarczającym poziomie zaszczepienia wirus może się ponownie rozprzestrzeniać. System ostrzegawczy działa właśnie po to, żeby lekarz nigdy nie musiał powiedzieć: *Nie spodziewaliśmy się*.

Warto przy tym uważać na zbyt wygodną opowieść, według której powrót dawnych chorób jest wyłącznie skutkiem ruchów antyszczepionkowych. To byłoby prawdziwe tylko częściowo. Oczywiście współcześni pacjenci potrafią z aptekarską dokładnością analizować skład chemiczny ekologicznego jarmużu, by po chwili, z pełnym przekonaniem, uznać, że odra to po prostu „naturalny trening dla układu immunologicznego dziecka” – i w ten sposób, dzięki rosnącej nieufności do nauki, cofnęliśmy się w profilaktyce o dobre stulecie. Ale pandemia COVID-19 zaburzyła rutynowe programy szczepień, zmieniła mobilność populacji, ograniczyła kontakty społeczne i przesunęła diagnostykę wielu chorób. Po powrocie do normalności patogeny zaczęły odzyskiwać to, co straciły przez trzy lata. Do tego dochodzą wojny, migracje, nierówności społeczne, bezdomność, przełudnienie, starzenie populacji, problemy z dostępem do opieki zdrowotnej i rosnąca mobilność międzynarodowa. Przenoszenie zarazków nie bierze się

wyłącznie z brudnych rąk – to kwestia sieci społecznych, nierówności, dostępu do szczepień i warunków życia.

Podobnie wygląda sytuacja z kiłą. W 2024 r. w 29 krajach UE/EOG zgłoszono 45 577 potwierdzonych przypadków. Wskaźnik zgłoszeń był ponaddwukrotnie wyższy niż w 2015 r. i osiągnął najwyższy poziom w ostatniej dekadzie. Co więcej, wzrost od 2021 r. obserwowany jest w różnych grupach dorosłych, także poza populacjami tradycyjnie uznawanymi za najbardziej narażone. Choroba, której nazwę lekarze kojarzą z podręcznikami dawnej wenerologii, doskonale odnalazła się w naszych czasach, a ponieważ medycyna nie zna jeszcze szczepionki przeciwko kile, nie wystarczy tu wyłącznie apel o aktualizację kalendarza szczepień.

Do czego ten powrót chorób może nas doprowadzić? W sensie epidemiologicznym należałoby zachować ostrożność. Najłatwiej powiedzieć: ludzie zapomnieli. Ale to zbyt proste. Pierwszym problemem jest odporność populacyjna. Szczepienia nie działają jak magiczna peleryna zakładana po jedynaczemu pacjentowi (ich siła polega także na tym, że ograniczają możliwość krążenia patogenu). Drugim jest starzenie się odporności. Krztusiec lub tężec doskonale pokazują, że fakt za-

szczepienia w dzieciństwie nie oznacza dożywotniego bezpieczeństwa. Trzecim problemem jest diagnostyka. Choroby, których lekarz nie spodziewa się zobaczyć, są chorobami, których łatwiej nie rozpoznać.

To stara zasada medycyny: jeśli czegoś nie bierzesz pod uwagę, możesz mieć przed sobą klasyczny obraz kliniczny i nadal go nie dostrzec. Pacjent kaszle sześć tygodni? Reflaks. Astma. Krztusiec? Oczywiście, ale przecież *u nas już tego nie ma*. Dziecko ma wysypkę? Wirus. Świąd w nocy? Atopia. Wesz? To pewnie tylko *niezbyt higieniczna rodzina*. Najbardziej niebezpieczna nie jest niewiedza. Lecz przekona-

nie, że pewnych rzeczy już po prostu nie trzeba wiedzieć.

Na studiach przedmiot „historia medycyny” mógł się czasami wydawać czymś w rodzaju akademickiego muzeum. Uczono nas tego wszystkiego z poczuciem, że jest to wiedza szlachetna, ale zasadniczo archiwalna: epidemie, które przetaczały się przez miasta, sanatoria pełne pacjentów z gruźlicą, opisy dzieci umierających na błonicę, polio pozostawiające trwałe porażenia. Dzisiaj historia medycyny zaczyna mieć irytująco praktyczny charakter. Można powiedzieć, że dawne podręczniki zostały awansowane do roli podręczników dyżurnych. Stały się ćwiczeniem z diagnostycznej pokory.

Warto też uważać na jeszcze jedną pułapkę – powrót dawnych chorób nie oznacza, że medycyna cofa się technologicznie. Nigdy wcześniej nie mieliśmy tak dobrych narzędzi do ich wykrywania. Mamy PCR, sekwencjonowanie, testy immunologiczne, diagnostykę molekularną, epidemiologię genomową, analizę ścieków i cyfrowy nadzór nad ogniskami. To dzięki tym narzędziom możemy zobaczyć patogen, zanim pojawi się tłum pacjentów. I co? Zostaliśmy wyposażeni w oszałamiającą technologię z XXI w. po to, by ostatecznie toczyć boje z patogenami z ubiegłych stuleci. ●

Pierwsza pomoc psychologiczna



MAGDALENA FLAGA-ŁUCZKIEWICZ
pełnomocniczka ds. zdrowia lekarzy

Bądź silny, nie okazuj słabości. Pokonuj wszelkie trudności, wytrzymuj złe traktowanie, bierz każdą krytykę do siebie. Radź sobie sam, odreażuj w samotności, bo okazywanie emocji jest nieprofesjonalne. Nie oczekuj wsparcia. Nigdy nie proś o pomoc.

Takie przekazy, wypowiedziane wprost albo jako komunikaty domniemane, sugerowane, okazywane niewerbalnie, zachowaniem, dostrawiały osoby, które dziś są w poetycko zwanych „kwiecie wieku” i „jesieni życia”. Podobne w wydźwięku słowa wybrzmiewały do niedawna (albo niestety dalej wybrzmiewają) w wielu miejscach. Co najgorsze, przekonania, nakazy i zakazy ulegają tzw. (tu eleganckie psychologiczne słowa) uwewnętrznianiu, czyli internalizacji, co znaczy ni mniej, ni więcej, tylko przejście od słuchania do mówienia ich samemu sobie, powtarzania wciąż i wciąż, przy różnych okazjach i bez okazji też.

Nie zgadzaj się na złe traktowanie, nie akceptuj krytyki (bo to hejt). Chroń swój work-life balans, szybko odchodź z pracy, w której jest ci źle.

Okazuj emocje, masz do tego pełne prawo. Oczekuj od innych wsparcia, należy ci się jako najmłodszej osobie w zespole. Wrazie jakichkolwiek trudności jak najszybciej szukaj pomocy, najlepiej profesjonalnej.

Tak może wyglądać „mowa wewnętrzna” osoby z najmłodszego pokolenia, wchodzącej do zawodu. Celowo wykrzywiłam, wyolbrzymiłam wydźwięk wypowiedzi (mam nadzieję, że koleżanki i koledzy mi wybaczą), by jak najwyraźniej pokazać, jak wahadło przekonań i podejścia do zdrowia psychicznego lekarzy wychyla się dzisiaj w drugą stronę – od dawnego „poradź sobie sam” do nowego „potrzebujesz wsparcia od samego początku”. Na bazie przytoczonych komunikatów i myśli nieodparcie nasuwa się refleksja, że pierwsza grupa – nazwijmy ich roboczo „starszymi” – chyba

przeszacowuje swoje zasoby, wierząc, że nigdy, przenigdy, nawet w kryzysie psychicznym, nie ma prawa skorzystać z pomocy, zaś druga – „młodzi” – jakby nie wierzyła, że ma możliwości i zasoby, by sobie radzić z emocjonalnie trudnymi momentami, i od razu rozgląda się za kimś, kto może wesprzeć. Te oczywiste uproszczenia i uogólnienia przytaczam jako punkt wyjścia do namysłu nad różnicami między pokoleniami, z których może wynikać wiele dobrego.

Pisałam już nie raz o dobrodziejstwach złagodzenia pierwszej postawy: rezygnacji wywierania na siebie bezwzględnej presji, pozwolenia sobie na bycie ludzkim i troskę o siebie (wraz z fachową opieką, jeśli jest taka potrzeba). Podtrzymuję wszystko, co powiedziałam. Zwrócenie się o pomoc jest wyrazem odwagi, nie słabości, a poza



foto: Priscilla Du Preez / Unsplash

tym czymś zupełnie zwyczajnym, jak pójście do dentysty czy ginekologa. Po „młodemu”: *No big deal*. Starsze pokolenia mogą się tego uczyć od najmłodszych kolegów i koleżanek.

Czego jeszcze można się nauczyć od medycznych juniorów? Z pewnością dbania o siebie, poważniejszego traktowania równowagi między pracą a życiem osobistym, ograniczania liczby godzin pracy, walki z dyskryminacją, agresją i mobbingiem, poszukiwania znaczenia w tym, co się robi, umiejętności błyskawicznego wyszukiwania różnych informacji i technologicznej swobody. I wielu innych rzeczy, które starsze pokolenie chciałoby robić, a nie robi, bo nie umie, a nawet jak umie, to sobie nie pozwala.

W drugą stronę też to działa, bo wyznając drugą postawę, i z pierwszej

można coś dla siebie wyciągnąć. Przez dziesiątki lat lekarze musieli być silni, dzielni, samodzielni, sprawczy, skuteczni. Musieli, więc byli. Nie chcemy dzisiaj bezrefleksyjnie kontynuować tej „tradycji”, ale i nie można zaprzeczać faktom: lekarze to zaradni, odporni psychicznie ludzie, którzy radzą sobie z niewyobrażalnymi dla postronnych zadaniami, dylematami, decyzjami, i to radzą sobie naprawdę dobrze. Mówimy o wypaleniu, depresji, uzależnieniach, ryzyku samobójczym, jednak niekoniecznie w pełni dostrzegamy wieloaspektowe źródła tego stanu rzeczy. To nie jest tak, że lekarze są jakimiś wątłymi jednostkami, słabo radzącymi sobie z życiem, nieodpornymi na stres, podatnymi na kryzysy psychiczne. Jest wprost przeciwnie! Niewiele jest osób spoza naszej branży, którzy by byli w stanie sprawnie,

dzień po dniu funkcjonować psychicznie, intelektualnie i fizycznie w tej pracy. Profesja, którą się paramy, jest sama w sobie obciążająca na tyle, że nie zawsze wystarcza naszych, wcale niemałych, zasobów. Do przeciążenia mentalnego i emocjonalnego lekarzy dodajmy: nieregularne godziny pracy, niedomogi organizacyjne, biurokrację, niesprawiedliwe traktowanie, frustrację systemem (naszą własną i tę wylewaną na nas przez pacjentów), antymedycyną i antylekarską atmosferę w społeczeństwie. Doliczmy życie rodzinne ze wszystkimi jego cieniami i blaskami, codzienne niedogodności, np. dojazdy w korkach, niepokoję wywołane sytuacją geopolityczną... Listę można ciągnąć w nieskończoność, a każda z tych przyczyn jest jak kropla wpadająca do filizanki – sama w sobie nie jest problemem, ale

kumulacja kropli może przepelnąć nawet całkiem duży kubek.

Trudne zadanie: nie zaniedbywać swoich potrzeb i problemów w obszarze zdrowia psychicznego i równocześnie czuć się sprawczym, w zdrowy sposób samodzielnym, mieć poczucie wpływu na własne samopoczucie. Jak reagować na trudne, obciążające, czasem ekstremalne sytuacje? I jak mądrze wesprzeć kogoś w kryzysie? Nie jestem pewna, czy znam pełną odpowiedź na pierwsze pytanie, raczej jestem w nieustannym procesie jej poszukiwania. Tak się jednak składa, że jestem w stanie odpowiedzieć na drugie.

Ale najpierw dygresja.

BLS. Basic Life Support. Dziś już dzieci w szkołach uczą się, jak udzielić pierwszej pomocy, w tym w sytuacji zatrzymania krążenia. Można nabyć te umiejętności bez problemu, nawet będąc totalnym laikiem w zakresie medycyny, a potem zadziałać, jak uczyli na szkoleniu, i dosłownie uratować kogoś życie. Resuscytacja krążeniowo-oddechowa powinna być powszechną umiejętnością, coś jak jazda na rowerze i znajomość najważniejszych przepisów ruchu drogowego. Do tego dążymy i cel ten wydaje się całkiem realny.

A gdyby tak przenieść BLS na grunt psychologii? Opracować prostą

procedurę pierwszej pomocy, taką, której łatwo nauczyć każdego? W rzeczy samej, doskonały pomysł. I ktoś już na to wpadł.

Czytam właśnie świetne materiały International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies o FPA (First Psychological Aid, czyli pierwsza pomoc psychologiczna), opracowane m.in. dla służb udzielających pomocy ofiarom agresji, wypadków, katastrof, osób w zagrożeniu samobójczym. Służb wszelakich, niekoniecznie medycznych, wolontariuszy i zwyczajnych ludzi, którzy akurat znaleźli się w pobliżu kogoś, kto jest w kryzysie. FPA nie jest poradnictwem czy terapią, a jedynie połączeniem w odpowiednich proporcjach podstawowego wsparcia emocjonalnego, uspokajania, aktywnego słuchania i praktycznej pomocy. FPA może nauczyć się każdy. Zrozumienie zasad FPA może pomóc lekarzowi – zarówno w zakresie reagowania w stosunku do pacjentów, jak i kolegi czy koleżanki. Wiedza ta może być też przydatna nam samym, dawać wskazówki co do tego, czego możemy potrzebować w szczególnie trudnej albo potencjalnie traumatycznej sytuacji.

Zachęcam wszystkich do przejrzenia materiałów o FPA. Interesujący jest pewien paradoks: czytamy o kwestiach pozornie oczywistych, ale z lektury wyłania

się obraz, który nie zawsze odpowiada naszym wyobrażeniom na temat udzielania adekwatnego wsparcia w kryzysie.

FPA sprowadza się do zorientowania się w sytuacji, zapewnienia bezpieczeństwa, zaspokojenia podstawowych potrzeb, aktywnego słuchania, akceptującego bycia obok i zapoczątkowania procesu wychodzenia z ostrego kryzysu – poprzez zajęcie się praktycznymi problemami, zaangażowanie bliskich i finalnie dotarcie do specjalistycznej pomocy. Zasadą jest poszanowanie dla odmienności kulturowych, związanych z wiekiem czy płcią, świadomość ewentualnych własnych uprzedzeń i obaw, bycie autentycznym, respektowanie zasady poufności oraz prawa osoby do dokonywania własnych wyborów, także odmowy przyjęcia pomocy. Nie wolno dawać fałszywych informacji, zapewnień i obietnic, niewskazane jest udzielanie rad, opowiadanie o sobie czy naciskanie na natychmiastową rozmowę o tym, co się wydarzyło. Zakończenie interwencji powinno być połączone z udzieleniem konkretnej informacji, jak i gdzie można uzyskać dalszą pomoc, skontaktowaniem się z siecią wsparcia albo dosłownie „przekazaniem” osoby do miejsca, gdzie tę pomoc może uzyskać. Co ważne, FPA wyraźnie podkreśla, by udzielający pomocy znał swoje możliwości i ograniczenia i nie podejmował się zadania ponad jego siły, a gdy sytuacja okazuje się dla niego za trudna, aktywnie poszukiwał wsparcia kogoś o większych zasobach, bardziej doświadczonego. Podsumowanie zasad komunikacji w kryzysie czytelnicy znajdą w tabelce obok.

Opanujmy FPA, ten psychologiczny BLS. Nie wiemy, kiedy może się przydać. Jeśli tak się zdarzy, będziemy mieć w zanadrzu narzędzie, dzięki któremu zadziałamy sprawnie, skutecznie, unikniemy popełniania błędów i zdejmujemy z siebie część obciążenia, bo nie będziemy musieli gorączkowo zastanawiać się, jak się zachować, co powiedzieć, co może być pomocne, a co szkodliwe. I podobnie jak w przypadku protokołu SPIKES do przekazywania niepomyślnych wiadomości, częściowe zautomatyzowanie działania według algorytmu pomoże nam lepiej skupić się na drugiej osobie i naprawdę, autentycznie jej towarzyszyć. ●

KOMUNIKACJA W KRYZYSIE

Pamiętaj, że osoba w ostrym kryzysie może:

- przeżywać silne emocje: lęk, złość, oszołomienie
- obwiniać się o zaistniałą sytuację

Bądź spokojny, okazuj akceptację i zrozumienie

- Jeśli osoba spontanicznie opowiada, co się stało i jak się czuje, słuchaj (ale nie dopytuj!)
- Jeśli osoba milczy, zapewnij, że jesteś obok, zaoferuj coś do picia i pomilczcie razem

UWAGA na dotyk!

Niektórzy nie chcą być dotykani, obejmowani, przytulani – zapytaj, zanim dotkniesz!



Lekarski Uniwersytet Trzeciego Wieku „Nestor”

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

- 6.10.2026 r.** Inauguracja roku akademickiego
Sylwetka doktora Kazimierza Wica – prof. dr hab. Michał Musielak
- 20.10.2026 r.** **Emerytura – złoty czas odpoczynku czy syndrom pustego gniazda i depresja**
– dr hab. n. med. Halina Ey-Chmielewska
- 3.11.2026 r.** **Zamach na ambasadę PRL w Bernie** – płk Marek Purzycki
- 17.11.2026 r.** **Wiek to nie metryka, a psychika** – dr Ewa Kucharczyk-Deja
- 1.12.2026 r.** **Lwów i jego Orłęta** – dr Andrzej Szteliga
- 15.12.2026 r.** **Spotkanie przedświąteczne**
- 12.01.2027 r.** **Nowoczesna kardiologia zapalenia mięśnia serca i osierdzia**
– dr hab. n. med. Olga Dzikowska-Diduch
- 19.01.2027 r.** **Komu jest potrzebny kodeks etyki lekarskiej** – prof. dr hab. Paweł Łuków
(wyjątkowo o godz. 12.00)
- 2.02.2027 r.** **Jak przeżyć kryzys** – dr Piotr Zakrzewski

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



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

„ZDROWY KRĘGOSŁUP METODĄ FMS”

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

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

Po wakacjach zamiast spokoju – czas niepewności

Z **Grzegorzem Kwitkiewiczem**, lekarzem dentystą, wiceprezesem Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie i przewodniczącym Komisji ds. Lekarzy Dentystów, rozmawiam o wydarzeniach ostatnich miesięcy, które niepokoją środowisko lekarskie i stomatologiczne – od sprawy Szpitala Południowego, przez zmiany w finansowaniu stomatologii, po bezpieczeństwo danych medycznych i dezinformację.

rozmawiała **DOROTA LEBIEDZIŃSKA**



Wakacje zwykle kojarzą się z odpoczynkiem. Tymczasem dla

środowiska lekarskiego były pełne niepokojących informacji.

