

PULS
Medycyny

LISTA
100
2025

Medycyna
System ochrony zdrowia
Promotor wiedzy



ZDROWIE ZACZYNA SIĘ OD ZROZUMIENIA ZROZUMIEĆ OTYŁOŚĆ

Czy odnosisz czasem wrażenie, że coś przeszkadza Ci w osiągnięciu i utrzymaniu docelowej masy ciała? Może tak być pomimo Twoich wysiłków, ponieważ Twój organizm posiada mechanizmy obronne przed jej zmniejszeniem ^{1,2}.

PAMIĘTAJ! OTYŁOŚĆ JEST CHOROBA³

**Porozmawiaj ze swoim lekarzem
na temat redukcji masy ciała**



Dowiedz się więcej odwiedzając: **zrozumiecotylosc.pl**

¹Hall KD, Kahan S. Maintenance of lost weight and long-term management of obesity. Med Clin North Am. 2018; 102(1): 183-197. doi:10.1016/j.mcna.2017.08.012
²Greenway FL. Physiological adaptations to weight loss and factors favouring weight regain. Int J Obes (Lond). 2015;39(8): 1188-1196. doi:10.1038/ijo.2015.59
³Polskie Towarzystwo Leczenia Otyłości. Zalecenia kliniczne dotyczące postępowania u chorych na otyłość 2024. Stanowisko Polskiego Towarzystwa Leczenia Otyłości. Med Prakt–Wyd Spec, 2024; https://ptlo.org.pl/aktualnosci/258-zalecenia_kliniczne_dotyczace_postepowania_u_chorych_na_otylosc_2024_stanowisko_polskiego_towarzystwa_leczenia_otylosci

LISTA 100 2025

Architekci zmian 25 lat polskiej medycyny w zwierciadle Listy Stu

Szanowni Państwo,
W 2025 roku minęło ćwierć wieku od chwili, gdy „Puls Medycyny” zaczął z bliska opisywać polską ochronę zdrowia – działalność gabinetów lekarskich, oddziałów szpitalnych, laboratoriów i biur decydentów. To dobry moment, by spojrzeć na tę drogę nie tylko jak na historię tytułu, ale jak na opowieść o przekształceniach w medycynie i systemie. Przez ten czas zmieniło się niemal wszystko: technologie, ścieżki diagnostyczne, możliwości terapeutyczne, modele finansowania i oczekiwania społeczne. Jedno pozostało stałe: zdrowie jest wspólną sprawą, a rozwój medycyny i systemu ochrony zdrowia odbywa się na styku wielu zawodów, kompetencji i decyzji.
W jubileuszowym roku wracamy do korzeni jednego z najbardziej rozpoznawalnych przedsięwzięć naszego wydawnictwa – plebiscytu Lista Stu. W pierwszych edycjach tworzyliśmy jedną listę medycyny i systemu ochrony zdrowia. Dziś ponownie wybieramy tę formułę, bo zdrowie też jest jedno, a realny wpływ na jego ochronę przenika się ponad podziałami na specjalizacje, środowiska czy instytucje. Postęp rodzi się z pracy klinicystów i badaczy, ale także z wysiłku tych, którzy budują standardy, prowadzą programy, kształcą kadry, wdrażają rozwiązania organizacyjne i konsekwentnie upominają się o jakość. Dopiero razem tworzą ekosystem, w którym innowacja ma szansę stać się dostępną, a dobre rozwiązania – trwałe.
Lista Stu od lat wytycza liderów, którzy zmieniają rzeczywistość: inicjują nowe kierunki, wprowadzają rozwiązania systemowe, budują mosty między nauką a praktyką, łączą środowiska wokół wspólnego celu. Zdecydowaliśmy, że w jubileuszowej edycji to właśnie oni – osoby, które w poprzednich latach znalazły się w gronie laureatów lub co najmniej trzykrotnie trafiły do pierwszej dziesiątki – będą współtworzyć kształt rankingu. Stąd decyzja o powołaniu Kapituły w formułę, która podkreśla rangę doświadczenia i odpowiedzialności.

”

Zdrowie jest jedno, a realny wpływ na jego ochronę przenika się ponad podziałami na specjalizacje, środowiska czy instytucje.

Jednocześnie w tym roku członkowie Kapituły nie biorą udziału w rankingu. To świadomy wybór, który pozwala uniknąć konfliktu ról, a zarazem oddać należny hołd tym, którzy przez lata współtworzyli prestiż Listy Stu. Ich sylwetki i osiągnięcia są mocnym dowodem, że realna zmiana w ochronie zdrowia nie pojawia się w pojedynkę: powstaje jako efekt praktyki klinicznej, rzetelności naukowej, konsekwencji organizacyjnej i odpowiedzialnych wyborów. To także przypomnienie, że wpływ w medycynie nie wynika wyłącznie z funkcji, ale z pracy, wiarygodności i zdolności do mobilizowania innych – często za cenę własnego czasu i energii. Funkcję przewodniczącego Kapituły – z racji niekwestionowanych osiągnięć w historii plebiscytu – zgodził się objąć prof. dr hab. n. med. dr h. c. multi Henryk Skarżyński. Jego droga zawodowa jest symbolem konsekwencji w budowaniu rozwiązań, które zmieniają życie pacjentów. Jest też kolejnym potwierdzeniem, że lider to ktoś, kto łączy wizję z odpowiedzialnością – i potrafi przekuć je w realne działania.
Oddajemy w Państwa ręce jubileuszową broszurę Listy Stu. Niech będzie przypomnieniem, że najważniejsze zmiany zaczynają się od wyborów podejmowanych z myślą o zdrowiu, które naprawdę jest jedno.
Katarzyna Matusiewicz, p.o. redaktor naczelnej
k.matusiewicz@pulsmedycyny.pl