Niestety, zamiast wakacyjnego spokoju mieliśmy prawdziwą serię zmartwień. Jedną z najpoważniejszych spraw jest oczywiście afera związana ze Szpitalem Południowym. Jej konsekwencje trudno dziś w pełni przewidzieć, ponieważ sprawa jest w toku i do ostatecznego wyjaśnienia jest chyba bardzo daleko.

Już teraz jednak widzimy, że wywołała ona ogromny niepokój wśród lekarzy. Coraz więcej osób zaczyna dokładnie weryfikować informacje dotyczące swojego zatrudnienia, czasu i miejsc pracy. Zdarzają się sytuacje, w których lekarze odnajdują w systemach informacje sugerujące, że są lub byli związani

z placówkami, w których od dawna nie pracują, a nawet takimi, w których – jak twierdzą – nigdy nie wykonywali pracy.

Ta sytuacja oczywiście rodzi bardzo poważne pytania i podważa poczucie bezpieczeństwa. Sprawa może mieć również szersze konsekwencje dla całego systemu ochrony zdrowia. W tle pojawiają się bowiem dyskusje i propozycje Ministerstwa Zdrowia dotyczące m.in. organizacji czasu pracy czy wynagrodzeń lekarzy. Trudno jednak dziś przesądzać, jakie rozwiązania zostaną ostatecznie przyjęte.

Lekarze dentyści również nie mogli narzekać na brak problemów.

Co szczególnie zaniepokoiło środowisko stomatologiczne?

Duże emocje wywołały zmiany w sposobie finansowania niektórych świadczeń stomatologicznych, przede wszystkim pakietów profilaktycznych ST30 i ST30G. Dotyczą one m.in. świadczeń wykonywanych u dzieci, obejmujących usuwanie zębów i procedury profilaktyczne, takie jak lakierowanie.

Narodowy Fundusz Zdrowia wprowadził nowy sposób rozliczania tych świadczeń, powiązany z minimalnym czasem ich wykonywania. I właśnie to rozwiązanie budzi nasz zdecydowany sprzeciw. W stomatologii nie da się przecież wszystkiego zmierzyć stoperem. Każdy pacjent jest inny. Szczególnie w przypadku dzieci ogromne znaczenie ma ich współpraca, stan jamy ustnej, stopień trudności zabiegu czy konieczność poświęcenia dodatkowego czasu na przygotowanie pacjenta.

Nie można też zapominać o doświadczeniu lekarza. Jeden dentysta wykona określoną procedurę szybciej, nie tracąc przy tym nic z jej jakości. Inny, mniej doświadczony, będzie potrzebował więcej czasu. Nie oznacza to przecież, że świadczenie wykonane szybciej jest gorsze albo że lekarz, który pracuje sprawnie, powinien być z tego powodu w jakikolwiek sposób ograniczany.

Jakie mogą być skutki takich zasad?

Obawiamy się przede wszystkim ograniczenia dostępności do świadczeń profilaktycznych. Jeżeli sposób finansowania będzie oderwany od realiów pracy leka-

rza i rzeczywistych kosztów wykonywania procedur, świadczeniodawcy mogą nie być zainteresowani realizacją tych usług. To byłaby bardzo niebezpieczna sytuacja. Mówimy przecież o profilaktyce, która powinna być wzmacniana, szczególnie w przypadku dzieci. Tymczasem źle skonstruowane zasady finansowania mogą sprawić, że tych świadczeń będzie wykonywanych mniej.

Samorząd lekarski zwraca również uwagę, że wycena nie uwzględnia w wystarczającym stopniu rzeczywistych kosztów. Jeżeli świadczenie jest finansowane poniżej poziomu, który pozwala pokryć koszty jego wykonania, ciężar finansowy zostaje w praktyce przerzucony na świadczeniodawcę.

W ochronie zdrowia nie możemy tworzyć systemu, w którym pewne procedury są realizowane chętnie, bo są dobrze wycenione, a inne – mimo że potrzebne pacjentom – stają się nieopłacalne. Taka sytuacja zawsze odbija się na dostępności świadczeń.

Zmiany dotyczące finansowania ochrony zdrowia mogą mieć również wpływ na sposób pracy lekarzy.

Tak. Wśród proponowanych rozwiązań pojawiają się przepisy, które mogą ograniczyć możliwość pracy lekarza w kilku placówkach realizujących świadczenia finansowane przez NFZ. Mowa m.in. o wymaganii wykonywania świadczeń w określonym minimalnym wymiarze czasu oraz o konieczności uzyskania zgody w określonych sytuacjach.

To może być szczególnie problematyczne dla lekarzy, którzy obecnie pracują w kilku miejscach, realizując niewielkie części kontraktu. Dotyczy to także lekarzy dentyków, zwłaszcza specjalistów wykonujących określone procedury w różnych placówkach.

Jeżeli nowe przepisy zostaną wprowadzone bez uwzględnienia specyfiki wykonywania zawodu, może się okazać, że część lekarzy będzie musiała zrezygnować z pracy w niektórych miejscach. A to po raz kolejny może przełożyć się na dostępność świadczeń dla pacjentów.

Kolejnym problemem, który pojawił się w ostatnich tygodniach, jest bezpieczeństwo danych

medycznych. Czy ostatni wyciek powinien skłonić lekarzy i podmioty lecznicze do większej ostrożności?

Zdecydowanie tak. To wydarzenie powinno być dla nas wszystkich sygnałem ostrzegawczym. Elektroniczna dokumentacja medyczna i cyfrowe systemy są dziś niezbędne, ale wraz z ich rozwojem rośnie odpowiedzialność za bezpieczeństwo danych.

Warto bardzo dokładnie analizować, komu powierzamy przechowywanie dokumentacji i danych pacjentów oraz w jaki sposób są one zabezpieczone. Rozwiązania chmurowe są wygodne i często przedstawiane jako optymalne, ale nie powinno nas to zwalniać z zadawania pytań o rzeczywiste mechanizmy ochrony danych.

Już kilka lat temu w środowisku lekarzy dentyków pojawiała się dyskusja o potrzebie stworzenia systemowego depozytorium danych pacjentów. Wskazywano, że pieczę nad tak wrażliwymi informacjami powinien sprawować podmiot publiczny, który gwarantowałby odpowiedni poziom bezpieczeństwa i odpowiedzialności.

Dzisiejsze doświadczenia pokazują, że ta dyskusja była potrzebna i warto do niej wrócić. Wybór systemu do prowadzenia dokumentacji medycznej nie może opierać się wyłącznie na cenie czy wygodzie użytkowania.

W sierpniu OIL w Warszawie zorganizowała konferencję „ZERO tolerancji dla dezinformacji w medycynie!”. Czy stomatologia także mierzy się z fake newsami?

Oczywiście. Dezinformacja nie omija stomatologii. Tak jak w medycynie funkcjonują ruchy antyszczepionkowe, tak również w naszej dziedzinie pojawiają się teorie podważające skuteczność i bezpieczeństwo dobrze przebadanych metod leczenia.

Można wspomnieć chociażby o narzaczach wymierzonych w leczenie endodontyczne. W internecie można znaleźć teorie przypisujące mu najróżniejsze, często bardzo poważne, konsekwencje zdrowotne, które nie znajdują potwierdzenia w rzetelnej wiedzy medycznej.

Są również środowiska podważające znaczenie fluoru w profilaktyce próchni-

cy. Pacjenci trafiają do gabinetów z konkretnymi przekonaniami zaczerpniętymi z internetu i oczekują od lekarza nie tylko leczenia, ale również wyjaśnienia, co jest faktem, a co dezinformacją.

Przez lata wiele emocji budziły choćby wypełnienia amalgamatowe. Przypisywano im bardzo szeroki katalog negatywnych skutków zdrowotnych. Od zawsze też mierzymy się z mitem dotyczącym usuwania ósemelek. Choćby takim, że po ich usunięciu zmieniają się rysy twarzy albo dla odmiany, że każda ósemka trzeba bezwzględnie usunąć.

Przykłady te pokazują, że lekarz musi dziś być także przewodnikiem po świecie informacji. Pacjent ma dostęp do ogromnej liczby treści, ale nie zawsze potrafi ocenić ich wiarygodność. Ocena bezpieczeństwa materiałów medycznych czy konkretnych zabiegów powinna opierać się na wiedzy naukowej i jasnych warunkach ich stosowania, a nie na sensacyjnych przekazach. A zadaniem lekarza jest dobrać metodę odpowiednią dla konkretnego pacjenta, a nie ulegać modom czy internetowym teoriom.

Czy dezinformacja może mieć realny wpływ na zdrowie jamy ustnej?

Bez wątpienia. Jeżeli pacjent uwierzy, że określona metoda leczenia jest niebezpieczna, może z niej zrezygnować albo odwlekać wizytę. Skutki mogą być bardzo konkretne – rozwój choroby, większy zakres późniejszego leczenia, ból i wyższe koszty.

Dlatego tak ważne jest budowanie zaufania do medycyny opartej na faktach. Nie chodzi o to, aby pacjent bezrefleksyjnie przyjmował wszystko, co mówi lekarz. Przeciwnie – powinien pytać i szukać informacji. Ale musi również wiedzieć, gdzie szukać wiarygodnych źródeł i komu zaufać.

Po tych wszystkich wydarzeniach można odnieść wrażenie, że jesień zapowiada się dla środowiska wyjątkowo intensywnie.

Zdecydowanie. To nie będzie typowa polska złota jesień, ale właśnie w takich momentach szczególnie potrzebne są solidarność środowiska, merytoryczna dyskusja i stanowcze stanowisko lekarzy. ●

Obowiązkowe szkolenia? Najpierw trzeba stworzyć system



DARIUSZ PALUSZEK

dr n. med., członek Prezydium ORL,
członek Rady Naukowej COBIK NIL

Lekarz powinien uczyć się przez całe życie zawodowe. W stomatologii, gdzie nowe technologie, materiały i metody leczenia rozwijają się niezwykle szybko, doskonalenie zawodowe jest nie tylko elementem rozwoju, ale przede wszystkim odpowiedzialności za bezpieczeństwo pacjentów.

Problem zaczyna się, gdy obowiązek kształcenia zostaje sprowadzony do liczby punktów, sankcji i kosztów ponoszonych przez lekarza. Zanim państwo zaostrzy wymagania, powinno stworzyć system, który pozwoli je rzeczywiście i racjonalnie realizować. Dyskusja o planowanych zmianach w systemie kształcenia ustawicznego lekarzy powinna zainteresować także lekarzy dentyistów. Choć wiele obecnych problemów ochrony zdrowia dotyczy przede wszystkim szpitali czy organizacji pracy lekarzy, nie można zapominać, że lekarze i lekarze dentyści stanowią jedną grupę zawodową w rozumieniu ustawy, a regulacje tworzone z myślą o całym środowisku mogą bezpośrednio wpłynąć także na codzienną praktykę stomatologiczną.

Obecnie lekarz powinien zdobyć 200 punktów edukacyjnych w ciągu czterech lat, uczestnicząc w kursach, szkoleniach czy innych formach doskonalenia zawodowego. Bardzo często oznacza to konieczność samodzielnego finansowania edukacji. Ten aspekt powinien znaleźć się w centrum debaty o ewentualnym zaostrzeniu obowiązków. Jeśli państwo powiąże obowiązek zdo-

bywania punktów z sankcjami za jego niewypełnienie, musi odpowiedzieć na podstawowe pytanie: kto zapłaci za obowiązkowe kształcenie?

W przypadku stomatologii nie są to symboliczne wydatki. Specjalistyczne kursy kosztują często kilka, a nawet kilkanaście tysięcy złotych. Dla lekarza prowadzącego własny gabinet oznacza to nie tylko opłatę za szkolenie, ale również koszty dojazdu, materiałów oraz czas, w którym jest niedostępny dla pacjentów. Obowiązkowe doskonalenie zawodowe staje się więc realnym kosztem wykonywania zawodu.

Samorząd lekarski od lat organizuje szkolenia, dzięki którym lekarze mogą zdobywać wiedzę i punkty edukacyjne bezpłatnie lub przy niewielkiej odpłatności. To ważny element działalności izb lekarskich. Nie można jednak oczekiwać, że samorząd będzie w stanie zapewnić wszystkim lekarzom dostęp do pełnej oferty kursów odpowiadających ich indywidualnej praktyce zawodowej.

Medycyna i stomatologia wymagają ciągłego szkolenia. Lekarz, który nie rozwija swoich kompetencji, nie jest w stanie nadążyć za postępem nauki, nowy-

mi technologiami czy zmieniającymi się standardami leczenia. Obowiązek ma jednak sens tylko wtedy, gdy państwo stworzy warunki do jego realizacji. Potrzebne są dostępne szkolenia, jasne zasady ich uznawania, kontrola jakości i odpowiednie mechanizmy finansowania. Nie można budować systemu wyłącznie na nakazach i sankcjach.

Równie ważne jest uporządkowanie rynku edukacyjnego. Kursy stomatologiczne oferuje ogromna liczba podmiotów. Uczestnicy otrzymują certyfikaty, a niekiedy i atrakcyjnie brzmiące tytuły, np. „master” czy „specjalista”. Dla pacjenta takie określenia mogą sugerować posiadanie szczególnych kwalifikacji, choć ukończenie komercyjnego kursu nie jest tym samym co formalna specjalizacja czy umiejętność potwierdzona w uznanym systemie kształcenia.

Jeżeli obowiązkowy system zdobywania punktów zostanie wprowadzony bez odpowiedniej kontroli jakości, może paradoksalnie doprowadzić do rozwoju rynku szkoleń nastawionych na generowanie certyfikatów i punktów, a nie rzeczywiste podnoszenie kompetencji lekarzy. Najważniejsze stanie się wówczas nie to, czego lekarz się nauczył, ale czy spełnił formalny wymóg.

Planowane zmiany powinny być konsultowane z całym środowiskiem. Przy jednym stole powinni usiąść przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia, samorządu lekarskiego, uczelni medycznych, towarzystw naukowych oraz praktykujący lekarze. Tylko wtedy można stworzyć rozwiązania odpowiadające rzeczywistym potrzebom zawodu i pacjentów.

Lekarze dentyści powinni śledzić proponowane regulacje, by nie dowiedzieć się o planowanych zmianach z mediów, kiedy możliwość realnego wpływu na ich kształt jest ograniczona. Głos praktyków powinien wybrzmieć na etapie tworzenia przepisów. Obowiązkowe kształcenie może być dobrym rozwiązaniem, lecz nie może stać się kolejnym kosztownym obowiązkiem obwarowanym sankcjami. Najpierw potrzebujemy systemu – dostępnego, przejrzystego i nastawionego na rzeczywiste podnoszenie kwalifikacji. Dopiero wtedy można skutecznie egzekwować obowiązek, który ma służyć nie biurokracji, lecz lekarzom i przede wszystkim ich pacjentom. ●

Kierunek: profilaktyka



ANNA PRAWDZIK

Zespół Młodych Lekarzy Dentystów
Komisji ds. Lekarzy Dentystów

Zdrowie fizyczne, psychiczne, zdrowy styl życia to tematy, którymi zainteresowanie znacząco wzrosło. Łatwość, z jaką można znaleźć informacje, sprawia, że samodiagnozowanie staje się przedwizytowym standardem.

Stale rośnie też podręczne cyfrowe archiwum zdrowia – dane ze smartwatcha, wyniki badań i konsultacji dostępne są z poziomu aplikacji w smartfonie. Zjawisko to dotyczy już nastolatków, którzy pierwsze samodzielne „konsultacje medyczne” odbywać mogą właśnie, korzystając z internetu czy sztucznej inteligencji.

Sam dostęp do informacji dotyczących zdrowia czy medycyny nie wystarcza. Nadmiar doniesień medycznych bez filtrów pozwalających na odróżnienie rzetelnych źródeł od dezinformacji, a także bez bazowej wiedzy umożliwiającej umieszczenie konkretnego faktu w szerszym obrazie zdrowia, może działać kontraprodukcyjnie.

Wrzesień 2026 r. to moment, w którym edukacja zdrowotna stała się przedmiotem obowiązkowym w szkołach podstawowych i ponadpodstawowych. Nauczanie dające podstawy do holistycznego myślenia o zdrowiu może znacząco wpłynąć na postawę zdrowotną przyszłych pacjentów, w tym również pacjenta stomatologicznego. Rozumienie zdrowia jako złożenia wielu powiązanych ze sobą elementów ma szansę chronić pacjentów przed uleganiem narracji, w myśl której jeden konkretny czynnik, suplement czy zabieg rozwiąże wszelkie problemy zdrowotne. Ma to szczególne znaczenie w kontekście świata mediów, gdzie uproszczone przekazy

bywają przedstawiane w bardzo atrakcyjny sposób. Edukacja zdrowotna to także źródło rzetelnej wiedzy o zdrowiu, profilaktyce, również w kontekście zdrowia jamy ustnej.

We wrześniu br. weszły też w życie nowe standardy żywienia w przedszkolach i szkołach. Wprowadzanie elementów zdrowego stylu życia w tej postaci ma wymiar praktyczny, stając się częścią codzienności dzieci. Zmiany obejmują m.in. zastąpienie słodkich napojów wodą jako głównym napojem dla dzieci, większy udział w diecie warzyw, produktów pełnoziarnistych i ryb oraz ograniczenie zawartości cukrów dodanych w posiłkach. W kontekście alarmującej częstości występowania choroby próchnicowej u dzieci w Polsce zmiany te mogą odegrać znaczącą rolę w ograniczaniu jednego z istotnych czynników ryzyka.

Budowanie wiedzy i doświadczenia oraz kształtowanie codziennych nawyków może znacząco wpłynąć na przyszłą postawę już dorosłych pacjentów. Kompetencje zdrowotne dają większe poczucie odpowiedzialności za swoje zdrowie i pozwalają dostrzegać własną rolę w dbaniu

o zdrowie. Powody zgłoszenia na wizytę mogą stopniowo przechodzić w stronę personalizowanej profilaktyki, a model współpracy z lekarzem zmieniać się w kierunku partnerskiego. Coraz większe znaczenie mogą mieć także kompetencje komunikacyjne lekarza, który diagnozę i zalecenia czy metody leczenia będzie przedstawiał pacjentowi, który przychodzi nie z pytaniem, ale gotową odpowiedzią.