Dot. Archiwum

Partnerzy główni



Partnerzy



Wydawca: Bonnier Healthcare Polska Sp. z o.o. ul. Kijowska 1, 03-738 Warszawa Prezes: Patricia Deyna Redakcja: ul. Kijowska 1, 03-738 Warszawa, tel. 22 333 99 91, fax 22 333 97 35, redakcja@pulsmedycyny.pl, prenumerata@pulsmedycyny.pl, www.pulsfarmacji.pl Dyrektor zarządzający Bonnier Healthcare Polska: Fredrik Andersson Commercial Director: Paulina Pietruczuk	Director of product and operations: Dorota Dyś, tel. 605 948 188, d.dys@pulsmedycyny.pl Dyrektor artystyczny: Tomasz Młynarski P.o. redaktor naczelnej: Katarzyna Matusiewicz, k.matusiewicz@pulsmedycyny.pl Z-ca redaktor naczelnej: Marcin Książkowski, m.kszazkowski@pulsmedycyny.pl	Zespół redakcyjny: Anna Gumulka, a.gumulka@pulsmedycyny.pl Katarzyna Lisowska, (z-ca redaktora naczelnego ds. wydania online) k.lisowska@pulsmedycyny.pl Monika Majewska, m.majewska@pulsmedycyny.pl Anna Rogala, a.rogala@pulsmedycyny.pl	Dział marketingu i reklamy: Anna Mijakowska (senior key account manager) anna.mijakowska@konsylium24.pl Anna Szóstakiewicz (senior key account manager) anna.szostakiewicz@konsylium24.pl Aleksandra Urzędło (senior key account manager), a.uziedlo@pulsmedycyny.pl Alicja Dubniewska (key account manager) a.dubniewska@pulsmedycyny.pl Prenumerata: tel. 22 333 97 69
---	---	---	---

Redakcja i Wydawca nie ponoszą odpowiedzialności za treść reklam i ogłoszeń ani za udostępnianie ich osobom nieuprawnionym. Materiałów niezamówionych nie zwracamy. Zastrzegamy sobie prawo adiacji i skracania tekstów oraz zmiany ich tytułów. © Bonnier Healthcare Polska 2026 Wszystkie prawa zastrzeżone