Profilaktyka coraz częściej wychodzi poza gabinet, stając się integralnym elementem codziennej rzeczywistości. Edukacja zdrowotna, kształtowanie nawyków żywieniowych, kampanie koncentrujące się na zapobieganiu nałogom, rekomendowanie badań profilaktycznych z poziomu aplikacji, stałe monitorowanie zdrowia. W stomatologii taka zmiana jest szczególnie istotna – rozwojowi wielu chorób dotyczących jamy ustnej można zapobiegać poprzez codzienne nawyki, regularne wizyty kontrolne i odpowiednio wczesne rozpoznanie. Dzieci funkcjonujące w wysokiej świadomości zdrowotnej w przedszkolu, szkole i domu można wyobrazić sobie jako dorosłych pacjentów, którzy będą potrafili nie tylko zdecydować, kiedy udać się na wizytę z istniejącym problemem zdrowotnym, ale także, co mogą robić, by problemom tym zapobiegać. Wprowadzane zmiany sprawiają, że model ten jest o krok bliżej rzeczywistości medycznej. ●

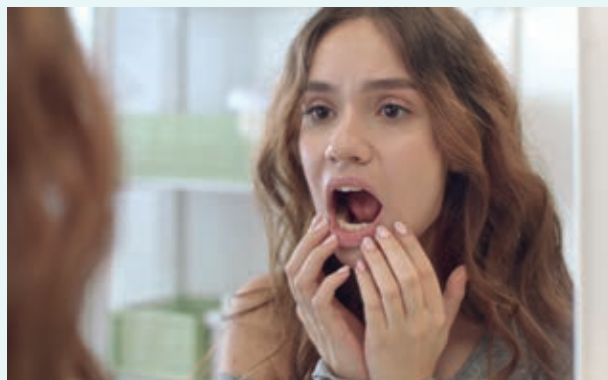


foto: licencja OIL w Warszawie

Liczę na dobrą współpracę

Stołeczna ochrona zdrowia, po kryzysie związanym ze Szpitalem Południowym, stoi przed ogromnymi wyzwaniami. 20 lipca stanowisko zastępczyni prezydenta Warszawy odpowiedzialnej za nadzór nad ochroną zdrowia objęła **Izabela Marcewicz-Jendrysik**, pełniąca przed nominacją funkcję dyrektora Narodowego Instytutu Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji. W wywiadzie dla „Pulsu” rozmawiamy o planach miasta w obszarze zdrowia oraz współpracy z izbą.

rozmawiała
ALEKSANDRA SOKALSKA



fot. UM Warszawa

Media latem niemal codziennie publikowały sensacyjne wieści o warszawskich szpitalach. Niełatwo chyba objąć stanowisko w momencie kryzysowym?

To rzeczywiście było dużym wyzwaniem. Propozycja pana prezydenta, abym podjęła się tej roli, była dla mnie absolutnie nieoczekiwana. Oczywiście śledziłam na bieżąco doniesienia medialne, ale informacja o rezygnacji obu wiceprezydentek mocno mnie zaskoczyła.

Z panią prezydent Kaznowską miałam okazję współpracować w ostatnich latach na zasadzie podległości służbowej. Pani prezydent była osobą niezwykle zaangażowaną w obszar ochrony zdrowia. Mówię o tym nie bez kozery, bo m.in. dlatego decyzja nie była dla mnie łatwa – miałam objąć funkcję po osobie, która była moim przełożonym i do której miałam duży szacunek i zaufanie. Oczywiście trudność wynikała również z czasu i okoliczności,

w których decyzja musiała zostać podjęta – obecnie zmagamy się z dużym kryzysem, wieloma napięciami społecznymi wynikającymi z nadszarpniętego zaufania do systemu ochrony zdrowia.

Co o niej zaważyło?

Patrząc z pragmatycznego punktu widzenia, przyjęcie tej roli nie było oczywiście i mogło być postrzegane jako wręcz nieracjonalne. Mam tego pełną świadomość, ale mój wewnętrzny głos, a może po prostu mój rys osobowości, zaważył. Mam głód wyzwań i mam w sobie ideę ulepszenia świata. Choć może to górnolotnie brzmi, ale misyjność towarzyszy mi w pracy od zawsze.

Miałam w swojej karierze zawodowej krótki epizod pracy w sektorze prywatnym. I choć oczywiście doceniam ten sektor z uwagi na poszerzenie dostępności do świadczeń zdrowotnych oraz mobilizującą konkurencyjność i uważam za ważny w ochronie zdrowia, na tamten czas nie był moim miejscem. Uwierała mnie gradacja celów zarządczych, a może nie tyle gradacja, ile oczekiwania co do sposobu ich osiągania. Z racji tego, że jestem ekonomistą i mam szerokie wykształcenie w obszarze finansów, organizacji ochrony zdrowia i nadzoru, oczywiście dbałość o wyniki, w tym finansowe, jest dla mnie bardzo ważna. To ona przecież warunkuje możliwość funkcjonowania szpitala czy innego podmiotu leczniczego, ale przy podejmowaniu każdej decyzji włącza mi się pewna forma przesłony w postaci wartości dla pacjenta, która w wielu przypadkach przejmie rolę nadrzędną, wiedzie prym. Wierzę w sektor publiczny, jestem przekonana, że może działać sprawnie i skutecznie.

Towarzyszy mi przekonanie, że to się uda. Jestem po wielu rozmowach z dyrektorami szpitali, przychodni, z NFZ i MZ, które pozwoliły mi na zmapowanie celów, określenie priorytetów, rozpoczęcie wielu procesów. Kurs jest ustalony.

Jakie zatem są cele?

Na pewno trzeba uporać się z kryzysem finansowym i to bardzo trudne zadanie, ponieważ wymaga zmiany podejścia do struktury ochrony zdrowia. To, że pieniędzy brakuje, wszyscy wiemy i rzeczywiście nawet szpitale i inne podmioty

zdrowotne, które jeszcze do niedawna prowadziły działalność rentowną, dzisiaj ponoszą już straty. Ważne zatem jest, by utrzymać dostępność do świadczeń, przy jednoczesnym zoptymalizowaniu strony finansowej. Do tego niezbędne jest przemodelowanie organizacji systemu ochrony zdrowia i filozofii zarządzania.

Zapoczątkowane przez Ministerstwo Zdrowia i przez Narodowy Fundusz Zdrowia zmiany w mojej ocenie w wielu kierunkach są słuszne. Z niektórymi bym dyskutowała, jeśli idzie o szczegóły, natomiast kierunek jest absolutnie dobry. Przykładowo wytypowanie z jednej strony szpitali, które mogłyby pełnić dyżury ostre, a z drugiej tych, które mogłyby działać w trybie planowym. W tej chwili każdy szpital, który posiada kontrakt z NFZ na zakres hospitalizacji, jest zobowiązany do działalności całodobowej, również w systemie ostrym. A to z automatu powoduje konieczność zapewnienia obsady personelu medycznego, co generuje największe koszty dla podmiotów leczniczych. Dlatego zebranie informacji na temat obciążenia poszczególnych szpitali, ich aktywności w porach nocnych, przesłedzenie liczby pacjentów, którzy są przyjmowani w trybie ostrym, jest absolutnym punktem wyjścia. Myślę, że dzięki temu w dużej mierze udało by się sprofilować część szpitali na tryb ostry, a część wyłączyć z tego obowiązku. To z całą pewnością byłoby korzystne dla pacjentów, a jednocześnie zmniejszyło koszty, jakie ponosi szpital w związku z koniecznością utrzymania dyżurów.

Dyrektor szpitala nie może przecież dopuścić do sytuacji, w której choć jeden dyżur nocny jest nieobsadzony. Mówię o tym ze względu na wiele medialnych komentarzy dotyczących nadużyć w postaci dyżurowania non stop przez kilka dni. Zakładam, że większość tych sytuacji wynikała nie ze spekulacyjnego podejścia lekarzy, tylko z konieczności obsadzenia dyżurów.

Ważne jest zatem, aby zbudować model koordynowanej opieki integrujący wiele podmiotów z przypisaniem jasno określonych ról, co zapewni kompletność zakresu udzielanych świadczeń i ciągłość opieki nad pacjentem.

Z jednej strony dyżurowanie non stop, ale z drugiej – jak zgłasza wielu członków OIL w Warszawie

– w Systemie Zarządzania Obiegiem Informacji (SZOI)

lekarze często są wykazywani w poradni czy szpitalu, w którym już nie przyjmują, w godzinach, w których nie udzielają świadczeń, albo w zakresie dostępności nieodpowiadającym ich faktycznemu harmonogramowi pracy. Czy UM ma zamiar wziąć udział w wyjaśnieniu tego zjawiska?

Kiedy dowiedziałam się o jego skali podczas spotkania z reprezentantami OIL w Warszawie, byłam zaskoczona. Ja, kierując szpitalem, nie odważyłabym się wykazać dyspozycyjności lekarza, nie uzgadniając z nim tej kwestii. To dla mnie sytuacja absolutnie niedopuszczalna. Dlatego po spotkaniu poprosiłam dyrektora Biura Polityki Zdrowotnej o wysłanie pism do wszystkich podmiotów leczniczych, które podlegają miastu stołecznemu Warszawie. Takie pisma zostały wystosowane z prośbą o weryfikację SZOI i ewentualnie aktualizację, jeśli jest to konieczne – tak aby potencjał kadrowy odpowiadał stanowi rzeczywistemu. Cieszę się, że lekarze są wyczuleni, samodzielnie weryfikują zapisy w SZOI i są czujni, bo nieprawidłowości w tym zakresie mogą mieć również dla nich negatywne konsekwencje.

Warszawski ratusz przeprowadził kontrole i audyty w miejskich szpitalach. Jakie nieprawidłowości wykryto?

Największy zakres nieprawidłowości został stwierdzony w Szpitalu Południowym – audyt wewnętrzny miasta stołecznego Warszawy zakończył się wydaniem 44 rekomendacji. W ślad za tym audytem prezydent Warszawy zlecił przeprowadzenie audytów w pozostałych miejskich szpitalach, które prowadzi SOR-y, czyli w szpitalach: Praskim, Bielańskim, Wolskim i Czerniakowskim. We wszystkich zostały stwierdzone uchybienia, ale raczej natury formalnej, i absolutnie nie miały one takiej wagi jak w Szpitalu Południowym. Pomimo że nie ma takiego obowiązku, w porozumieniu ze mną

prezydent zdecydował, że wszystkie raporty z audytów zostaną opublikowane. Zrobiliśmy to dla transparentności naszych działań, aby nie budzić wątpliwości, że np. jakieś dane zostały zatajone.

Czy w związku z odkrytymi nieprawidłowościami UM ma jakieś pomysły, by takie sytuacje się nie powtarzały w przyszłości?

Częstsze kontrole, nowe zasady...?

Myślę, że na sytuację w Szpitalu Południowym – bo to o tę placówkę w gruncie rzeczy głównie chodzi – mogły się złożyć różne okoliczności, w tym związane np. z przeniesieniem oddziałów szpitala na Solcu do Szpitala Południowego, przekształceniem go w szpital covidowy, próbą wykazania, że zasługuje on na największy kontrakt z NFZ. Szpital na Solcu, który przecież miał dużo mniejszą skalę, po przeniesieniu na większe powierzchnie nie był w stanie wolumenem kontraktu zapewnić pełnej dostępności do doświadczeń i rentownego utrzymania. Być może duża intensywność działań w zakresie pozyskania lekarzy i kontraktów, rozwijania nowych oddziałów sprawiły, że części administracyjnej, związanej np. z wprowadzaniem procedur regulujących obieg dokumentów, nie poświęcono odpowiednio dużo uwagi.

Pamiętajmy, że – jak wykazały audyty – inne szpitale, które przecież są w strukturach tego samego właściciela, funkcjonują poprawnie. To Szpital Południowy był odstępstwem. Dlatego jego historia nie powinna rzucać cienia na wszystkie szpitale i na całą ochronę zdrowia.

Nie powinna też rzucać cienia na lekarzy. O odbudowie zaufania do środowiska lekarskiego mówiła też pani podczas spotkania z przedstawicielami naszej izby. Czy zatem wiceprezydent Warszawy ma na to jakiś pomysł?

Wierzę, że mieszkańcy Warszawy mają zaufanie do lekarzy. Kryzys, podsycany dodatkowo medialnie, mógł nadzarpanąć to zaufanie, ale przecież absolutna większość środowiska lekarskiego to profesjonaliści, ludzie zaangażowani, kierujący się etyką zawodu. Ich codzienna praca i dobry kontakt z pacjen-

tem są najlepszym sposobem na budowanie zaufania.

Oczywiście działalność urzędu również jest ważna i lekarze absolutnie nie powinni być pozostawieni sami sobie, bo głos rozgoryczenia z ich strony powinien dać do myślenia. Powinien też skłonić zarządzających i organizacje pacjentek, by z równie dużą intensywnością mówić o tym, co dobre, co zasługuje na zaufanie.

Ze swojej strony na pewno chciałabym, aby miasto stołeczne Warszawa eksponowało wiedzę ekspercką i fantastyczne postawy lekarzy w codziennej pracy, a tych jest znakomita większość. Nie zapominajmy, że to bardzo trudny zawód. Trzeba mieć do niego predyspozycje psychiczne, poświęcić wiele lat na kształcenie, które nie kończy się wraz z końcem studiów, tylko trwa ustawicznie, o czym mówią zresztą przepisy. Ale powinniśmy również pamiętać, że lekarz to też człowiek, który ma rodzinę, który ma kłopoty i który być może ma gorszy dzień, był świadkiem zgonu pacjenta przed godziną. Uważam, że zmiana myślenia o tym, kim jest osoba wykonująca zawód medyczny, jest kluczowa i m.in. w tej kwestii również dostrzegam swoją rolę – w budowaniu tej świadomości.

To rzeczywiście ważne, bo przecież brak zaufania do lekarzy może powodować, że ludzie łatwiej ulegają dezinformacji medycznej, co m.in. podkreślała konferencja OIL „ZERO tolerancji dla dezinformacji w medycynie!”. Czy UM ma narzędzia, które mogą przeciwdziałać takiej dezinformacji, np. blokować antyszczepionkowe ruchy, edukować w kontekście weryfikacji informacji?

Dotyka pani bardzo ważnej kwestii, ponieważ ramy prawne, w których działa samorząd, mają pewne ograniczenia. Np. w kontekście zgromadzeń, które z jednej strony mogą być wykorzystywane do celów służsnych, wartościowych, ale równie dobrze do propagowania właśnie dezinformacji czy nienawiści. Natomiast z całą pewnością urząd i jednostki mu podległe mogą bardzo wiele zdziałać w sferze edukacji. Sądzę,

że w kontekście dezinformacji może nie należy nastawiać się na walkę z nią, bo jest to walka nierówna, ale na propagowanie rzetelnych informacji. I tu miasto korzysta z takich narzędzi, jak programy profilaktyczne czy edukacja zdrowotna. Będziemy intensyfikować te działania. Jestem w ścisłym porozumieniu z panią minister i wiceminister edukacji. Jestem też po spotkaniu z minister rodziny, pracy i polityki społecznej Aleksandrą Gajewską. Uzgadniamy wspólne działania w zakresie badań przesiewowych, edukacji – w żłobkach, przedszkolach i szkołach.

Jestem zwolenniczką kooperacji i współpracy. Nie chciałabym, żeby działania miasta i moje osobiste były wyizolowane. Stąd też inicjatywa, by np. pogłębić współpracę z Warszawskim Uniwersytetem Medycznym.

O takim modelu współpracy mówiła pani też podczas spotkania w izbie, podkreślając, że chce budować dialog ze środowiskiem lekarskim. Czy zatem samorząd lekarzy będzie miał realny wpływ na decyzje dotyczące organizacji miejskiej ochrony zdrowia, czy raczej będzie konsultantem dopiero po ich podjęciu?

Żywię nadzieję, że lekarze będą zainteresowani włączaniem się – chociażby w postaci ciała eksperckiego, doradczego – do naszych prac. Podczas spotkania w OIL wspomniałam np. o dużych potrzebach związanych z zaopiekowaniem się kryzysami, które mają miejsce wśród podopiecznych instytucji świadczących usługi pomocy społecznej. Jest powołana Warszawska Rada Zdrowia Psychicznego, ale chciałabym rozszerzyć ją o dodatkowych ekspertów, lekarzy i przedstawicieli innych służb. Chciałabym, abyśmy się wspólnie zastanowili, jak przeciwdziałać i radzić sobie w trybie interwencyjnym w sytuacji kryzysów psychicznych, np. prób samobójczych, zachowań agresywnych pod wpływem środków odurzających. Więc tak, jeżeli tylko będzie wola ze strony Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie, aby włączać się jako ciało doradcze do różnych inicjatyw, bardzo docenię taką współpracę. ●



Zgłoszenie szkody ubezpieczenia OC lekarza



Zgłaszając szkodę, pamiętaj o tym, aby **nie składać obietnic bez pokrycia do czasu kontaktu z ubezpieczycielem** - roszczenia bywają czasem nieuzasadnione, a jakiegokolwiek zobowiązanie do pokrycia szkody może zostać uznane za przyznanie się do winy.

O czym warto pamiętać



Możesz przekazać pacjentowi, który tego oczekuje, kopię polisy lub podać mu jej numer. **Udostępnienie polisy nie jest przyznaniem się do winy.**



Poproś pacjenta, aby wskazał, **kiedy doszło do szkody**, przygotuj numer polisy z okresu, w którym wystąpiła szkoda (pamiętaj, że **nie zawsze jest to aktualna polisa**).



Jeśli docierają do Ciebie informacje, że **pacjent rozważa dochodzenie roszczeń**, nie zwlekaj i bezzwłocznie poinformuj o tym ubezpieczyciela.

Procedura zgłaszania szkody

- 1. Dowiadujesz się o szkodzie** - ustnie, telefonicznie, mailowo, listownie - forma nie ma znaczenia.
- 2. Nie składasz deklaracji** - możesz przekazać poszkodowanemu numer polisy lub jej kopię.
- 3. Zgłaszasz szkodę do ubezpieczyciela** - zrób to jak najszybciej!
- 4. Kompletujesz wszystkie istotne dokumenty** związane z powstaniem szkody i przekazujesz je ubezpieczycielowi.
- 5. Czekasz na decyzję** - standardowo do 30 dni, jeśli sprawa jest złożona - dodatkowe 14 dni.
- 6. Otrzymujesz decyzję** - możesz odwołać się od decyzji lub od wysokości wypłaty.