Kapituła Listy Stu 2025



Marek Balicki

– 7 razy w pierwszej dziesiątce,
raz na pierwszym miejscu

dr n. o zdr.
Grzegorz Cessak

– 3 razy w pierwszej dziesiątce

Bartłomiej
Chmielowiec

– 5 razy w pierwszej dziesiątce

prof. dr hab. n. med.
Alicja Chybicka

– 7 razy w pierwszej dziesiątce,
raz na pierwszym miejscu

prof. dr hab. n. med.
Robert Flisiak

– 3 razy w pierwszej dziesiątce

prof. dr hab. n. med.
Zbigniew Gaciong

– 4 razy w pierwszej dziesiątce

dr n. ekon.
Małgorzata
Gałązka-Sobotka

– 7 razy w pierwszej dziesiątce

prof. dr hab. n. med.
Tomasz Grodzki

– 3 razy w pierwszej dziesiątce

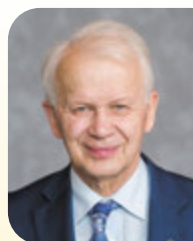


Andrzej Jacyna

– 3 razy w pierwszej dziesiątce,
raz na pierwszym miejscu

prof. dr hab. n. med.
Jacek Jassem

– 11 razy w pierwszej dziesiątce,
raz na pierwszym miejscu

prof. dr hab. n. med.
Wiesław W.
Jędrzejczak

– 6 razy w pierwszej dziesiątce,
raz na pierwszym miejscu

prof. dr hab. n. med.
Piotr Kaliciński

– 3 razy w pierwszej dziesiątce

prof. dr hab. n. med.
Maciej
Krzakowski

– 3 razy w pierwszej dziesiątce



Izabela Leszczyna

– raz w pierwszej dziesiątce, raz
na pierwszym miejscu

prof. dr hab. n. med.
Adam
Maciejewski

– 5 razy w pierwszej dziesiątce

prof. dr hab. n. med.
Bohdan
Maruszewski

– 4 razy w pierwszej dziesiątce

dr hab. n. med.
Agnieszka
Mastalerz-Migas
prof. UMW

– 4 razy w pierwszej dziesiątce

dr n. med.
Wojciech
Matuszewicz

– 4 razy w pierwszej dziesiątce

prof. dr hab. n. med.
Andrzej Matyja

– 3 razy w pierwszej dziesiątce

prof. dr hab. n. med.
Jarosław Pinkas

– 6 razy w pierwszej dziesiątce

Marek
Posobkiewicz

– 3 razy w pierwszej dziesiątce

prof. dr hab. n. med.
Jarosław Reguła

– 3 razy w pierwszej dziesiątce

prof. dr hab. n. med. dr. h.c. multi
Henryk
Skarżyński

– 14 razy w pierwszej dziesiątce,
3 razy na pierwszym miejscu

prof. dr hab. n. med.
Łukasz
Szumowski

– 2 razy w pierwszej dziesiątce,
2 razy na pierwszym miejscu

prof. dr hab. n. med.
Tomasz
Zdrojewski

– 3 razy w pierwszej dziesiątce



Maciej Miłkowski

– 5 razy w pierwszej dziesiątce,
3 razy na pierwszym miejscu

dr n. med.
Maciej Piróg

– 5 razy w pierwszej dziesiątce

Elżbieta
Radziszewska

– 3 razy w pierwszej dziesiątce

prof. dr hab. n. med.
Piotr Rutkowski

– 3 razy w pierwszej dziesiątce



Andrzej Sośnierz

– 3 razy w pierwszej dziesiątce

prof. dr hab. n. med.
Adam Torbicki

– 3 razy w pierwszej dziesiątce

prof. dr hab. n. med.
Grzegorz Opolski

– 6 razy w pierwszej dziesiątce

prof. dr hab. n. med.
Piotr Ponikowski

– 3 razy w pierwszej dziesiątce

dr n. med.
Konstanty
Radziwiłł

– 12 razy w pierwszej dziesiątce,
raz na pierwszym miejscu

prof. dr hab. n. med.
Krzysztof Simon

– 2 razy w pierwszej dziesiątce,
2 razy na pierwszym miejscu

prof. dr hab. n. med.
Cezary Szczylik

– 3 razy w pierwszej dziesiątce

prof. dr hab. n. med.
Mirosław Wielgoś

– 4 razy w pierwszej dziesiątce,
raz na pierwszym miejscu





Kapituła Listy Stu powinna wyznaczać standardy i inspirować

Lista Stu to jeden z najbardziej rozpoznawalnych w środowisku medycznym projektów „Pulsu Medycyny” – ranking osób, które wywierają największy wpływ na polską medycynę i system ochrony zdrowia, wybieranych przez grono uznanych ekspertów.

Z tym konkursem jestem związany od początku, gdy pojawiłem się w pierwszym w historii zestawieniu osób, które miały wpływ na rozwój medycyny i systemu ochrony zdrowia w 2002 r. Dwadzieścia lat później, po 14-krotnym znalezieniu się w pierwszej dziesiątce i 3 razy odbierając wyróżnienie za miejsce pierwsze, zdecydowałem się nie brać już udziału w konkursie jako kandydat. To nie oznaczało, że nie zależało mi na tym plebiscycie, wręcz przeciwnie, zależało mi może nawet bardziej niż wcześniej.

Od 2023 r., jako honorowy mecenas plebiscytu, staram się wspierać redakcję „Pulsu Medycyny” w decyzjach mających utrzymać i stale podnosić rangę wydarzenia. Ma ono znaczny wpływ na ocenę naszego środowiska, zwiększanie jego prestiżu i oddziaływanie nie tylko w sferze zarządzania chorobą, bo to robimy coraz efektywniej, lecz głównie zarządzania naszym zdrowiem poprzez wpływ na siebie i decydentów różnych szczebli.

Jedną ze zmian, mających swoją premierę w tym roku z okazji jubileuszu tytułu, jest zaproszenie do Kapituły osób, które w historii plebiscytu znalazły się na pierwszym miejscu lub co najmniej trzy razy gościły w pierwszej dziesiątce. Decyzją redakcji „Pulsu Medycyny” miałem ogromną przyjemność przewodniczyć temu wybitnemu gronu osób, które wyłoniło laureatów Listy Stu 2025.

Mam nadzieję, że Kapituła, tworzona przez wybitne osoby ze środowiska o realnym, różnorodnym, wielowątkowym dorobku, będzie wyznaczać standardy i inspirować tych, którzy dziś są wskazywani jako liderzy Listy Stu. To piękna tradycja. Przez lata powstało wiele rankingów, ale żaden nie odbiera Liście Stu wyjątkowości – ona pozostaje szczególna w wielu wymiarach.



prof. dr hab. n. med. dr h.c. multi Henryk Skarżyński

W tym roku wprowadziliśmy jeszcze jedną regułę, a mianowicie spotkanie członków Kapituły przed ostatecznym głosowaniem. Miałem zaszczyt gościć w Instytucie Fizjologii i Patologii Stuchu wybitnych lekarzy, menedżerów i decydentów – laureatów poprzednich edycji, którzy zasiadli do dyskusji przy jednym stole, choć reprezentowali nie tylko różne specjalności medyczne, ale też czasami skrajne opcje polityczne. Potwierdziło to znaczenie marki Lista Stu, wartość tradycji i siłę środowiska, które ją tworzy. To wielki, niezaprzeczalny dorobek prawdziwych liderów naszego środowiska, nie przez dwa czy trzy, ale przez ponad 20 lat.