Jak zgłosić szkodę z ubezpieczenia OC lekarza

1. Skontaktuj się z ubezpieczycielem:

- wyślij maila na adres kontakt@pzu.pl,
- wypełnij formularz na stronie zgloszenie.pzu.pl
- lub zadzwoń pod numer **801102102** (opłata zgodna z taryfą operatora).

2. Przygotuj niezbędne dane

 - podaj swój numer PESEL oraz numer polisy w treści maila, formularza lub konsultantowi.

3. Twojemu zgłoszeniu zostanie nadany numer

, który będzie zaczynał się od liter PL.

Po wysłaniu maila lub wypełnieniu formularza skontaktuje się z Tobą konsultant. Jeśli zgłaszasz szkodę telefonicznie - kolejne instrukcje otrzymasz bezpośrednio od konsultanta.



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

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

Zakładem ubezpieczeń jest PZU SA. Szczegółowe informacje o zakresie ubezpieczenia, w tym o wyłączeniach i ograniczeniach odpowiedzialności, znajdziesz w poszczególnych aktualnych ogólnych warunkach ubezpieczeń (OWU) wraz z postanowieniami dodatkowymi i odmiennymi od OWU, dostępnych na stronie ins-med.pl w zakładce „Ubezpieczenia dla lekarzy”.

Ile powinien zarabiać



HANNA ODZIEMSKA

lekarz, publicysta, zastępca rzecznika odpowiedzialności zawodowej OIL w Warszawie

Po raz kolejny lekarze zostali polityczno-medialnym chłopcem do bicia. Nie, nie bronie tych uwikłanych politycznie i finansowo kolegów, którzy uprawiali wyższe poziomy rzekomej bilokacji w myśl zasady, że „pierwszy milion trzeba ukraść”.

Oszustwo i wyłudzenie korzyści majątkowych są zawsze odrażające i niegodne, a dochodzeniem i konsekwencjami prawnodyscyplinarnymi niech zajmują się odpowiednie organy. Nie można jednak zgodzić się na przenoszenie opinii dotyczącej działań pojedynczych lekarzy na całe środowisko. Jest to rozumowanie nie tylko obarczone błędem, ale też zwyczajnie niesprawiedliwe.

Makiaweliczne zarządzanie faktami przez władzę dla skierowania frustracji społecznych wobec jakiejś grupy, obranej jako użyteczna w roli kozła ofiarnego, jest taktyką stosowaną w historii od tysiącleci. Taktyka ta, będąca *de facto* manipulacją, ma za zadanie obronić legitymizację władzy, co – jak pokazuje historia – zwykle jest skuteczne, ponieważ wskazanie fałszywego winnego i postawienie się władzy w roli fałszywego zbawiciela zawsze działa. Wystarczy prześledzić historię konfliktów, choćby kilkaset lat wstecz, aby zobaczyć powtarzający się schemat: ktoś, kto czymś zawinił, był konkretnej narodowości, więc sprawujący władzę ogłaszali, że wszyscy przedstawiciele tego narodu są winni,

a wojna lub rzeź zaspokajała społeczną potrzebę rozładowania frustracji i dawała iluzję sprawiedliwości, a przede wszystkim odwracała uwagę od kryzysu będącego skutkiem nieudolności bądź nieuczciwości władzy. Przykład? Dowolny, od pożaru Rzymu w 64 r. po współczesne wojny.

Dlaczego lekarzy tak łatwo postawić w roli wroga publicznego? To proste – nie mają jak się bronić. Lekarz może podjąć najwyżej strajk głodowy, ale nie odejść od łóżka pacjenta, nie odmówi pomocy w dowolnym miejscu w razie zagrożenia życia, nie podejmie form protestu, którymi mógłby skutecznie sprzeciwić się władzy, ale narażałaby pacjenta na brak opieki lekarskiej. Lekarz będzie leczył niezależnie od tego, czy jest doceniany, czy poniżany. Władza to wie i dlatego z nami nie rozmawia, lekceważąc odnosi się do naszych próśb o konsultacje dotyczące ustaw, nie chce korzystać z naszego doświadczenia i wiedzy, co zrobić, żeby usprawnić system opieki zdrowotnej. Lekarzy jest za mało, żeby władza musiała liczyć się z nami jako grupą wyborców, a dostatecznie dużo, żeby zrobić z nas

medialnie kastę dorobkiewiczów i wystawić na cel sfrustrowanym przedstawicielom innych zawodów, którzy z trudem ogarniają koszty utrzymania się i jeszcze przez wady systemu nie mogą dostać się do lekarza w czasie adekwatnym do potrzeb zdrowotnych.

Dlaczego zarobki lekarzy budzą takie oburzenie? W USA i niektórych krajach Europy Zachodniej i Północnej roczne zarobki lekarzy są zbliżone lub przekraczają milion w przeliczeniu na złotówki. Polski lekarz ma wciąż przypiętą na plecach łatkę literackiego wzoru doktora Judyma, a społeczeństwo oczekuje od niego całopalnej ofiary z jego życia, gotowości do niesienia pomocy 24/7 i zostawiania po godzinach w pracy. Lekarzy zawsze jest za mało w odniesieniu do liczby potrzebujących i jeśli odmawiają przyjęcia dodatkowego pacjenta, bo już nie mają siły, to zawsze spotka się to z potępieniem. A jeśli mimo zmęczenia zgodzą się przyjąć tego dodatkowego pacjenta i popełnią błąd, czeka ich postępowanie karne i dyscyplinarne. Ofiara całopalna lekarza ma więc w społecznej świadomości polegać na całkowitym oddaniu pacjentom, rezygnacji z życia prywatnego, a nawet podstawowych potrzeb lekarza jako człowieka, a w dodatku na limitowaniu jego zarobków tak, żeby nie budziły zawiści tych, którzy zarabiają mniej. Z grubsza taką linię obrała władza w odpowiedzi na sprawę wysokich zarobków niektórych lekarzy, ujawnionych do publicznej wiadomości. Nie mówię tu o tych, którzy oszukiwali, tylko o tych, którzy bardzo dużo pracują, mają wysokie stawki za wyjątkowe kompetencje i przez nieszczęśliwe kominy płacowe. Zamiast przeanalizować sprawę i wyciągnąć racjonalne wnioski, zamiast posłuchać głosu uczciwych lekarzy, przedstawicieli samorządu lekarskiego, zamiast przyznać się do źle funkcjonujących od dawna bibli prawnych w rodzaju wyceny proce-

lekarz?

dur sprzyjającej nieprawidłowościom na poziomie zarządczym podmiotów leczniczych, władza wskazuje podpalaczy Rzymu i urządza igrzyska, na których głównymi ofiarami są etos lekarza i zaufanie pacjentów, a iluzja pod tytułem „maksimum 240 zł za godzinę” to jakby przywołanie niesławnego hasła: „komuno, wróć”, bo czyż nie decentralizacja władzy i wolny rynek były celami transformacji z 1989 r.?

Dlaczego oburzenie budzą zarobki lekarzy, a nie podobnie wysokie zarobki znanych sportowców, przedstawicieli modelingu i środowisk artystycznych, a także polityków i ludzi biznesu? Zresztą niech każdy zarabia tyle, ile potrafi zarobić uczciwie, ale byłoby nie *fair* nie zauważyć szczególnej roli lekarzy dla społeczeństwa. Nie chcemy myśleć o nieprzyjemnych rzeczach, więc zapewne wzbudzi sprzeciw uwaga, że możemy w każdej chwili znaleźć się w stanie wojny. Ale to prawda i myślenie życzeniowe lub wypieranie nic tu nie zmieni. W czasie wojny lekarze stanowią kluczową grupę strategiczną, co jest oczywiste, i – w niczym nie ujmując innym zawodom, bo też mogą wykazać się heroiczną postawą w warunkach wojennych – jednak np. szkolenie z ratownictwa na polu walki i ewakuacji rannych to ok. 30–40 godzin kursu, a w momencie wybuchu wojny może nie być aż tyle czasu, żeby przeszkolić sportowców i artystów, bo na polityków i prezesów, jak uczy historia, lepiej w tej kwestii nie liczyć.

No to w końcu, ile powinien zarabiać lekarz? Najprościej – stawka godzinowa pomnożona przez liczbę godzin pracy. Jeśli coś tu powinno być limitowane, to właśnie ta liczba godzin pracy tygodniowo czy miesięcznie, bo zmęczony lekarz to zagrożenie dla pacjenta, a stawkę za godzinę niech ustala wolny rynek, tak samo jak w innych transakcjach. Samorząd lekarski od

dawna już podejmuje kwestię limitu czasu pracy lekarza, ale władza woli limitować stawki godzinowe, bo to lepiej działa na wyobraźnię społeczeństwa i podszyca tak korzystne dla władzy niezadowolenie ze środowiska lekarskiego. Głos samo-

rządu lekarskiego jest dla władzy tylko szumem, który należy wyciszyć, żeby nie zakłócał jedynie słusznej narracji, w której pojawia się jeszcze jeden jątrzący wątek, że: do lekarza przychodzi nauczyciel i ma świadomość, że le-

karz zarabia 15 razy więcej niż on. Jest to niestety populistycznie bardzo skuteczny argument, ale dla tych, którzy spróbują dokonać nad nim refleksji, efekt może być dokładnie odwrotny do zamierzonego przez władzę i media. To nie lekarz zarabia za dużo. To nauczyciel, który również wykonuje wyczerpujący fizycznie i emocjonalnie zawód z misją, zarabia za mało. A przecież Pismo Święte, księga mądrości, które każdy, niezależnie od tego czy jest wierzący, powinien szanować, mówi wyraźnie: *Godzien jest robotnik zapłaty swojej* (1Tm 5,18). ●



fot. licencja OIL w Warszawie

Recepty, refundacja i błędy formalne



KATARZYNA SMAK
prawnik

Wystawianie recept jest jednym z codziennych obowiązków lekarza. Jednocześnie należy do tych czynności, które mogą wiązać się z istotnym ryzykiem prawnym i finansowym. Gdzie kończy się zwykła pomyłka, a zaczyna odpowiedzialność lekarza?

Błąd w receptce może pociągać za sobą różne konsekwencje administracyjne, finansowe, zawodowe, a w określonych sytuacjach niestety również karne.

Szczególne znaczenia nabierają przypadki dotyczące recept na leki refundowane. Lekarz ma obowiązek prawidłowo ocenić nie tylko wskazania medyczne do zastosowania leku, ale również spełnienie warunków refundacji.

REFUNDACJA – NIE TYLKO KWESTIA MEDYCZNA

Z punktu widzenia lekarza kluczowe jest rozróżnienie dwóch kwestii: czy lek jest właściwy dla pacjenta oraz czy w konkretnym przypadku może zostać przepisany z refundacją.

Refundacja nie jest automatyczną konsekwencją rozpoznania choroby. Zależy od warunków określonych w przepisach dotyczących refundacji leków, w tym od wskazania refundacyjnego, wieku pacjenta, określonych kryteriów klinicznych czy innych wymogów przewidzianych dla danego produktu.

W praktyce szczególnie ryzyko pojawia się wtedy, gdy lekarz prawidłowo rozpoznaje chorobę i prawidłowo do-

biera lek, ale błędnie kwalifikuje pacjenta do refundacji. Taka sytuacja może być traktowana inaczej niż klasyczny błąd medyczny, ponieważ problem dotyczy prawidłowości realizacji świadczenia finansowanego ze środków publicznych.

BŁĄD FORMALNY NIE ZAWSZE JEST BŁĄHOSTKĄ

Nie każdy błąd na receptce ma takie samo znaczenie. Inaczej należy oceniać pomyłkę, która nie wpływa na możliwość prawidłowej realizacji recepty ani na bezpieczeństwo pacjenta, a inaczej sytuację, w której błąd powoduje wydanie leku niezgodnie z zasadami refundacji.

Do typowych problemów należą m.in. nieprawidłowe dane pacjenta, błędne dawkowanie, niewłaściwe oznaczenie poziomu odpłatności, brak wymaganych informacji czy nieprawidłowe zastosowanie kodu uprawnienia.

Warto pamiętać, że odpowiedzialność lekarza nie powinna być oceniana wyłącznie przez pryzmat samego faktu wystąpienia błędu. Znaczenie mają jego charakter, okoliczności powstania, możliwość jego wykrycia i usunięcia, a także skutki, jakie wywołał.

KTO PONOSI ODPOWIEDZIALNOŚĆ ZA REFUNDACJĘ?

To jedno z najczęściej pojawiających się pytań. W przypadku recept refundowanych potencjalna odpowiedzialność może dotyczyć zarówno lekarza, jak i podmiotu udzielającego świadczeń czy apteki – w zależności od rodzaju uchybienia i podstawy prawnej.

Lekarz może ponosić odpowiedzialność za nieprawidłowe ordynowanie leku lub niewłaściwe określenie warunków refundacji. Nie oznacza to jednak, że każda nieprawidłowo zrealizowana recepta automatycznie skutkuje obowiązkiem pokrycia przez lekarza kosztów refundacji.

W przypadku kontroli szczególnego znaczenia nabiera dokumentacja medyczna. To właśnie z niej powinno wynikać, dlaczego lekarz zastosował określone leczenie i na jakiej podstawie uznał, że pacjent spełnia warunki refundacji.

DOKUMENTACJA MEDYCZNA JAKO „LINIA OBRONY”

Prawidłowo prowadzona dokumentacja może mieć kluczowe znaczenie w przypadku późniejszej kontroli. Powinna pozwalać na odtworzenie procesu decyzyjnego lekarza. Jeżeli lekarz korzysta z uprawnienia do wystawienia recepty refundowanej na podstawie określonych kryteriów klinicznych, istotne jest, aby dokumentacja potwierdzała spełnienie tych kryteriów.

Samo przekonanie lekarza, że pacjent spełniał warunki refundacji, może okazać się niewystarczające, jeżeli dokumentacja nie jest w stanie tego wykazać. Z perspektywy prawnej szczególnie ważna jest zatem zasada: jeżeli określona okoliczność ma znaczenie dla refundacji, powinna znaleźć odzwierciedlenie w dokumentacji.

SYSTEM INFORMATYCZNY NIE ZWALNIA Z ODPOWIEDZIALNOŚCI

Elektroniczne wystawianie recept zna-
cząco ograniczyło liczbę błędów tech-
nicznych, ale nie wyeliminowało ryzyka
prawnego. System może podpowiadać
lek, dawkowanie czy poziom odpłat-
ności, ale ostateczna decyzja należy do
osoby wystawiającej receptę.

Nie można więc automatycznie przy-
jąć, że skoro system zaakceptował re-
ceptę, to jej wystawienie było praw-
idłowe. Podobnie błąd programu nie
zawsze oznacza automatycznie brak
odpowiedzialności lekarza.

Z drugiej strony lekarz nie powinien
ponosić konsekwencji za każdy błąd
wynikający z funkcjonowania systemu,
zwłaszcza gdy nie miał realnej możli-
wości jego przewidzenia lub usunięcia.
Każdy taki przypadek wymaga indy-
widualnej oceny.

CO ZROBIĆ, GDY LEKARZ ZAUWAŻY BŁĄD?

Najważniejsze jest szybkie działanie. Je-
żeli lekarz zorientuje się, że wystawiona

recepta zawiera błąd, powinien w pierw-
szej kolejności ustalić, czy i w jaki spo-
sób możliwe jest jego skorygowanie oraz
czy recepta została już zrealizowana.

Nie należy „naprawiać” dokumenta-
cji w sposób niezgodny z zasadami jej
prowadzenia. Wszelkie korekty powin-
ny pozostawiać możliwość odtworze-
nia rzeczywistego przebiegu zdarzeń.
W przypadku błędów dotyczących re-
fundacji warto również niezwłocznie
skonsultować sytuację z osobą odpo-
wiedzialną za kwestie prawne lub or-
ganizacyjne w podmiocie leczniczym.

JAK OGRANICZYĆ RYZYKO?

Kilka prostych zasad może znacząco
zmniejszyć ryzyko:

1. sprawdzaj warunki refundacji, a nie
tylko prawidłowość wyboru leku;
2. dokumentuj przesłanki medycz-
ne, które uzasadniają zastosowanie
konkretnego leczenia i poziomu od-
płatności;
3. nie traktuj podpowiedzi systemu
jako substytutu własnej decyzji;
4. reaguj na wykryty błąd możliwie
szybko;

5. w przypadku kontroli nie ignoruj
korespondencji i terminów. Możli-
wość przedstawienia wyjaśnień i do-
wodów może mieć zasadnicze zna-
czenie dla wyniku postępowania.

PODSUMOWANIE

Recepta jest częścią dokumentacji me-
dycznej, ale jednocześnie może być do-
kumentem wywołującym określone
skutki finansowe w systemie ochrony
zdrowia. Dlatego prawidłowe wysta-
wienie recepty wymaga połączenia wie-
dzy medycznej z podstawową znajomo-
ścią zasad refundacji.

Najważniejsza zasada dla lekarza
brzmi: prawidłowa decyzja terapeut-
yczna powinna być poparta prawidło-
wą dokumentacją, a prawidłowa refun-
dacja – właściwą kwalifikacją pacjenta.

Błąd formalny nie zawsze oznacza
odpowiedzialność lekarza. Jednak im
większy wpływ błędu na bezpieczeń-
stwo pacjenta lub finansowanie świad-
czenia ze środków publicznych, tym
większe znaczenie ma sposób jego po-
wstania, możliwość jego wykrycia oraz
jakość prowadzonej dokumentacji. ●



Zapraszamy na szkolenia!