Podczas spotkania dyskutowaliśmy o nowych pomysłach, które być może jeszcze uświetnią przyszłe edycje konkursu. Będziemy starali się pracować regularnie, aby wyszukiwać i pokazywać

wybitne jednostki, które zagospodzą na kolejnych Listach Stu. Mam nadzieję, że grono liderów polskiej medycyny i ochrony zdrowia, którzy zasiadają w Kapitułe, szybko będzie się powiększać, a możliwość wspólnych spotkań i dyskusji przełoży się na inne ciekawe inicjatywy.

Wracając do Listy Stu 2025, chcę pogratulować zwycięzcy, ale też wszystkim laureatom całego zestawienia. Proszę pamiętać, że znalezienie się w gronie stu najwybitniejszych osób w medycynie i systemie ochrony zdrowia to wielkie wyróżnienie, bez względu na to, które zajęło się miejsce.

Głosowanie Kapituły było zgodnie z regulaminem tajne. Nie wiedzieliśmy, jak rozkładały się głosy, ale jeżeli ktoś zdobył taką ich liczbę, że znalazł się na Liście Stu, może być z siebie naprawdę dumny. Aktywnych, często bardzo oddanych pracowników w całym obszarze zdrowia jest kilkaset tysięcy. Jeżeli z tego grona wybrano 100 osób – to wszyscy oni są prawdziwymi laureatami!

Pierwszych dziesięciu należy traktować jako liderów całego grona laureatów roku 2025. Mocno to podkreślam i cieszę się, że mogliśmy wybrać 100 finalistów tego rankingu, gdzie – podobnie jak w pierwszych edycjach listy – znany polityk znajdzie się obok uznanego naukowca lub klinicysty. Ponownie dziękuję za możliwość współpracy z wybitnymi osobistościami, tworzącymi kapitułę tego plebiscytu przez ostatnie czwarte ćwierćwiecze. Wszyscy oni zapisali się trwale na kartach osiągnięć nauki i medycyny oraz organizacji ochrony zdrowia w Polsce.

Jeszcze raz serdecznie gratuluję i dziękuję „Pulsowi Medycyny” za utrzymywanie ciągłości idei i za otwartość na nowe pomysły, na nowe czasy.

prof. dr hab. n. med. dr h.c. multi Henryk Skarżyński

Debaty i konferencje Pulsu Medycyny

oglądaj online:

pulsmedycyny.pl/wydarzenia



**Zeskanuj kod QR
i zobacz online**

1 Michał Grąt

Rozszerzamy możliwości chirurgii wątroby również w skali światowej

Transplantologia wątroby to dziś znacznie więcej niż samo przeszczepienie narządu. To obszar, w którym zaawansowana chirurgia i innowacyjne technologie przesuwają granice możliwości leczenia i realnej poprawy rokowania chorych. O rozwoju nowatorskich metod operacyjnych oraz odpowiedzialności, jaka towarzyszy pracy na granicy życia i śmierci, opowiada prof. Michał Grąt.



FOT. LICK WUM

„Widziałem wiele wątrób i muszę powiedzieć, że każda jest inna, ma swoje szczególne cechy. (...) Wątroba skrywa w sobie tajemnice, bo wszystkie kluczowe struktury znajdują się w jej mięszu, są schowane przed wzrokiem chirurga.

Jest pan specjalistą chirurgii ogólnej i transplantologii klinicznej. Patrząc na pana ścieżkę zawodową, można odnieść wrażenie, że to właśnie transplantologia jest dziedziną szczególnie bliską sercu.

Tak naprawdę to nie sama transplantologia jest mi najbliższa, choć ona odgrywała ważną rolę w mojej ścieżce zawodowej. Już od czasu studiów szczególnie interesowała mnie wątroba. Cała historia chirurgii wątroby, jej przeszczepianie są dla mnie fascynujące. W przypadku tego narządu trudno zupełnie rozdzielać transplantologię od chirurgii. To dziedziny bardzo blisko ze sobą związane: zaawansowana chirurgia wątroby i dróg żółciowych oraz transplantacja, z którymi ja również jestem bardzo blisko związany. Te obszary przenikają się w wielu aspektach: w kwalifikacji chorych, w samym leczeniu operacyjnym, w postępowaniu w okresie pooperacyjnym, w podejściu do pacjentów z chorobami onkologicznymi i nieonkologicznymi.

W nowoczesnej transplantologii wątroby nie można mówić wyłącznie o przeszczepieniu narządu. Najlepsze na świecie ośrodki przeszczepiania wątroby są jednocześnie najbardziej zaawansowanymi ośrodkami chirurgii – właśnie dlatego, że te dziedziny tak silnie się przenikają. Jedną gałąź medycyny popycha drugą i dlatego trzeba być na bieżąco i praktykować obie te dziedziny jednocześnie, by chorzy zyskali najwięcej.

Dlaczego zainteresował się pan właśnie wątroba, a nie innym narządem?

Dlatego że to jest narząd fascynujący pod względem funkcji i anatomii. Chirurgia wątroby rozwinęła się dość późno w stosunku do pozostałych narządów, właśnie dlatego, że bez technik obrazowania chirurg często był zaskakiwany mnogością odmian anatomicznych. Widziałem wiele wątrób i muszę powiedzieć, że każda jest inna, ma swoje szczególne cechy. Są różnice w przebiegu naczyń, w wyglądzie mięszu, nawet w rozmiarze. Jedna osoba o tej samej masie ciała i wzroście może mieć wątrobę ważącą 1 kilogram, a inna nawet 3,5 kg.

Wątroba skrywa w sobie tajemnice, bo wszystkie kluczowe struktury znajdują się w jej mięszu, są schowane przed wzrokiem chirurga. Operując chorego bez zastosowania technik obrazowania, dopiero w trakcie przecinania mięszu można się było przekonać, co znajduje się w środku. Dziś jesteśmy w stanie to odkrywać dzięki nowoczesnym metodom obrazowania i technikom chirurgicznym.

Jakie schorzenia wątroby dominują dziś w populacji polskiej?

Próbując to uogólnić, można wskazać trzy główne grupy chorób. Pierwsza należy do coraz bardziej rozwijającej się dziedziny onkologii transplantacyjnej i obejmuje wszelkiego rodzaju guzy pierwotne oraz guzy przerzutowe. To ogromna grupa chorób, ponieważ wątroba jest narządem świetnie

unaczynionym. Oprócz nowotworów pierwotnych, które powstają w samej wątrobie, jest ona także częstym miejscem przerzutów innych nowotworów. W tym sensie stanowi swoisty cel dla procesu nowotworowego w organizmie.

Rozwój chirurgii wątroby w połączeniu z transplantologią doprowadził do wyodrębnienia takiej dziedziny, jak transplantologia onkologiczna. W całej transplantologii to właśnie wątroba w największym stopniu stała się polem dla tego typu działań. Chodzi o to, w jaki sposób możemy, wykorzystując techniki transplantacyjne – nie tylko samą transplantację, ale również różnego rodzaju rozwiązania około- i potransplantacyjne – poszerzać nasze możliwości w zakresie usuwania nowotworów wątroby.

Rozwój tej dziedziny rzutuje nie tylko na chorych z pierwotnymi nowotworami wątroby, ale również na los pacjentów z nowotworami innych narządów, u których dochodzi do przerzutów do wątroby. Jeżeli rozwijamy chirurgię wątroby tak, że staje się ona bezpieczniejsza i przesuwamy granice możliwości wykonywania operacji radykalnych, zmienia się także nasze myślenie o rokowaniu niektórych chorych, nawet tych z chorobą systemową.

Świetnym przykładem jest niespotykany rozwój przeszczepiania wątroby u chorych z nieresekcyjnymi przerzutami raka jelita grubego do wątroby. Bez transplantacji przewidywany okres przeżycia takiego chorego wynosi ok. roku i do tychczas jedyną opcją było leczenie paliatywne. Dziś okazuje się, że w tej bardzo trudnej populacji zaczynamy walczyć nie tylko o przedłużenie życia, ale w wybranych przypadkach nawet o wieloletnie przeżycie w bardzo dobrej jakości. To jedna z dziedzin, która w ostatnich latach zmieniła się spektakularnie, z ogromną korzyścią dla chorych.

Poza nowotworami wątroby mamy szeroką grupę chorób autoimmunologicznych, czyli takich, w których nasz własny organizm atakuje wątrobę. Przy naszym ośrodku funkcjonuje Europejskie Centrum Leczenia Rzadkich Chorób Wątroby, do którego pacjenci często trafiają w momencie, gdy wyczerpane zostały możliwości leczenia zachowawczego i jedynym ratunkiem staje się transplantacja wątroby. To bardzo duża i trudna grupa pacjentów, ponieważ proces autoimmunologiczny może stanowić zagrożenie również po transplantacji. Podobnie jak w przypadku chorób nowotworowych, konieczne jest bardzo uważne prowadzenie tych chorych, także w kontekście leczenia immunosupresyjnego.

Na trzecią grupę chorób mają wpływ czynniki prowadzące do marskości wątroby. Mogą być one związane ze stylem życia. Najbardziej klasycznym przykładem jest choroba alkoholowa wątroby, bo nadużywanie alkoholu prowadzi do stopniowego niszczenia jej mięszu. Podobnie mówimy dziś o chorobach metabolicznych, gdy dochodzi do stłuszczenia wątroby, najczęściej w przebiegu otyłości. Proces ten może prowadzić do marskości, gdy zmiany stają się nieodwracalne.