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

PAŹDZIERNIK 2026

6.10 | godz. 19.00–21.00 – „Wtorki z wiedzą”. Wirusy kontratakują! Profilaktyka grypy
i RSV w 2026 r. – lek. Anna Szarla, lek. Maria Kłosińska (online)

9–11.10 | godz. 9.00–16.00 – Kurs kwalifikacji do szczepień zakończony egzaminem
– zespół wykładowców (online)

10.10 | godz. 9.00–16.15 – Udrażnianie dróg oddechowych w stanach zagrożenia życia
– zespół wykładowców (stacjonarnie w Radomiu)

13.10 | godz. 17.00–20.00 – „Wchodzę w to! Pierwsze kroki z pełnym PWZ”. Finansowanie
świadczeń opieki zdrowotnej – Jakub Adamski (stacjonarnie w Warszawie)

15.10 | godz. 18.00–20.00 – Rzetelność badań i etyka publikowania w erze
sztucznej inteligencji: od dobrych praktyk do rozpoznawania nadużyć
– prof. dr hab. n. med. i n. o zdr. Mariusz Panczyk (online)

20.10 | godz. 19.00–21.00 – Recepty, refundacja i błędy formalne
– adw. Katarzyna Smak (online)

27.10 | godz. 18.00–20.00 – Długowieczność – naukowo udokumentowane interwencje
– dr n. med. Paweł Grzesiowski (online)



Więcej
informacji
i zapisy:



Kompleksowe wsparcie księgowe dla lekarzy i lekarzy dentystów

odpowiedzi przygotował zespół **On-e Fin**

fot. Licencja OIL w Warszawie



Prowadzenie własnej praktyki lekarskiej wiąże się z wieloma obowiązkami, które wykraczają poza codzienną pracę z pacjentami. Kwestie księgowe, podatkowe i organizacyjne często wymagają specjalistycznej wiedzy i bieżącego śledzenia zmieniających się przepisów.

W trzeciej części naszego cyklu eksperci On-e Fin przyglądają się kolejnym zagadnieniom ważnym dla osób prowadzących działalność w ramach indywidualnej praktyki lekarskiej. Odpowiadają na pytania, które mogą pojawić się zarówno na początku działalności, jak i pomóc w sprawniejszym i bezpieczniejszym codziennym jej prowadzeniu.

VAT W USŁUGACH MEDYCZNYCH – KIEDY JESTEŚ ZWOLNIONY, A KIEDY MUSISZ GO ROZLICZAĆ?

W środowisku medycznym bardzo często funkcjonuje przekonanie, że lekarz „z automatu” jest zwolniony z VAT. W wielu przypadkach istotnie tak jest, ale rzeczywistość jest bardziej złożona. I to właśnie ta złożoność sprawia, że VAT staje się jednym z bardziej problematycznych obszarów w działalności medycznej.

Podstawowa zasada mówi, że usługi służące profilaktyce, zachowaniu, ratowaniu lub poprawie zdrowia są zwolnione z VAT. Dotyczy to więc klasycznej praktyki lekarskiej, czyli wizyt, diagnostyki lub leczenia pacjentów. W takim modelu działalności lekarz rzeczywiście nie musi rozliczać podatku VAT.

Sytuacja zmienia się jednak wtedy, gdy zakres usług zaczyna się rozszerzać. Współczesna medycyna – szczególnie prywatna – coraz częściej obejmuje obszary, które nie zawsze mają bezpośredni charakter terapeutyczny. Przykładem może być medycyna estetyczna czy zabiegi poprawiające wygląd. W takich przypadkach kluczowe staje się pytanie o cel świadczenia.

To właśnie cel usługi decyduje o jej statusie podatkowym. Jeżeli nie jest on związany z leczeniem lub ochroną zdrowia, zwolnienie z VAT może nie mieć zastosowania. W efekcie lekarz, który dotychczas nie miał kontaktu z VAT, nagle musi się zmierzyć z nowymi obowiązkami.

Jeszcze większym wyzwaniem jest tzw. działalność mieszana, czyli sytuacja, w której część usług jest zwolniona z VAT, a część podlega opodatkowaniu. Taki model wymaga już znacznie większej precyzji – zarówno w prowadzeniu ewidencji, jak i w wystawianiu dokumentów. Każda usługa musi być właściwie zakwalifikowana, a błędy mogą mieć konsekwencje podatkowe.

Ciekawym zagadnieniem jest również dobrowolne wejście w VAT. Choć na pierwszy rzut oka wydaje się to niekorzystne, w niektórych sytuacjach może być racjonalną decyzją. Dotyczy to szczególnie lekarzy ponoszących wysokie koszty inwestycyjne lub współpracujących z podmiotami będącymi podmiotami VAT.

Największym problemem nie jest sam VAT, ale jego niedoszacowanie. Wielu

lekarzy przyjmuje zbyt duże uproszczenia, zakładając, że skoro wykonują zawód medyczny, temat ich nie dotyczy. Tymczasem w praktyce liczy się nie zawód, ale charakter konkretnych usług.

Zrozumienie tej zależności pozwala uniknąć błędów i daje większą pewność w prowadzeniu działalności. A w obszarze podatków pewność to jedna z najważniejszych wartości.

KONTRAKT, ETAT CZY DZIAŁALNOŚĆ – CO SIĘ BARDZIEJ OPŁACA?

W pewnym momencie kariery niemal każdy lekarz staje przed decyzją dotyczącą formy współpracy. Dla jednych jest to naturalny etap rozwoju zawodowego, dla innych – konieczność wynikająca z realiów rynku. Niezależnie od powodów wybór między etatem, kontraktem a własną działalnością ma daleko idące konsekwencje.

Etat jest rozwiązaniem najbardziej przewidywalnym. Zapewnia stabilność, regularne wynagrodzenie i dostęp do świadczeń pracowniczych. Daje też poczucie bezpieczeństwa, które dla wielu osób jest kluczowe, szczególnie na początku kariery. Jednocześnie ogranicza elastyczność i możliwości kształtowania własnych warunków finansowych.

Kontrakt, czyli współpraca w modelu B2B, daje większą swobodę. Lekarz może samodzielnie decydować o formie opodatkowania, sposobie organizacji pracy czy liczbie miejsc współpracy. Często oznacza to również wyższe wynagrodzenie netto. Ta elastyczność

ma jednak swoją cenę – odpowiedzialność za rozliczenia, składki ZUS i organizację działalności spoczywa w całości na lekarzu.

Jeszcze innym poziomem jest własna praktyka. To model, który daje największą niezależność i możliwość budowania własnej marki. Pozwala rozwijać działalność w wybranym kierunku, inwestować i skalować przychody. Jednocześnie wiąże się z ryzykiem, koniecznością inwestycji oraz odpowiedzialnością biznesową.

Na pytanie o to, co się najbardziej opłaca, nie ma jednej odpowiedzi. Wiele zależy od indywidualnej sytuacji – poziomu dochodów, planów zawodowych, gotowości do podejmowania ryzyka czy potrzeby stabilizacji. Dla jednych optymalnym rozwiązaniem będzie kontrakt, dla innych – pozostanie na etacie lub rozwój własnej praktyki.

W praktyce największym błędem jest podejmowanie decyzji wyłącznie na podstawie stawki wynagrodzenia. Różnice w podatkach, składkach ZUS czy kosztach prowadzenia działalności potrafią znacząco zmienić końcowy wynik finansowy. Równie ważne są czynniki pozafinansowe – komfort pracy, elastyczność czy poczucie bezpieczeństwa.

Współczesny lekarz coraz częściej funkcjonuje nie tylko jako specjalista medyczny, ale również jako przedsiębiorca. A to oznacza konieczność podejmowania decyzji strategicznych, które wykraczają poza samą medycynę. Wybór formy współpracy jest jedną z tych najważniejszych.



USŁUGI KSIĘGOWE



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



Prowadź księgowość z OIL.

Sprawdź pełną ofertę na stronie internetowej

Kto decyduje o leczeniu małoletniego?



GABRIELA PACEK
aplikant radcowski

Decyzje dotyczące zdrowia dziecka podejmuje co do zasady opiekun prawny. Jego władza nie jest jednak nieograniczona, a przepisy dają małoletnim pacjentom pewne prawa. Momentem granicznym jest ukończenie 16 lat.

Jednym z podstawowych, a także najważniejszych praw pacjenta jest udzielenie zgody na przedstawione przez lekarza leczenie. Zgoda, którą wyraża pacjent, powinna być udzielona po otrzymaniu od lekarza rzetelnej informacji dotyczącej stanu zdrowia, możliwych metod diagnostycznych, dokonanego rozpoznania, wyników leczenia, a także rokowań.

DZIECKO MÓWI „NIE”, RODZIC – „TAK”

Wyobraźmy sobie sytuację, która może mieć miejsce w każdym gabinecie lekarskim bez wyjątku. Szesnastoletni pacjent uzyskuje informację od lekarza, że powinien przejść określony zabieg medyczny. Lekarz tłumaczy małoletniemu pacjentowi, na czym będzie polegał proces leczenia, jakie są jego możliwe korzyści i ryzyko. Małoletni słucha, ale ostatecznie mówi: *Nie zgadzam się na zaproponowane leczenie*. Jego opiekun prawny odpowiada: *Zgadzam się. Jestem matką i wiem, co będzie dla niego najlepsze. Kto ma rację?*

W pierwszej chwili odpowiedź wydaje się stosunkowo prosta. Przecież rodzice, opiekunowie prawni są odpowiedzialni za swoje potomstwo, a ich zadaniem jest troska o jego zdrowie i bezpieczeństwo. Z drugiej strony trudno uznać, że szesnastolatek jest wyłącznie biernym odbiorcą decyzji podejmowanych przez osoby dorosłe. Ma swoje własne poglądy, potrzeby, przekonania i – co należy podkreślić – może być zdolny do świadomego podejmowania decyzji dotyczących własnego leczenia.

Ustawodawca stara się pogodzić te dwa punkty widzenia. Należy podkreślić, że regulacje prawne nie dają jednak rodzicom nieograniczonego prawa do decydowania o zdrowiu dziecka. Wraz z wiekiem i dojrzałością małoletniego rośnie znaczenie jego własnej woli.

MAŁOLETNI PACJENT W ŚWIELE PRAWA

W regulacjach prawnych dotyczących sfery medycznej punkt odniesienia został skierowany w stronę ochrony praw samego pacjenta. Ustawa o prawach



pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta przewiduje, że pacjent ma prawo wyrazić zgodę na udzielenie świadczenia zdrowotnego albo odmówić takiej zgody po uzyskaniu odpowiednich informacji od lekarza udzielającego świadczenia medycznego. W przypadku osoby małoletniej sposób podejmowania decyzji zależy przede wszystkim od jej wieku. To właśnie wiek 16 lat wyznacza bardzo ważną granicę w polskim systemie prawnym.

Zgodnie z art. 9 ust. 2 ustawy z 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta *pacjent, w tym małoletni, który ukończył 16 lat, lub jego przedstawiciel ustawowy mają prawo do uzyskania od osoby wykonującej zawód medyczny przystępnej informacji o stanie zdrowia pacjenta, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu, w zakresie udzielanych przez tę osobę świadczeń zdrowotnych oraz zgodnie z posiadanymi przez nią uprawnieniami*.

Co więcej, w art. 9 ust. 5 tej samej ustawy zostało wskazane, iż *po uzyskaniu informacji, o której mowa w ust. 2, pacjent ma prawo przedstawić osobie wykonującej zawód medyczny swoje zdanie w tym zakresie*.



PRAWO DO INFORMACJI

Jeżeli chodzi o małoletniego, który nie ukończył 16 lat, co do zasady zgodę na udzielenie świadczenia zdrowotnego wyraża jego przedstawiciel ustawowy – najczęściej jest to rodzic. Nie jest to jednoznaczne z tym, że lekarz w takiej sytuacji może całkowicie pominąć zdanie dziecka. Małoletni, nawet jeśli nie ma jeszcze prawa do formalnego samodzielnego wyrażenia zgody na przeprowadzenie leczenia, powinien otrzymać informacje w sposób odpowiedni do swojego wieku i sytuacji. Ustawa przewiduje wprost, że dziecko, które nie ukończyło 16 lat, ma prawo uzyskać od osoby wykonującej zawód medyczny informacje w zakresie i formie potrzebnej do prawidłowego przebiegu diagnostyki czy też terapii, która będzie prowadzona, o czym mówi art. 9 ust. 7 ustawy z 6 listopada 2008 r. o prawach pa-

cjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Jest to niezwykle ważne w aspekcie poszanowania autonomii oraz podmiotowości dziecka.

Dziewięciolatek nie podejmuje decyzji o charakterze prawnym w dokładnie taki sam sposób jak osoba dorosła. Natomiast nie oznacza to, że jego zdanie jest bez znaczenia. Jeżeli dziecko odczuwa lęk czy też obawę przed zabiegiem, nie rozumie zaproponowanego leczenia albo wyrażnie się mu sprzeciwia, lekarz udzielający świadczeń powinien potraktować jego reakcję z pełną powagą, nawet jeżeli formalną zgodę wyraża rodzic dziecka.

ZGODA PODWÓJNA

Sytuacja się zmienia, gdy dziecko ukończy 16. rok życia. Zgodnie z ustawą o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta małoletni pacjent, który ukończył 16 lat, ma prawo do tego, aby samodzielnie wyrazić zgodę na przeprowadzenie badania lub udzielenie innych świadczeń zdrowotnych. Równocześnie zgodę powinien wyrazić również jego przedstawiciel ustawowy. Mamy więc do czynienia z tak zwaną zgodą podwójną czy też kumulatywną.

W rzeczywistości nie oznacza to, że szesnastolatek staje się nagle w sposób całkowity niezależny od rodziców, ale jego stanowisko czy też zdanie zyskuje bardzo konkretną moc prawną. Można więc stwierdzić, że od ukończenia 16 lat decyzja dotycząca przeprowadzenia zabiegu, a także leczenia, staje się wspólną decyzją małoletniego pacjenta i jego przedstawiciela ustawowego. Wprost mówi o tym art. 17 ust. 1 ustawy z 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta: *Pacjent, w tym małoletni, który ukończył 16 lat,*

ma prawo do wyrażenia zgody na przeprowadzenie badania lub udzielenie innych świadczeń zdrowotnych. Zgoda zarówno małoletniego, jak i opiekuna ustawowego może być zarówno ustna, jak i pisemna.

A JEŚLI SIĘ NIE ZGODZI?

Wróćmy do przedstawionego na początku przypadku, gdy małoletni pacjent, który ukończył 16. rok życia, wyraża stanowisko przeciwne do swojego przedstawiciela ustawowego.

Jeżeli sprzeciwia się udzieleniu świadczenia zdrowotnego, a jego opiekun faktyczny wyraża zgodę, to oprócz tej zgody niezbędne będzie zezwolenie sądu opiekuńczego. Kwestię tę reguluje art. 32 ust. 6 ustawy z 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, a także art. 17 ust. 3 ustawy z 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

Jest to rozwiązanie, które pokazuje, że ustawodawca nie traktuje szesnastolatka jak dziecka, którego zdanie może zostać pominięte. Co więcej, zbliżone proceduralnie zasady znajdują zastosowanie również w sytuacji przeprowadzania zabiegów operacyjnych oraz używania określonych metod diagnostycznych lub leczniczych wiążących się z podwyższonym ryzykiem dla małoletniego pacjenta. W przypadku małoletniego konieczna jest zgoda przedstawiciela ustawowego, a jeżeli pacjent ukończył 16 lat – również jego własna zgoda.

W odwrotnej sytuacji, gdy małoletni, który ukończył 16. rok życia, wyraża zgodę, natomiast jego przedstawiciel ustawowy nie, mamy do czynienia z tożsamą procedurą i niezbędne będzie uzyskanie zezwolenia sądu opiekuńczego. ●



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



Dobry zespół nie tworzy się sam

Jak lekarz pracodawca może uporządkować pracę gabinetu lub przychodni



ANNA ZIELIŃSKA
kierownik HR
OIL w Warszawie

Prowadzenie praktyki lekarskiej lub podmiotu leczniczego oznacza nie tylko odpowiedzialność za pacjentów i jakość świadczeń.

Zatrudniając rejestratorkę, pielęgniarkę, asystenta medycznego, technikę czy pracownika administracyjnego, lekarz staje się także pracodawcą. Od sposobu zorganizowania pracy zespołu zależą terminowość, bezpieczeństwo dokumentacji, jakość obsługi pacjentów i codzienny spokój właściciela placówki. Gabinet lekarski to także organizacja.

W małej praktyce wiele spraw załatwia się na bieżąco. Właściciel zna wszystkich pracowników, sam podejmuje większość decyzji i często zakłada, że każdy wie, co ma robić. Taki model może działać przy niewielkiej liczbie osób i stabilnym obciążeniu. Problemy pojawiają się jednak wtedy, gdy zespół rośnie, ktoś odchodzi na urlop lub zwolnienie, przybywa pacjentów, zmieniają

się procedury albo dochodzi do pomyłki wymagającej szybkiego ustalenia odpowiedzialności.

Najczęstszym źródłem trudności nie jest brak zaangażowania personelu, lecz brak jasnych zasad. Pracownik nie wie, które sprawy może rozstrzygnąć sam, kiedy powinien zwrócić się do lekarza, kto odpowiada za kontakt z pacjentem, kto sprawdza dokumentację, a kto pilnuje zamówień, rozliczeń lub grafiku. W efekcie właściciel placówki staje się osobą, do której trafia każda, nawet drobna decyzja. Zespół czeka, a lekarz, zamiast koncentrować się na pacjentach, zarządza chaosem organizacyjnym. Dobre zarządzanie nie oznacza tworzenia rozbudowanej administracji. W gabinecie lub przychodni chodzi przede wszystkim o ustalenie prostych, zrozumiałych reguł: kto odpowiada za zadanie, jaki jest oczekiwany sposób jego wykonania, w jakim terminie należy zareagować i komu zgłosić problem.

PIERWSZE DNI PRACY MAJĄ ZNACZENIE

Wprowadzenie nowej osoby do pracy, nazywane często onboardingiem, nie powinno ograniczać się do podpisania

dokumentów, przeprowadzenia obowiązkowych szkoleń i przekazania hasła do systemu. Pracownik placówki medycznej od pierwszych dni ma kontakt z informacjami wrażliwymi, dokumentacją pacjentów, presją czasu i sytuacjami, w których niewłaściwa komunikacja może wywołać poważne skutki. Dlatego nowa osoba powinna od początku wiedzieć nie tylko, jakie ma obowiązki, ale też jak działa placówka. Trzeba wyjaśnić jej sposób rejestracji pacjentów, zasady przekazywania informacji lekarzom, obieg dokumentacji, postępowanie w sytuacjach pilnych, zasady udzielania informacji telefonicznie i elektronicznie, sposób zgłaszania błędów oraz reguły zastępstw. Istotne jest także wskazanie, do kogo może zwrócić się z pytaniem, zanim podejmie decyzję w sprawie, której jeszcze nie zna.

Dobrze wdrożony pracownik szybciej staje się samodzielny, ale nie jest to jedyna korzyść. Równie ważne jest to, że szybciej zaczyna identyfikować się z organizacją. Wie, że jego zadania nie są oderwane od całości. Rozumie, że poprawnie przygotowany dokument, sprawnie udzielona informacja, terminowo przekazana sprawa czy dobra współpraca z innym działem mają wpływ na jakość działania całej placówki. To buduje odpowiedzialność, ale też poczucie sensu.