Co jeszcze niszczy nam wątrobę?

Toksyn, które mogą uszkodzić wątrobę, jest wiele. Zdarzają się dramatyczne sytuacje ostrej niewydolności wątroby, np. w przebiegu zatrucia lekami. Tragiczne są przypadki intencjonalnego przyjęcia dużych dawek paracetamolu w celach samobójczych, często przez młode osoby, które znalazły się na życiowym zakrępie. W takich sytuacjach mierzymy się nie tylko z leczeniem samej niewydolności wątroby, ale także z ogromnym ludzkim dramatem. Są również choroby naczyniowe, w tym związane z zakrzepicą, które mogą prowadzić do ciężkiego uszkodzenia wątroby.

Przed laty dominującym problemem była marskość wątroby w przebiegu zakażeń wirusami – zapalenia wątroby typu B i typu C. W tej dziedzinie dokonała się jednak ogromna rewolucja. W przypadku wirusa HBV dysponujemy skuteczną szczepionką. Program szczepień pozwala na istotny sposób ograniczać liczbę nowych zakażeń. Liczba chorych z marskością wątroby w przebiegu zakażenia HCV również zdecyd-

”

W nowoczesnej transplantologii wątroby nie można mówić wyłącznie o przeszczepieniu narządu. Najlepsze na świecie ośrodki przeszczepiania wątroby są jednocześnie najbardziej zaawansowanymi ośrodkami chirurgii – właśnie dlatego, że te dziedziny tak silnie się przenikają.

wanie spada, ponieważ dysponujemy dziś bardzo skutecznym leczeniem. Jednak warunkiem terapii jest odpowiednia i wczesna diagnostyka. Zakażenie HCV przez wiele lat może przebiegać bezobjawowo. Jeśli choroba zostanie rozpoznana dopiero na etapie nieodwracalnego uszkodzenia wątroby, to nawet wyleczenie zakażenia nie cofnie powstałych zmian.

Transplantacja pozostaje metodą leczenia o ograniczonej dostępności, przede wszystkim ze względu na liczbę narządów. Dlatego obowiązują określone kryteria kwalifikacyjne, pozwalające kierować do przeszczepienia tych chorych, którym możemy realnie pomóc i którzy mają największą szansę na dobre wyniki leczenia.

Wprowadził pan wiele innowacyjnych metod leczenia. To odwaga czy gotowość do ryzyka?

To trudne pytanie. Wielkie operacje zawsze wiążą się z ryzykiem, a najgorsze dla chirurga jest obserwować śmierć chorego. Ryzyko nie jest czymś dobrym w chirurgii, ale jest jej nieodłączną cechą, szczególnie w tak wymagającej dziedzinie, jak chirurgia wątroby i transplantologia.

To, co mnie ukształtowało, to niezwykle szczęście trafienia do kliniki, którą dziś mam zaszczyt kierować. Wcześniej kierował nią prof. Krawczyk, następnie prof. Zieniewicz. Już w czasie studiów mogłem podjąć pracę naukową. Wyjazdy na kongresy zagraniczne pozwoliły mi obserwować, jak szybko rozwija się chirurgia wątroby zarówno na Zachodzie, jak i na Wschodzie, szczególnie w krajach azjatyckich, gdzie jest ona niezwykle silna.

Obserwowanie tego procesu ukształtowało moje spojrzenie na to, co jest możliwe do wprowadzenia w Polsce i do czego musimy się przygotować. Jednak nigdy nie przyswieceła mi chęć ryzyka dla samego ryzyka ani potrzeba uznania. Zawsze chodziło o to, by w Polsce były dostępne wszystkie nowoczesne metody leczenia. Nawet więcej, byśmy mogli wprowadzać rozwiązania, które nie są jeszcze szeroko dostępne na świecie. Mamy ogromne doświadczenie i niezwykle silny zespół. Byłoby zaniedbaniem z mojej strony nie wykorzystać tego potencjału i nie próbować tej dziedziny współtworzyć i popychać do przodu.

I to się udaje. Wprowadził pan szereg nowatorskich metod leczenia.

Tak. Wprowadziliśmy przeszczepianie fragmentów wątroby, prawego płata pobieranego od żywego dawcy dla dorosłych biorców. Tego w Polsce wcześniej brakowało. Rozwinęliśmy także przeszczepianie fragmentów wątroby od zmarłego dawcy, gdy jedną wątrobę dzieli się równolegle dla dwóch biorców. Wprowadziliśmy techniki perfuzji pozaustrojowej, pozwalające nie tylko przechowywać narządy, ale skracać czas niedokrwienia i oceniać ich funkcję przed przeszczepieniem. To w sposób przełomowy poprawia bezpieczeństwo chorych.

Rozwinęliśmy również chirurgię małoinwazyjną wątroby, wszędzie tam, gdzie jest to możliwe. Jedną z absolutnych nowości było wykonanie w Polsce resekcji ex situ z autotransplantacją. U chorej, która ze względu na zaawansowanie nowotworu nie kwalifikowała się do klasycznej transplantacji od dawcy żywego ani zmarłego, jedyną szansą była operacja radykalna. Usunęliśmy wątrobę, przeprowadziliśmy jej operację poza organizmem – usunięcie guza i rekonstrukcję strukturalniemożliwych do odtworzenia w jamie brzusznej – a następnie w powrotem wszczepiliśmy jej własną wątrobę. To jedna z najtrudniejszych

operacji na świecie, wykonywana w pojedynczych ośrodkach. Dołączyliśmy do tego grona.

Rozwinęliśmy także przeszczepienia wspomagające, w których przeszczepia się fragment wątroby jedynie czasowo, by dać własnemu narządowi chorego szansę na regenerację. W pewnym momencie pacjent kończy leczenie z własną, działającą wątrobą, bez konieczności stałej immunosupresji i bez odległych powikłań transplantacyjnych.

Jako pierwsi na świecie wykonaliśmy autotransplantację wspomagającą u chorych po masowych urazach wątroby, w dwóch przypadkach ciężkich wypadków komunikacyjnych. Bez tej metody chore musiałyby otrzymać przeszczep całej wątroby. Dziś obie żyją z własnym narządem i nie są narażone na odległe powikłania leczenia immunosupresyjnego.

Rozszerzamy więc możliwości chirurgii wątroby również w skali światowej.

Bywa pan bardzo blisko śmierci swoich pacjentów. Gdy pacjenta nie udaje się uratować, jakie emocje temu towarzyszą?

Śmierć chorego to zawsze niezwykle trudny temat. Najczęściej jest to ogromny cios dla całego zespołu. Staramy się jednak, szczególnie przy wprowadzaniu nowych metod, by jedno niepowodzenie nie przekreśliło szans kolejnych chorych. Wykonaliśmy pierwszą autotransplantację około rok temu. Operacja ostatecznie nie się powiodła i chora zmarła. Byliśmy przygotowani i zrobiliśmy wszystko najlepiej, jak potrafiliśmy, ale nie wszystko da się kontrolować. To był ogromny cios.

Moglibyśmy wtedy zrezygnować, ale to oznaczałoby zamknięcie drogi kolejnym pacjentom. Każde niepowodzenie traktujemy jako porażkę całego zespołu, nie dlatego, że zawsze mogliśmy zrobić coś więcej, ale dlatego, że taka jest odpowiedzialność. Statystycznie ryzyko niepowodzenia przy transplantacjach wątroby sięga ok. 10 proc. Przy liczbie operacji, które wykonujemy, nie są to pojedyncze przypadki. Nie chciałbym, byśmy kiedykolwiek przyzwyczaili się do niepowodzeń tylko dlatego, że wynikają ze statystyki. Każde trzeba przeżyć i przeanalizować, by następnym razem być lepszym.

Wspominał pan, że miał szczęście uczyć się od wybitnych specjalistów. Jak dziś postrzega pan rolę mentoringu w chirurgii wątroby?

Możliwość obserwowania, uczenia się i przemawiania dobrych wzorców od wybitnych specjalistów – zarówno w Polsce, jak i na świecie – stanowi ogromną wartość. Ta różnorodność doświadczeń buduje siłę szkolenia w naszym ośrodku. Miałem szczęście z tego skorzystać.

Mentoring w tej dziedzinie jest absolutnie kluczowy. W chirurgii wątroby trzeba dojrzeć nie tylko technicznie, ale i psychicznie. Planowanie operacji jest jednym z najważniejszych elementów sukcesu. Równie istotna jest dojrzałość w radzeniu sobie z porażkami. W tak wymagającej dziedzinie odpowiedzialne prowadzenie młodszych chirurgów jest fundamentem dalszego rozwoju. Ośrodki akademickie powinny być miejscem kształcenia przyszłych liderów, którzy potem rozwijają chirurgię w całym kraju.

Jest pan pracoholikiem?

Czasami trudno postawić wyraźną granicę między życiem prywatnym a zawodowym.

Jak ta praca ukształtowała pana myślenie o życiu i śmierci?

Myślę, że kiedy tak często uczestniczy się zarówno w pięknych momentach uratowanego życia, jak i w tych najtrudniejszych, gdy mimo wszystkich starań nie udaje się chorego ocalić, człowiek zaczyna inaczej patrzeć na świat. Uświadamia sobie, jak kruche i jednocześnie niezwykle jest życie. To doświadczenie uczy ogromnej pokory, nie tylko wobec własnych umiejętności, ale także wobec granic medycyny i naszej realnej możliwości kształtowania rzeczywistości.

Rozmawiała Katarzyna Lisowska

2

Mirostaw Ząbek

Nadchodzi era medycyny bez skalpela

„Neurochirurgia musi być pasją. To zawód, który nosi się w sobie przez całą dobę” – twierdzi dr hab. Mirostaw Ząbek, którego zespół jako pierwszy na świecie podjął się terapii genowej w otępieniu czołowo-skroniowym. Dziś to do jego warszawskiego ośrodka przyjeżdżają pacjenci z różnych krajów, także z USA, oraz profesorowie z czołowych klinik Europy.