Właśnie dlatego onboarding traktuje się jako coś więcej niż techniczne wdrożenie. To pierwszy etap budowania relacji między pracownikiem a organizacją. Jeżeli zostanie dobrze przeprowadzony, pracownik nie tylko szybciej uczy się pracy, ale też czuje, że jest częścią większej całości. A w instytucji takiej jak placówka medyczna to ma szczególną wartość, bo skuteczność organizacji zależy od tego, czy ludzie potrafią działać razem, rozumieją swoje role i widzą sens w codziennych zadaniach. Dobrze zaplanowane wdrożenie zmniejsza liczbę pomyłek i skraca czas dochodzenia do samodzielności. Chroni również właściciela placówki przed sytuacją, w której po kilku tygodniach okazuje się, że pracownik wykonywał zadania inaczej, niż oczekiwano, ponieważ nikt nie powiedział mu jasno, jaki standard obowiązuje.

Dobrze przeprowadzony onboarding jest pierwszym sygnałem, jaki organi-

zacja wysłała do nowej osoby: jesteś tu ważny, twoja praca ma znaczenie, a my chcemy pomóc ci dobrze odnaleźć się w zespole. To proces, który pomaga nowemu pracownikowi zrozumieć, po co istnieje organizacja, jakie są standardy pracy, do kogo zwracać się w konkretnych sprawach i jakie znaczenie ma jego praca dla całości.

ZAKRES OBOWIĄZKÓW POWINIEN ODPOWIEDAĆ RZECZYWISTEJ PRACY

W wielu placówkach zakres obowiązków jest dokumentem bardzo ogólnym albo nieaktualnym. Tymczasem powinien on odzwierciedlać rzeczywistą rolę pracownika. Nie musi opisywać każdej drobnej czynności, ale powinien pozwalać ustalić, za co pracownik odpowiada i gdzie kończy się jego samodzielność.

Warto rozdzielić trzy kwestie: zadania stałe, uprawnienia decyzyjne oraz sytuacje wymagające konsultacji. Rejestratorka może samodzielnie zmieniać termin wizyty w ramach ustalonych zasad, ale nie powinna oceniać medycznej pilności przypadku. Pracownik administracyjny może przygotować dokumenty do rozliczenia, lecz decyzja o korekcie świadczenia może wymagać zażyczenia. Osoba odpowiedzialna za dokumentację powinna wiedzieć, które braki może uzupełnić organizacyjnie, a które muszą zostać wyjaśnione przez osobę udzielającą świadczenia.

Taki podział nie ogranicza pracowników. Przeciwnie, daje im pewność dzia-

łania. Pozwala też uniknąć dwóch skrajności: sytuacji, w której nikt nie podejmuje decyzji, oraz sytuacji, w której pracownik podejmuje decyzję wykraczającą poza jego kompetencje.

PROCESY KADROWE NIE POWINNY ZALEŻEĆ WYŁĄCZNIE OD PAMIĘCI LEKARZA PRACODAWCY

Zatrudnianie pracownika na umowę o pracę wiąże się z szeregiem obowiązków organizacyjnych i formalnych. W praktyce medycznej dochodzą do nich kwestie związane z dostępem do systemów, tajemnicą, ochroną danych, dokumentacją medyczną, bezpieczeństwem pacjentów oraz odpowiedzialnością za sprzęt i leki. Jeżeli każdy nowy pracownik jest wdrażany inaczej, łatwo pominąć jeden z elementów.

Najprostszym rozwiązaniem jest krótka lista kontrolna dla nowo zatrudnionej osoby. Powinna obejmować m.in. dokumenty pracownicze, badania i szkolenia wymagane przed dopuszczeniem do pracy, nadanie odpowiednich dostępów, podpisanie wymaganych upoważnień i oświadczeń, przekazanie zakresu obowiązków, zapoznanie z procedurami oraz wskazanie osoby odpowiedzialnej za wdrożenie. Po zakończeniu pierwszego tygodnia i pierwszego miesiąca warto sprawdzić, czy pracownik rozumie swoje zadania i gdzie nadal potrzebuje wsparcia.

Podobna lista powinna działać przy zmianie stanowiska oraz przy zakończeniu zatrudnienia. Odebranie dostępów, zwrot sprzętu, przekazanie dokumentów i przejęcie rozpoczętych spraw nie mogą zależeć od tego, czy właściciel placówki akurat o nich pamięta. ●



fot. licencja OIL w Warszawie



Lekarzu, czujesz, że Twoje prawa są łamane?

Skontaktuj się z Biurem Rzecznika Praw Lekarza

Dyżury rzecznika praw lekarza
Pawła Doczekalskiego



wtorki 10.00–14.00 i środy 14.00–17.00



rzecznikprawlekarza@oilwaw.org.pl



22 542 83 28 | 691 224 246

Rozstrzygnięcie XVII Ogólnopolskiego Konkursu Poetycko-Prozatorskiego „Puls Słowa”



Po zapoznaniu się z utworami nadesłanymi na tegoroczną edycję konkursu poetycko-prozatorskiego „Puls Słowa” dla lekarzy i lekarzy dentystów jury w składzie: Marek Wawrzekiewicz (przewodniczący), Aldona Borowicz-Tchórzewska i Waldemar Hładki, postanowiło przyznać następujące nagrody i wyróżnienia:

KATEGORIA: PROZA

I nagroda – **Agnieszka Kania**, godło *Tyczka*
 II nagroda – **Anna Pituch-Noworolska**, godło *Włóczyki*
 III nagroda – **Janusz Czarnecki**, godło *Saksofonista*
 Wyróżnienie – **Marzena Nogiec**, godło *Maemade*
 Wyróżnienie drukiem – **Joanna Czajkowska-Ślasko**, godło *Citylover*
 Nagroda za dziennik: **Katarzyna Wierzbicka**, godło *Zaczytana*

Jury zwróciło także uwagę na teksty prozatorskie podpisane godłem *Per Aspera ad Astra, Doro*.

KATEGORIA: POEZJA

II miejsce *ex aequo* – **Bolesław Sawicki**, godło *Krzyk*,
 i **Katarzyna Wierzbicka**, godło *Migotka*
 III miejsce *ex aequo* – **Bożena Golańska-Hoffman**, godło *Jaskółka*,
 i **Zbigniew Kostrzewa**, godło *Leo*
 Wyróżnienie – **Dorota Roztoczyńska**, godło *Mufa*
 Wyróżnienie drukiem – **Ilona Dzajak-Muniak**, godło *Funkia*

Wyróżnienie pisma społeczno-kulturalnego „Własnym Głosem” – **Joanna Matlachowska-Pala**, godło *Turdus*

Uroczyste ogłoszenie wyników i wręczenie nagród odbędą się 10 października 2026 r. o godz. 12.00 w Domu Literatury przy Krakowskim Przedmieściu 87/89 podczas Warszawskiej Jesieni Poezji. Wydarzeniu towarzyszyć będzie spektakl muzyczno-słowny „Molekuły wrażliwości”, podczas którego zaprezentowane zostaną nagrodzone utwory konkursowe oraz wyróżnione wiersze autorstwa członków OIL w Warszawie. ●



Pełnomocnik ds. zdrowia lekarzy i lekarzy dentystów zaprasza na
ŚWIATOWY DZIEŃ ZDROWIA PSYCHICZNEGO w OIL w Warszawie

10.10.2026 godz. **10.00–15.30**

Wykłady i warsztaty

- **ADHD u dorosłych**
- **Wypalenie zawodowe**
- **Social media a ryzyko uzależnienia**
- **Radzenie sobie ze stresem**



Więcej szczegółów:

Sztuka dobra na jesień

Jesień w Warszawie zapowiada się dobrze dla tych, którzy lubią od czasu do czasu zamienić gabinet, biuro czy ekran komputera na muzealną salę. W Muzeum Narodowym i jego oddziałach pojawi się kilka wystaw, na które zdecydowanie warto zwrócić uwagę.



MARIUSZ BORKOWSKI

Komisja ds. Kultury ORL w Warszawie



Mnie szczególnie interesuje „Adolph Menzel (1815–1905). Niestrudzony obserwator”. Menzel należał do tych artystów, którzy właściwie nie przestawali patrzeć i rysować. Interesowało go niemal wszystko: wielka historia i zwyczajna codzienność, królewskie ceremonie i ludzie przy pracy, ciało człowieka, zwierzęta czy pejzaż. Towarzyszący mu niemal nieustannie szkicownik stał się zapisem świata XIX w. widzianego przez niezwykle uważnego obserwatora. Wystawa w Muzeum Narodowym potrwa do 13 grudnia.

Adolph Menzel (1815–1905). Niestrudzony obserwator – MNW



Warto też wybrać się do Królikarni. Do 25 października można tam oglądać wystawę „Rzeźba na meblościankę”. Ceramiczne pingwiny, gązle, koty, ryby czy charakterystyczne figurki ludzkich postaci były kiedyś niemal obowiązkowym elementem polskich mieszkań. Dzisiaj wracają jako przykłady dobrego wzornictwa, obiekty kolekcjonerskie, ale też trochę sentymentalna podróż do estetyki PRL-u.

Rzeźba na meblościankę – Królikarnia



Jeszcze jeden dobry powód, żeby odwiedzić Wilanów, to „Plakat polski. Kolekcja”. Od 13 października 2026 r. do 10 stycznia 2027 r. będzie można oglądać już trzecią odsłonę ekspozycji prezentującej niezwykle bogatą kolekcję polskiego plakatu. To dziedzina, w której polscy artyści stworzyli własny, rozpoznawalny na świecie język wizualny.

Plakat polski. Kolekcja – Muzeum Plakatu w Wilanowie



Apod koniec listopada w Gmachu Głównym MNW pojawi się „Bestiariusz” – wystawa poświęcona zmieniającym się relacjom człowieka i zwierząt: od mitologicznych stworzeń i dawnych gabinetów osobliwości po domowych pupili i współczesne pytania o granice naszego panowania nad naturą. Wystawa potrwa od 20 listopada 2026 r. do 14 marca 2027 r.

Bestiariusz – MNW

Jesień nie musi więc oznaczać wyłącznie krótkich dni. Może być całkiem dobrym powodem, żeby częściej zaglądać do muzeum.

23. Igrzyska Lekarskie za nami: **115 medali dla OIL w Warszawie!**



AGATA LUDWIKOWSKA

Pięć dni sportowej rywalizacji, kilkanaście dyscyplin i lekarze z całej Polski na bieżniach, boiskach, kortach, trasach kolarskich i pływalni. 26–30 sierpnia w Cetniewie odbyły się **23. Igrzyska Lekarskie** – największa w Polsce impreza sportowa środowiska lekarskiego.

Areną tegorocznych zmagania był Centralny Ośrodek Sportu – Ośrodek Przygotowań Olimpijskich im. Feliksa Stamma w Cetniewie. Organizatorem Igrzysk Lekarskich była Naczelna Izba Lekarska, a za ich przygotowanie odpowiadała Komisja ds. Sportu Naczelnej Rady Lekarskiej.

MISTRZOWSKA REPREZENTACJA OIL W WARSZAWIE

Reprezentacja Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie zaznaczyła swoją obecność w wielu dyscyplinach. Łączny dorobek naszych zawodników to 115 miejsc na podium – 50 pierwszych, 35 drugich i 30 trzecich lokat.

Większość konkurencji igrzysk rozgrywano z podziałem na kategorie wiekowe, dlatego miejsca medalowe odnoszą się przede wszystkim do wyników osiągniętych przez zawodników w swoich grupach. W części dyscyplin prowadzona była również klasyfikacja OPEN.

Najwięcej w swoich kategoriach – po dziewięć miejsc na podium – zdobyli **Maria Mazur** i **Szymon Marosz**. **Maria Mazur** zajęła pierwsze miejsca w beach walkingu, biegach na 200 i 400 m oraz sztafecie 4×100 m, drugie – w singlu badmintonowym i rzucie ciężarkiem,



a trzecie – w biegu na 100 m, rzucie dyskiem i rzucie oszczepem.

Szymon Marosz był pierwszy w debłu badmintonowym, biegu na 100 m, sztafecie 4×100 m i rzucie ciężarkiem, drugi w debłu tenisa ziemnego, skoku w dal i skoku wzwyż, a trzeci w debłu tenisa stołowego i rzucie dyskiem.

Po siedem miejsc na podium wywalczyli **Marta Kubisa**, **Adam Janczarski**, **Jacek Baltyn** i **Damian Ruta**. **Marta Kubisa** zwyciężyła w skoku w dal i sztafecie 4×100 m, drugie miejsca zajęła w biegu na 200 m i rzucie oszczepem, a trzecie w biegach na 100 i 400 m oraz skoku wzwyż.

Adam Janczarski zajął pierwsze miejsce w beach walkingu i mikście badmintonowym, drugie w rzucie ciężarkiem, rzucie dyskiem i debłu badmintonowym oraz trzecie w skoku w dal i rzucie oszczepem.

Jacek Baltyn był pierwszy w rzucie dyskiem, drugi w debłu badmintonowym oraz trzeci w singlu badmintonowym, tenisie stołowym, debłu tenisa ziemnego i skoku w dal. Do tego dołożył trzecie miejsce w szachach w klasyfikacji OPEN.

Cztery zwycięstwa odniósł **Damian Ruta** – w biegu na 5000 m, cross country, biegu na 1500 m i rzucie dyskiem. Drugie miejsca zdobył natomiast w skoku wzwyż, rzucie ciężarkiem i rzucie oszczepem.

Bardzo udane igrzyska mają za sobą **Halina Janczarska** i **Katarzyna Klećkowska**, które sześciokrotnie zajmowały pierwsze miejsca w swoich kategoriach.



fot. archiwum prywatne (3)

Halina Janczarska zwyciężyła w pchnięciu kulą, rzucie dyskiem i rzucie oszczepem oraz trzech konkurencjach badmintonowych – singlu, deblu i mikście. Katarzyna Klećówka sześć pierwszych miejsc wywalczyła w dwóch różnych dyscyplinach. Triumfowała w jeździe indywidualnej na czas, kolarstwie szosowym i MTB oraz w trzech konkurencjach strzeleckich.

Sześć razy na podium stawał także **Jacek Janczarski** – był pierwszy w mikście badmintonowym i siatkówce plażowej, drugi w rzucie oszczepem i singlu badmintonowym oraz trzeci w rzucie dyskiem i deblu tenisa ziemnego.

Również sześć miejsc na podium zdobył **Krzysztof Makuch**. Zwyciężył w deblu badmintonowym oraz brydżu w klasyfikacji OPEN, był drugi w singlu badmintonowym i deblu tenisa stołowego, a trzecie miejsca zajął w singlu i deblu tenisa ziemnego.

Pięciokrotnie w pierwszej trójce znalazł się **Maciej Michalak**. Pierwsze miejsca zdobył w biegu na 200 m i skoku w dal, drugie – w biegu na 100 m i rzucie dyskiem, a trzecie w strzelaniu z pistoletu sportowego.

Cztery miejsca na podium wywalczyły **Klaudia Mila** i **Aleksandra Marosz**. Klaudia Mila zwyciężyła w jeździe indywidualnej na czas, kolarstwie szosowym i triathlonie, a także zajęła trzecie miejsce w deblu tenisa ziemnego. Aleksandra Marosz była pierwsza w deblu tenisa stołowego, druga w singlu tenisa stołowego i pchnięciu kulą oraz trzecia w rzucie dyskiem.

Po trzy miejsca na podium zdobyli **Natalia Zakharova**, **Wanda Gajzler-ska-Majewska**, **Grzegorz Sikora** i **Leszek Górecki**. Natalia Zakharova zajęła pierwsze miejsce w singlu badmintonowym, drugie w deblu oraz trzecie w rzucie ciężarkiem. Wanda Gajzler-ska-Majewska trzykrotnie znalazła się w czołowej trójce konkurencji strzeleckich – zajęła drugie miejsce w PCZ oraz trzecie miejsca w konkurencjach P i K. Grzegorz Sikora trzykrotnie zwyciężał w swojej kategorii – w pchnięciu kulą, rzucie ciężarkiem i beach walkingu. Także trzy pierwsze miejsca zdobył Leszek Górecki, który triumfował w jeździe indywidualnej na czas, kolarstwie szosowym i MTB.

Po dwa miejsca na podium wywalczyli **Ewa Skolimowska**, **Krzysztof Kotulecki** i **Grzegorz Barr**. Ewa Skolimowska zwyciężyła w singlu badmintonowym i zajęła drugie miejsce w deblu. Krzysztof Kotulecki był pierwszy w deblu tenisa ziemnego i drugi w mikście, natomiast Grzegorz Barr zwyciężył w deblu tenisa ziemnego i zajął drugie miejsce w singlu.

Mery Topolska-Kotulecka dołożyła do dorobku reprezentacji Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie drugie miejsce w beach walkingu.

Na 115 miejsc „naszych” na podium składają się także wyniki najmłodszych reprezentantów. **Leon Herman** zwyciężył w biegu na 60 m i zajął drugie miejsce w skoku w dal. **Jerzy Majewski** był drugi w rzucie piłeczką i trzeci w pływaniu, a **Maciej Mickiewicz-Makuch** zajął trzecie miejsce w pływaniu. **Hanna Michalak** zdobyła drugie miejsce w skoku w dal i trzecie w biegu na 60 m. **Amelia Michalak** dwukrotnie była druga – w skoku w dal i biegu na 60 m – oraz zajęła trzecie miejsce w pływaniu. Natomiast **Jerzy Gołębiowski** był drugi w skoku w dal i pływaniu oraz trzeci w rzucie piłeczką.

Reprezentację OIL w Warszawie, poza świetnymi wynikami, wyróżniały także nowe stroje sportowe z logo naszej izby przygotowane specjalnie na igrzyska.

SPORTOWA RYWALIZACJA I INTEGRACJA

23. Igrzyska Lekarskie były okazją do ciekawych spotkań, wspólnej aktywności oraz dzielenia sportowych pasji. Tegoroczna edycja przyniosła powrót dyscyplin, których zabrakło podczas poprzednich igrzysk. Ponownie rozegrano m.in. zawody w kolarstwie, triathlonie, strzelectwie i golfie.

Serdecznie gratulujemy wspaniałych wyników wszystkim uczestnikom i dziękujemy za reprezentowanie Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie podczas 23. Igrzysk Lekarskich w Cetniewie. Szczególne podziękowania składamy Naczelnej Izbie Lekarskiej za świetną organizację i zadbanie o wspaniałą sportową atmosferę.

Pamiętajcie, że za rok kolejne sportowe emocje. Do zobaczenia na lekarskich igrzyskach w Zakopanem! ●

Klub Lekarza Przedsiębiorcy

Dla lekarzy
i lekarzy dentystów
prowadzących własną
działalność



Dołącz już dzisiaj!

Zeskanuj kod QR
i wyślij swoje zgłoszenie



Okręgowa
Izba Lekarska
w Warszawie

Razem wyłoniemy OIL Sport Mistrzów!

Czy lekarze i ich dzieci mogą być mistrzami nie tylko w medycynie i nauce, ale też w sporcie? Oczywiście! Dlatego Komisja ds. Sportu Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie zaprasza do udziału w programie OIL Sport Mistrz, w którym wybierzemy najlepszych sportowców w naszej społeczności.

Program ma na celu wyróżnienie pasji i sportowych sukcesów lekarzy oraz ich dzieci. Chcemy nagrodzić trzech najlepszych sportowców wśród lekarzy oraz trzech najlepszych sportowców wśród lekarskich dzieci (do 18. roku życia).

Laureaci otrzymają vouchery na zakupy sprzętu sportowego o wartości 1000 zł oraz zaproszenie na uroczyste wręczenie nagród podczas Gali Komisji Sportu na Stadionie Legii Warszawa 14 listopada 2026 r. Zwycięzcy zostaną wyłonieni w drodze głosowania przez Komisję ds. Sportu ORL w Warszawie.

Jak się zgłosić?

Wypełnij wniosek konkursowy (znajdziesz go na stronie OIL). Dostarcz wniosek osobiście lub mailowo na adres: sport@oilwaw.org.pl. Czas nadsyłania wniosków: do 18 października 2026 r.

Więcej informacji:
22 542 83 33



fot. Jeffery Ertunse / Unsplash

Lekarska Liga Mistrzów zaprasza na boisko!



fot. Tobias Flyckt / Unsplash

Jesienna runda największej lekarskiej ligi piłkarskiej w Polsce wystartowała 13 września. Komisja ds. Sportu Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie zaprasza do gry zarówno drużyny, jak i pojedynczych zawodników – lekarzy i lekarzy dentystów. Gramy w sześciuosobowych składach.

Mecze rozgrywamy w niedzielę o godz. 18.00 w Bemowskim Ośrodku Piłki Nożnej przy ul. Obrońców Tobruku 11 w Warszawie.

Zapisy i informacje:
sport@oilwaw.org.pl
Tel. 22 542 83 33

DOFINANSOWANIE WYROBÓW MEDYCZNYCH

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

Szczegóły i regulamin na stronie Fundacji Pro Seniore

Termin składania wniosków mija
31 grudnia 2026 r.

REHABILITACJA

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

Szczegóły na stronie Fundacji Pro Seniore

Termin składania wniosków mija
31 grudnia 2026 r.

DRUK RECEPT



Recepty *pro auctore* i *pro familia*
dla lekarzy seniorów

drukujemy w Okręgowej Izbie Lekarskiej

**w Warszawie, przy ul. Puławskiej 18,
w poniedziałki i środy w godz. 12.00–15.00.**

Trzeba mieć PIN i hasło do druku recept z NFZ.



Okręgowa
Izba Lekarska
w Warszawie



OBIADY w Klubie Lekarza

Komisja ds. Lekarzy Seniorów zaprasza
seniorów lekarzy/lekarzy dentystów

w poniedziałki i czwartki

w godz. **13.00–14.00**

do Klubu Lekarza

przy ul. Raszyńskiej 54 w Warszawie

na dofinansowane przez OIL w Warszawie
obiady.

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

Spotkanie absolwentów 1976

Spotkanie absolwentów Wydziału Lekarskiego i Lekarsko-Stomatologicznego z 1976 r. odbyło się 29 maja 2026 r. z inicjatywy WUM. Władze uczelni serdecznie podziękowały lekarzom za 50 lat pracy w zawodzie. **Małgorzata Sznajder**, w imieniu 86 przybyłych lekarzy, złożyła podziękowania, które publikujemy poniżej.

fot. archiwum prywatne



Drodzy Jubilaci!

Wspaniale jest się spotkać po 50 latach od zakończenia studiów. Jesteśmy troszkę odmienieni, ale ciągle młodzi duchem. A propos odmienieni: nazywam się Małgorzata Sznajder i zostałam przywołana do tablicy przez kolegów, którzy powiedzieli: *powiedz coś, ale ma być krótko...* Postaram się więc nasze 56 lat ująć w pigułkę. W wstępie chcę podziękować władzom naszej Alma Mater za to, że o nas pomyśleli, przyczynili się do organizacji uroczystości i że są z nami w tak ważnym dla nas dniu.

Dziękujemy prorektorowi UM prof. Markowi Kuchowi, dziekanowi wydziału lekarskiego prof. Pawłowi Włodarskiemu, dziekan wydziału lekarsko-stomatologicznego prof. Agnieszce Milczarek oraz prodziekanom.

A teraz trochę wspomnień... Byliśmy niepowtarzalnym, wspaniałym rocznikiem, który musiał fizycznie zapracować na studia, kolekcjonując punkty. Byliśmy salowymi, noszowymi, pomocnikami laborantów, takimi: *podaj, przynieś, pozamiataj*, czyli ludźmi do specjalnych zadań. Myślę, że to wyszło nam na zdrowie, bo poszerzyło horyzonty – poznaliśmy zawód od podstaw –

oraz zwiększyło ciężar fizyczny u niektórych tak bardzo, że do dzisiaj biegają w maratonach lub po Himalajach.

Mieliśmy też szczęście poznać przedwojennych profesorów. Ludzi mądrych, o wielkiej wiedzy medycznej, humanistycznej, o najwyższym morale i etyce.

Pan prof. Witold Sylwanowicz – profesor anatomii prawidłowej. Człowiek o pięknym, ciekawym życiorysie, który tę gromadkę przestraszonych dzieciaków traktował jak ojciec.

Pan prof. Stefan Kruś – anatomopatolog. Wielki humanista, poeta, pisarz o błyskotliwym poczuciu humoru. Na Jego wykłady wszyscy z zapalem biegli – sala zawsze była pełna.

Pani prof. Irena Mochacka, postrach wszystkich studentów. Ja ze strachu tak się wyuczyłam biochemii, że stwierdziłam, że jest to fascynująca nauka – dzięki pani profesor.

Pan prof. Andrzej Trzebski – fizjolog, neurofizjolog, wybitny naukowiec, który przekazywał nam najnowszą wiedzę opartą na kontaktach z uczelniami w Europie, ale głównie w Stanach.

Pan prof. Tadeusz Orłowski – internista, nefrolog, himalaista, pionier polskiej transplantologii. Żelazną ręką pro-

wadził klinikę, wymagając od asystentów i studentów rzetelnej wiedzy i pracy.

Pan prof. Jan Nielubowicz, chirurg, także pionier polskiej transplantologii. Wspaniała barwna postać, wielki humanista, nauczyciel. Te słowa pana profesora: *myśl mądrze i czyń dobro* – do zapamiętania.

Wszyscy ci wspaniali nauczyciele i ci, których z braku czasu nie wymieniałam, przekazali nam nie tylko wiedzę, ale także postawę zawodową, czyli: *salus aegroti suprema lex...* a nie *procedura suprema lex...*

W ciągu tych 50 lat uratowaliśmy tysiące pacjentów, przedłużaliśmy im życie i codziennie walczyliśmy o poprawę jego jakości.

Praca ta była nie raz na granicy ludzkiej wytrzymałości, ale jak był sukces, to była wielka radość – *znowu się udało...* Jak była porażka, to smutek, złość, refleksja... Każdy to przeżywał inaczej. Mimo tej ciężkiej pracy i nie zawsze do końca spełnionych marzeń sądzę, że gdybyśmy jeszcze raz wybierali zawód, to większość z nas poszłaby tą samą drogą.

Jest wśród nas dużo znanych, cenionych i kochanych lekarzy oraz paru znanych, cenionych i kochanych profesorów, którzy wnieśli znaczny wkład w rozwój nauki, medycyny i wykształcili następne pokolenia polskich lekarzy.

Teraz pomyślimy o naszych przyjaciółach i kolegach, którzy nie mieli tyle szczęścia, żeby być dzisiaj z nami, bo są już w lepszym świecie... Uczcijmy ich pamięć chwilą ciszy...

Na koniec jeszcze raz chcemy podziękować władzom i organizatorom tej uroczystości oraz chórowi pod dyrekcją i batutą pana Rafała Synowca, którzy pięknie ubarwili nasze spotkanie. Szczególne podziękowania dla pani Magdaleny Rojek, która ma dzisiaj imieniny: życzymy dużo szczęścia i zdrowia, a resztę sobie sama zorganizuje...

Na koniec życzymy sobie, żeby to spotkanie było inspiracją do pielęgnowania przyjaźni i znajomości powstałych przed 56 laty. Życzymy sobie dalszego ciekawego, zdrowego życia pełnego szczęścia, radości i miłości. Dziękuję. ●

Dwa koła, jedna pasja



fot. archiwum prywatne

Czasem wystarczy wspólna pasja, by spotkać ludzi, z którymi chce się przemierzać kolejne kilometry. MotoDocs to klub, który łączy miłość do motocykli z przyjaźnią, wspólnymi podróżami i chęcią bycia razem.

AGNIESZKA PETERSON

Motocyklem podróżuję z mężem jako tzw. plecaczek. Uwielbiamy jazdę we dwoje, ale także dłuższe lub krótsze wyprawy w gronie przyjaciół. Długo szukaliśmy swojego miejsca w motocyklowym świecie, znajomych o wspólnych zainteresowaniach w różnych grupach. Poznaliśmy wielu wspaniałych ludzi, z którymi wciąż utrzymujemy przyjacielskie relacje, lecz

ciągle czuliśmy, że nie są to grupy, o których marzyliśmy.

Z racji wykonywanych zawodów medycznych postanowiliśmy poszukać klubu motocyklowego skupiającego przede wszystkim lekarzy lub inne profesje medyczne. I tak właśnie trafiliśmy na MotoDocs.

Ogólnopolski Klub Motocyklowy Lekarzy i Przyjaciół MotoDocs skupia pa-

sjonatów motocykli będących lekarzami, ale nie tylko. Wśród członków są zarówno medycy, jak i ich przyjaciele. Jeździmy na różnych motocyklach. Są u nas wielkie krążowniki szos, motocykle enduro, café racery, turystyki, nakedy, a nawet małe 125.

Do tej pory pamiętam fantastyczne przyjęcie, gdy po dłuższym czasie rozmów przez internet i telefon udało nam się spotkać z członkami klubu. Zostaaliśmy zaproszeni na rozpoczęcie sezonu 2025. Szybko odnaleźliśmy wspólny język i jeszcze tego samego dnia dołączyliśmy do szacownego grona. Tak się zaczęła udana motocyklowa przygoda, która trwa do dziś.

W 2025 r. odbyliśmy kilka wspólnych podróży. MotoDocs jest klubem ogólnopolskim, dlatego spotkania odbywają się w całym kraju. My np. w ubiegłym roku z przyjemnością zorganizowaliśmy wigilię klubową.

W tym roku odbyło się już kilka większych i mniejszych wyjazdów w przyjacielskiej, motocyklowej atmosferze, a sezon trwa w najlepsze. MotoDocs to przede wszystkim ludzie, którzy motocykle, przyjaźń i chęć bycia razem mają we krwi i cenią najbardziej. Tworzymy prawdziwą motocyklową rodzinę. ●

Jeśli jeździsz motocyklem, jesteś lekarzem (choć to nie jest warunek konieczny) i chcesz poznać prawdziwych motocyklowych przyjaciół, odezwij się. Kontakt z władzami klubu znajdziesz na www.motodocs.pl. Na podstawie swoich doświadczeń jestem pewna, że się nie zawiedziesz. LWG.

„Szczepimy – chronimy”



Zapraszamy wszystkich członków Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie na tegoroczną edycję akcji „Szczepimy – chronimy”.



Od 21 września do 30 października (z wyłączeniem sobót i niedziel) w wybranych punktach będzie można zaszczepić się bezpłatnie przeciwko grypie.



Lista przychodni i zapisy na stronie:



Piorunująca historia medycyny litewskiej



MONIKA MIŁOŚ
humanistka medyczna

*Ciemno wszędzie,
głucho wszędzie,
co to będzie,
co to będzie...*

Środek jesieni, opadające liście, coraz krótsze dni i częstsze deszcze zwiastują czas zadumy. To właśnie o tej porze roku nasi przodkowie obchodzili dziady – dawny słowiański obrzęd ku czci zmarłych, szczególnie żywy na ziemiach dawnej Litwy. Zapraszam państwa w podróż śladami medycyny Wilna i Kowna. Gwarantuję, że będzie... piorunująco!

Mickiewicz przedstawił go w sposób jednoznacznie krytyczny, jako poplecznika caratu, oportunistę i karierowicza. Taki właśnie obraz utrwalił się w pamięci wielu czytelników. Warto jednak nie zapominać, że literacki portret mógł być kształtowany przez osobiste animozje. We wspomnieniach Mickiewicza znajdujemy kilka epizodów świadczących o chłodnych relacjach z profesorem.



rem. Był on również ojczymem Juliusza Słowackiego – przyszłego wielkiego rywala Mickiewicza.

PIORUN PIERWSZY – ŚMIERĆ DOKTORA

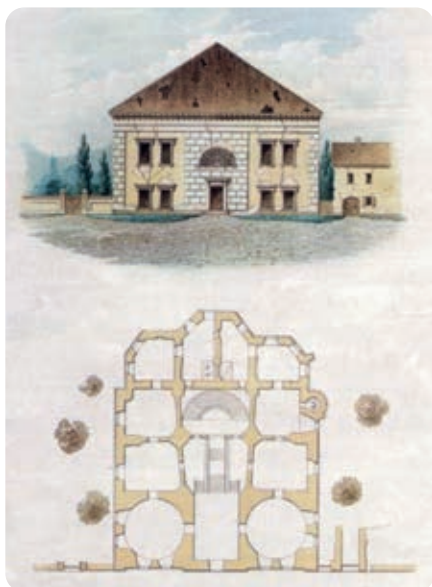
Warto spojrzeć na Augusta Bécu nie tylko oczami Mickiewicza. Literacka postać Doktora przesłoniła bowiem jego rzeczywiste zasługi dla medycyny. Pomaga je odkryć Alicja Dżisiewicz w książce „Trochę Wilna z Mickiewiczem w tle” (2022), która staje się punktem wyjścia do naszych rozważań. Urodzony w 1771 r. w Grodnie Bécu najpierw uzyskał stopień doktora filozofii, a następnie poświęcił się studiom medycznym. W 1799 r. został profesorem patologii i materii medycznej Uniwersytetu Wileńskiego, a wiedzę doskonalił podczas staży naukowych w Niemczech, Anglii i we Francji. Po powrocie do Wilna aktywnie propagował szczepienia przeciw ospie oraz jako jeden z pierwszych na terenach dawnej Rzeczypospolitej podejmował badania nad znaczeniem higieny osobistej dla zdrowia publicznego. Szczególnie dał się poznać podczas kampanii napoleońskiej w 1812 r., kiedy kierował działaniami sanitarnymi mającymi zapobiec wybuchowi epidemii po odwróceniu wojsk francuskich. Nadzorował usuwanie i spalanie ciał poległych żołnierzy zalegających na przedmieściach Wilna, ograniczając ryzyko szerzenia się chorób zakaźnych.

Podobnie jak literacki Doktor, August Bécu rzeczywiście zginął od uderzenia pioruna. Jak opisuje Dżisiewicz, zmęczony profesor podczas burzy położył się na chwilę odpocząć w swoim gabinecie. Obok kozetki stała niewielka szkatułka z instrumentami chirurgicznymi. Według przekazów to właśnie ona miała przyciągnąć wyładowanie atmosferyczne. Lekarza próbowano jeszcze ratować – nacierano jego ciało, puszczono krew, a nawet, zgodnie z ówczesnymi praktykami, zakopano go w ziemi. Niestety, obrażenia okazały się śmiertelne.

PIORUN DRUGI – NIE DLA ANATOMICUM!

W pierwszej połowie XIX w. Uniwersytet Wileński szczycił się jednym z najnowocześniejszych teatrów anatomicz-

nych w tej części Europy. Co ciekawe, powstał on w dawnej cerkwi. Świątynia Przenajświętszej Bogurodzicy, wzniesiona w 1346 r., przez stulecia przechodziła burzliwe dzieje – niszczyły ją pożary, zmieniała właścicieli i funkcje. Na początku XIX w. stojący w ruinie budynek przejął Uniwersytet Wileński i podjęto decyzję o jego przebudowie na Anatomicum. Pomysł wywołał sprzeciw części duchowieństwa. Gdy w 1815 r. podczas burzy piorun zniszczył dzwonnice dawnej cerkwi, wielu uznało to za znak boskiego protestu przeciwko zamianie świątyni w miejsce sekcji zwłok i nauki anatomii.



Anatomicum Uniwersytetu Wileńskiego. Plan pomieszczeń. Autor nieznany, 2. poł. XIX w.

To właśnie w Anatomicum przyszli lekarze poznawali tajniki budowy ludzkiego ciała. Gromadzono tu preparaty anatomiczne, szkielety, modele oraz eksponaty wykorzystywane podczas zajęć dydaktycznych. Z biegiem lat kolekcja stała się jedną z najcenniejszych w tej części Europy. Po zamknięciu Uniwersytetu Wileńskiego w 1832 r. większość zbiorów wywieziono. Część eksponatów pozostała jednak w Wilnie, przypominając o czasach, gdy miasto należało do najważniejszych ośrodków nauczania medycyny w tej części Europy.

Historia wileńskiej medycyny nie kończy się na muzeach. Dawne wnętrza zyskały nowe życie. W historycznej aptece na Zarzeczcu działa dziś kameral-



Wnętrze Muzeum Medycyny i Farmacji w Kownie / fot. Monika Miłoś

na Restauracja Epotheca, gdzie dawne miejsce sporządzania leków stało się przestrzenią kulinarnych doświadczeń. Kilka ulic dalej Apteka Bar przypomina z kolei laboratorium dawnych aptekarzy – koktajle powstają tu według autorskich receptur, z wykorzystaniem ziół, nalewek i domowych ekstraktów. Historia dawnych aptek zyskała więc zupełnie nowe, smakowite oblicze.

PIORUN TRZECI – BÓG BURZ MIESZKA W KOWNIE

Z Wilna przenosimy się do Kowna, gdzie przy rynku stoi słynny Dom Perkuna, nazwany na cześć bałtyckiego boga piorunów i burz. W sąsiedniej XVI-wiecznej kamienicy, wzniesionej przez zamożnego kupca, mieści się dziś największe na Litwie Muzeum Historii Medycyny i Farmacji.

Historia medycyny zaczyna się tu pod ziemią (w piwnicach) – od korzeni, ziół, naczyń do destylacji i pierwszych receptur. Ekspozycja dowodzi, że najstarsze litewskie szpitale nie przypominały współczesnych lecznic. Były przede wszystkim przytułkami prowadzonymi przez zakony. Dopiero uchwała sejmiku Rzeczypospolitej z 1707 r. nakazywała, aby w każdym szpitalu był lekarz, felczer i apteka.

Na parterze odwiedzających wita pięknie odtworzone wnętrze XIX-wiecznej

apteki. Dawni aptekarze przywiązywali ogromną wagę nie tylko do jakości sporządzanych leków, ale również do wyglądu swoich oficyn. Im bardziej elegancka i okazała była apteka, tym większym zaufaniem darzyli ją pacjenci i tym wyższy prestiż zyskiwał jej właściciel.

Pierwsze piętro poświęcono historii medycyny litewskiej – lekarzom, chirurgom i rozwojowi nowoczesnego leczenia. Całe muzeum jest właściwie podróżą przez kilka stuleci dziejów medycyny zamkniętych w jednej kamienicy. A skoro o kamienicach mowa, warto wrócić do Domu Perkuna. Dziś mieści się w nim Muzeum Adama Mickiewicza. W 2026 r., gdy cała Polska na nowo odkrywa „Dziady” w ramach Narodowego Czytania, wizyta w tym miejscu nabiera szczególnego znaczenia. ●

INFORMACJE PRAKTYCZNE

Muzeum Historii Medycyny Uniwersytetu Wileńskiego

Wilno, ul. M.K. Čiurlionio 21
Wstęp bezpłatny

Muzeum Medycyny i Farmacji Kowno

Lokalizacja: Kowno, Rotušės a. 28
Cena biletu: 2 €

Wspomnienia o prof. Eugeniuszu Butruku



Profesor Eugeniusz Butruk zmarł 1 sierpnia 2026 r. Jak mało kto zasłużył na miano Mistrza. Potrzeba napisania wspomnienia wynika z mojej wdzięczności za jego życie i jego dzieło. Choć nie zdecydowałem się na karierę akademicką, zostając niezależnym gastroenterologiem-praktykiem, pozostając jego uczniem na całe lekarskie życie.

Szczegółne było moje pierwsze spotkanie z Profesorem. Poszedłem do niego po studiach na rozmowę o pracę. Pytał mnie o zainteresowania, motywacje do pracy, wyniki studiów i dlaczego chcę zając się gastroenterologią. Na koniec rozmowy zapytał: *Czy ma Pan poczucie humoru?* – *Z każdą minutą tej rozmowy coraz mniejsze, Panie Profesorze* – odpowiedziałem. I być może dzięki mojemu refleksowi wszedłem na kilka intensywnych lat (1987–1994) w fascynujący świat Kliniki Gastroenterologii

Centrum Medycznego Kształcenia Podplomowego prowadzonej przez Mistrza.

Był przede wszystkim dobrym lekarzem. Pamiętam wspólne obchody – przyjeżdżał do kliniki wcześniej rano, by z lekarzem dyżurnym przed odprawą poznać nowo przyjętych pacjentów. Umiał rozmawiać z ludźmi, widać było, że lubi pacjentów. Miał szeroką wiedzę internistyczną i doktorat z endokrynologii. W tym czasie klinika pełniła również rolę oddziału wewnętrznego, leczylśmy ciężkie astmy, zaburzenia rytmu serca, zatrucia, śpiączki cukrzycowe, zatem szeroka wiedza była konieczna. Miał zmysł diagnostyczny, szybko myślał. Pamiętam, że miał pieczętkę z napisem: *Prof. E. Butruk*, bez tytułatury – traktowałem to jako wyraz skromności.

Był wybitnym nauczycielem. Najważniejszy, rzecz jasna, był przekaz niewerbalny, wszak *verba docent, exempla trahunt* – dawał przykład ciężkiej pracy, solidności, kultury i logicznego myślenia. Znany był z bon motów. Wiele z nich pozostało ze mną, np. bardzo aktualne: *Trzeba oddzielić fakty od opinii o faktach*. Przestrzegał: *Proszę się zastanowić, czy zlecenie tego badania może zmienić decyzję terapeutyczną*. O polipragmazji mówił z przekąsem: *Więcej sukcesów w leczeniu miałem z zabierania leków niż z podawania leków*. Słynne stało się też jego *Wstyd się wstydzić* o unikaniu niezbędnych badań jelita.

W klinice nie było korupcji. Stworzenie Kliniki Fundacji Gastroenterologii umożliwiło pracownikom dorobienie do bardzo niskich w latach 90. pensji. Czytelne były reguły, które pozwalały skutecznie oddzielić „prywatę” od „pracy na państwowym”, co bywa problemem w Polsce do dziś.

Był wybitnym Szefem. Miara jego wielkości była niekwestionowana opinia o Klinice jako najlepszej w Polsce oraz rozwój talentów współpracowników. Wielkość nie boi się konkurencji. Sukcesy współpracowników Szef przyjmował z entuzjazmem. Wychował wielu profesorów, a każdy z nas miał otwartą drogę do doktoratu. Klinika kipiała energią wielu indywidualności. Był czynny w kreowaniu indywidualnej ścieżki rozwoju swoich asystentów, np. upierał się, że radiolog wykonujący USG czy histopatolog muszą być też lekarzami-praktykami i prowadzić chorych w oddziale. To działało.

Był pionierem. Wspomina się wykonanie przez niego w 1973 r. (wraz z profesorem Witoldem Bartnikiem) pierwszej w Polsce kolonoskopii oraz stworzenie narodowego programu badań przesiewowych nowotworów jelita grubego. Mniej pamięta się o jego roli w promocii laparoskopii. Pamiętam, jak wrócił podekscytowany ze Stanów Zjednoczonych i orzekł na odprawie, że laparoskopowe operacje to przyszłość. Nie minął rok, gdy stworzony przez niego w ramach Fundacji Gastroenterologii zespół wykonał jedne z pierwszych cholecysektomii laparoskopowych w Polsce. W zorganizowaniu pierwszych w Polsce warsztatów endoskopowych ubiegł go o kilka miesięcy prof. Andrzej Nowak z zespołem Kliniki Gastroenterologii Śląskiej Akademii Medycznej w Katowicach. Profesor był wściekły, ale konkurenta uszanował i chwalił. Był to dla mnie przykład zdrowej ambicji, która popychała do przodu polską gastroenterologię.

Był człowiekiem twórczym, wizjonerem. Gdy Polska była za „żelazną kurtyną”, zadbał o prenumeratę zachodnich czasopism naukowych, byśmy byli na bieżąco z najnowszymi osiągnięciami gastroenterologii. Dzięki wewnętrznym posiedzeniom klinicznym na bardzo wysokim poziomie stworzona została kadra wybitnych badaczy i wykładowców. W latach 80. zatrudnił w Klinice fotografa, by poprawić jakość prezentacji wykładów.

Nie bał się nowoczesności – wprowadzał najnowsze endoskopy i zadbał o istnienie laboratorium badawczego na terenie kliniki. Sympozja i konferencje

kliniczne organizowane przez naszą klinikę były najlepsze w Polsce i, tak oceniam, do dziś takimi pozostały.

Jestem szczęśliwy, że uczyłem się zawodu od najlepszych. Dziękuję, Panie Profesorze!

DR N. MED. ANTONI GUGULSKI

Na wieczny dyżur lekarski 1 sierpnia 2026 r. odszedł jeden z nas, Sowińszczaków, profesor Eugeniusz Butruk.

Eugeniusz uczęszczał do Państwowej Koedukacyjnej Szkoły Ogólnokształcącej Stopnia Licealnego im. gen. Sowińskiego w Warszawie. Od 1965 r. Szkoła nosi nazwę III Liceum Ogólnokształcące im. gen. Sowińskiego. Eugeniusz świadectwo dojrzałości (maturę) uzyskał w 1953 r. W klasie maturalnej wówczas było 75 uczniów, a Genio miał numer 8. W szkole był bardzo dobrym uczniem, cenionym przez grono pedagogiczne, a szczególnie przez koleżanki i kolegów. Brał aktywny udział w życiu szkoły. Zawsze był obecny na Jubileuszowych Zjazdach Szkoły. W 2023 r. szkoła obchodziła 100-lecie powstania. Profesor Butruk był obecny. Widoczny był z daleka, ponieważ górował nad nami nie tylko intelektem, ale i wzrostem. Zawsze pogodny, radosny, dowcipny. Od dawna miał kłopoty ze wzrokiem, dlatego zawsze trzeba było przedstawić się z nazwiska i wtedy była radość, śmiech, autentyczne i normalne reakcje, mimo że już należał do elity, najwybitniejszych – nie tylko polskich – lekarzy.

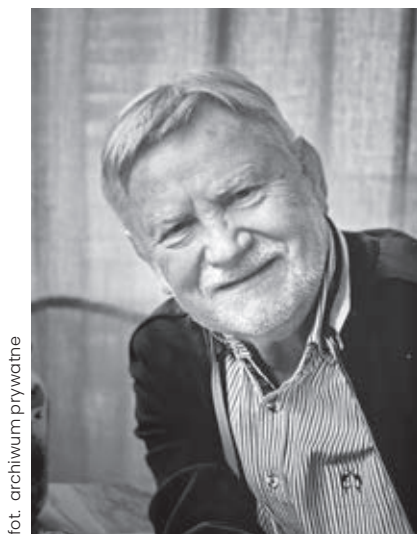
Jesteśmy dumni, że mogliśmy być uczniami i wychowankami tej samej szkoły, do której uczęszczał prof. Eugeniusz Butruk.

Profesorze Butruk, Drogi Geniu, dobrze, że byłeś z nami. Pozostaniesz na zawsze w naszej pamięci. Szkoła im. gen. Sowińskiego jest z Ciebie dumna.

W imieniu Stowarzyszenia Wychowanków Szkoły im. gen. Sowińskiego w Warszawie

PROF. KRZYSZTOF BIELECKI

Wspomnienie o dr. Janie Dudku



fot. archiwum prywatne

Doktor Jan Dudek zmarł 3 czerwca 2026 r. Był absolwentem Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Warszawie. Studia ukończył w 1977 r. Uzyskał tytuł specjalisty w dziedzinie rehabilitacji oraz ortopedii i traumatologii.

Ukończył również Międzynarodową Szkołę Menadżerów w Ochronie Zdrowia.

Całe swoje zawodowe życie związał ze Stołecznym Centrum Rehabilitacji (STOCER) w Konstancinie-Jeziornie.

Równolegle w latach 1978–1986 pracował w pogotowiu ratunkowym w Piasecznie. Zdobył tam ogromne doświadczenie zawodowe.

Był też wykładowcą w Studium Medycznym w Konstancinie kształcącym techników fizjoterapii.

W STOCER pracował jako ordynator oddziału rehabilitacji, oddziału pooperacyjnego oraz kierownik bloku opera-

cyjnego. Pełnił też funkcję zastępcy dyrektora ds. medycznych.

W latach 1987–1990 został oddelegowany do pracy w Libii, do szpitala w Bengazi, gdzie zorganizował blok operacyjny.

W latach 1997–2001 był delegatem III kadencji Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie. Należał do zespołu rzecznika odpowiedzialności zawodowej.

W latach 2001–2007 był wykładowcą w Klinice i Katedrze Rehabilitacji Akademii Medycznej w Warszawie.

Za swoje osiągnięcia został odznaczony Srebrnym Krzyżem Zasługi.

Doktor Jan Dudek był znakomitym lekarzem, świetnym chirurgiem, wychowawcą, nauczycielem i mentorem kilku pokoleń lekarzy. Był bardzo ceniony za swoją wiedzę i umiejętności zawodowe przez zwierzchników, współpracowników, uczniów i pacjentów. Był człowiekiem wielkiego serca, życzliwości i dobroci. Dla pacjentów był nie tylko lekarzem, ale pocieszycielem i podporą.

Zawsze pomocny, pogodny, ciepły, serdeczny i pełen radości życia. Mimo trapiących go chorób był optymistą i tym optymizmem i radością życia obdarzał ludzi wokół.

Jasio był naszym wieloletnim, serdecznym, prawdziwym przyjacielem. Był wyjątkowym człowiekiem, kochanym przez wszystkich. Był po prostu Pięknym Człowiekiem.

Na zawsze pozostanie w naszej pamięci.

M. D.–M., E.Ś.

Trzymaj rękę na... „Pulsie”

Pobierz PDF lub e-book

**Czytaj wygodnie tam,
gdzie chcesz:**

- w domu
- w pracy
- w podróży



Pobierz PDF lub e-book



WYDAWCA MIESIĘCZNIKA OIL W WARSZAWIE „PULS”

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

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

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

WSPÓŁPRACUJĄ: Magdalena Flaga-Łuczkiewicz, Agata Ludwikowska,
Monika Miłoś, Hanna Odziemka, Artur Olesch,
Gabriela Pacek, Zuzanna Pierścińska, Paweł Walewski

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

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

KONCEPCJA GRAFICZNA I SKŁAD: Marta Konarzewska

KOREKTA: Grażyna Nawrocka, Magdalena Jabłonowska

DRUK: Eurodruk-Poznań Sp. z o.o.

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

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

Zawarte w artykułach i felietonach opinie nie są stanowiskiem redakcji.

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



Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie

Artur Drobniak PREZES ORL
Krzysztof Herman WICEPREZES ORL
Małgorzata Terlecka-Maciejewska WICEPREZES ORL
Jakub Zakrzewski WICEPREZES ORL
Grzegorz Kwitkiewicz WICEPREZES ORL DS. LEKARZY DENTYSTÓW
Karol Stępniewski WICEPREZES ORL, PRZEWODNICZĄCY DELEGATURY RADOMSKIEJ
Magdalena Flaga-Łuczkiwicz PEŁNOMOCNIK OIL DS. ZDROWIA LEKARZY I LEKARZY DENTYSTÓW
Agnieszka Skoczylas PEŁNOMOCNIK OIL DS. OPIEKI SENIORALNEJ I GERIATRII
Robert Madejek PEŁNOMOCNIK OIL DS. PRZECIWDZIAŁANIA DYSKRYMINACJI
Wiktor Możarowski PEŁNOMOCNIK OIL DS. STUDENCKICH
Michał Gontkiewicz SKARBNIK
Jacek Sowiński SEKRETARZ ORL
Zuzanna Wojdyńska ZASTĘPCA SEKRETARZA ORL
Krzysztof Jankowski OKRĘGOWY RZECZNIK ODPOWIEDZIALNOŚCI ZAWODOWEJ
Arkadiusz Bogucki PRZEWODNICZĄCY OKRĘGOWEGO SĄDU LEKARSKIEGO

KONTAKT

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

KOMISJE STAŁE

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

KOMISJE I ZESPOŁY PROBLEMOWE

**MŁODYCH LEKARZY, KULTURY, SPORTU, SZCZEPIEŃ,
MATEK LEKAREK, WSPÓŁPRACY Z ZAGRANICĄ, LUTW „NESTOR”,
RODZIN LEKARSKICH, SPRAW LEKARZY SENIORÓW**
Kontakt przez zespół obsługi komisji tel. 22 542 83 33 | zok@oilwaw.org.pl
DS. ZWOLNIEŃ LEKARZY Z OBOWIĄZKU 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 media@oilwaw.org.pl
DZIAŁ MARKETINGU I WYDARZEŃ tel. 668 397 993 | marketing@oilwaw.org.pl
DELEGATURA RADOMSKA (26–600 Radom, ul. Rwańska 16) tel. 48 331 36 62
poniedziałek, wtorek i piątek w godz. 8.00–16.00 | środa i czwartek w godz. 9.00–17.00



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

izba-lekarska.pl



Okręgowa
Izba Lekarska
w Warszawie



Grupowe ubezpieczenie na życie w PZU Życie SA - Bezpieczny Lekarz

Program rekomendowany
przez Okręgową Izbę Lekarską w Warszawie

Teraz z szerszym zakresem ochrony:

- **wyższe sumy ubezpieczenia** w razie śmierci ubezpieczonego,
- **dotatkowe pakiety** do ubezpieczenia zapewniające wsparcie na wypadek nowotworu oraz chorób serca.

Zadbaj o bezpieczeństwo swoje i swoich najbliższych. Dołącz do grupowego ubezpieczenia na życie w PZU Życie SA, przygotowanego specjalnie dla lekarzy i ich rodzin.

Najważniejsze zalety ubezpieczenia



Wysokie sumy ubezpieczenia w razie śmierci ubezpieczonego – od 1,1 mln do 2,2 mln zł



Możliwość rozszerzenia ubezpieczenia o pakiet Wsparcie w razie nowotworu i Wsparcie dla Twojego serca



Zakres ciężkich chorób obejmuje 36 jednostek chorobowych – świadczenie nawet do 100 tys. zł



Możliwość ubezpieczenia małżonka lub partnera życiowego oraz pełnoletnie dzieci na tych samych warunkach (w wariantach 1-3)



Brak oświadczenia o stanie zdrowia dla lekarzy przed przystąpieniem do ubezpieczenia



Możliwość dokonania cesji na bank, np. w przypadku zaciągnięcia kredytu hipotecznego

Do programu **możesz dołączyć**, nawet jeśli **posiadasz już inną polisę na życie**.

Jak przystąpić do ubezpieczenia?



Wejdź na www.ins-med.pl/zycie i **wypełnij wniosek**.

**Uzupełnij swoją ochronę
o ubezpieczenie
Bezpieczny Lekarz+**



INS Services jest agentem ubezpieczeniowym PZU Życie SA. Aby przystąpić do ubezpieczenia w PZU Życie, skontaktuj się z biurem INS Services w wybrany sposób:

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

Zakładem ubezpieczeń jest PZU Życie 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 PZU Życie SA, znajdziesz w aktualnych ogólnych warunkach grupowego ubezpieczenia P Plus, PZU Na Życie Plus oraz ogólnych warunkach poszczególnych ubezpieczeń dodatkowych, dostępnych na pzu.pl, w naszych oddziałach lub u naszych agentów.