W ciągu ostatniego roku wprowadził pan szereg pionierskich rozwiązań w neurochirurgii, często unikatowych w skali świata. Czy towarzyszyła panu wtedy myśl: „To naprawdę zmieni sposób leczenia chorób mózgu”?
Za najważniejsze osiągnięcie uważam przeprowadzenie – jako pierwszy zespół na świecie – terapii genowej w otępieniu czołowo-skroniowym, czyli chorobie, na którą cierpi znany aktor Bruce Willis. To wydarzenie przełomowe, ponieważ otwiera drogę do leczenia innych chorób neurodegeneracyjnych. Ta grupa schorzeń w skali świata dotyka setek milionów ludzi. Właśnie dlatego sukces terapii genowej w tej konkretnej jednostce otwiera drzwi do skutecznego leczenia kolejnych grup pacjentów.

W tym roku planujemy podjąć próbę leczenia choroby Alzheimera oraz łagodnych zaburzeń poznawczych za pomocą terapii genowej i czynników troficznych. Projekt ten realizujemy we współpracy z prof. Markiem Tuszyńskim z San Diego i prof. Krzysztofem Bankiewiczem, czyli światowymi autorytetami w przenoszeniu modeli eksperymentalnych do praktyki klinicznej. Wierzę, że terapia genowa wkrótce zmieni oblicze medycyny – nie tylko neurochirurgii, ale też wielu innych dziedzin, choćby hematologii.

Jakie najważniejsze wnioski płyną z tej pionierskiej operacji?
Najważniejszym wnioskiem jest potwierdzenie, że precyzyjna podaż czynników rewitalizujących do konkretnych, uszkodzonych struktur mózgowych jest wykonalna. Wcześniej była to w dużej mierze koncepcja teoretyczna. Biorąc pod uwagę skalę zachorowań na choroby Alzheimera czy Parkinsona, otwiera to ogromne perspektywy.

Kluczową rolę odgrywa tu jednak diagnostyka genetyczna, ponieważ sam fakt wystąpienia choroby nie jest wystarczający do podjęcia leczenia. Pacjent musi spełnić określone kryteria genetyczne, które dają nadzieję na pozytywną odpowiedź organizmu. Lubię porównywać to do reżyserii filmu: każdy detal musi do siebie pasować, by efekt końcowy był zadowalający. W przypadku demencji czołowo-skroniowej podawaliśmy inne czynniki i w inne miejsca niż w planowanej terapii alzheimer. Teraz zamierzamy wykorzystać czynniki troficzne, które mają za zadanie odnowić i zregenerować uszkodzone struktury.

Dlaczego operowanie w czasie rzeczywistym w polu magnetycznym jest tak rewolucyjne?
Operacje w czasie rzeczywistym wprowadziliśmy jako pierwsi w Europie już kilkanaście lat temu. Standardowa neuronawigacja opiera się na obrazach statycznych, my natomiast przeniesliśmy zabieg bezpośrednio do wnętrza rezonansu magnetycznego. Dzięki temu widzimy na monitorze każdy milimetr przesunięcia kaniuli i precyzyjny moment uwalniania leku. W terapii genowej, w której operujemy mikrolitrami substancji, nie ma miejsca na błąd.

Wymagało to stworzenia bloku operacyjnego wolnego od metalu, ponieważ w silnym polu magnetycznym nawet najmniejszy stalowy element mógłby zostać wyrwany z siłą zagrażającą życiu pacjenta. To doświadczenie dało owoce. Jako pierwsi na świecie leczyliśmy tą metodą zanik wielokładowy i niektóre postacie demencji. Teraz, dzięki grantowi z UE w wysokości 150 mln zł, ruszamy z wielkim programem leczenia choroby Parkinsona i Alzheimera.



Dr hab. n. med.
Mirostaw Ząbek

prof. CMKP jest specjalistą w dziedzinie neurochirurgii, kierownikiem Kliniki Neurochirurgii Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego (CMKP), ordynatorem Oddziału Neurochirurgii, kierownikiem Zakładu Inżynierii Genetycznej w Mazowieckim Szpitalu Bródnowskim, dyrektorem Interwencyjnego Centrum Neuroterapii oraz Centrum Gamma Knife w Warszawie; przewodniczy także Międzynarodowej Radzie Uczelni Uniwersytetu Warszawskiego.

Otrzymanie tak wysokiego dofinansowania to ogromny sukces. Co sprawiło, że ten konkretny projekt zyskał rangę strategicznego dla całej Europy?

To już trzecie dofinansowanie unijne naszych projektów. Dzięki poprzednim dwóm stworzyliśmy w szpitalu Interwencyjne Centrum Neuroterapii, w całości dedykowane terapii genowej. Ten grant został oceniony tak wysoko, ponieważ mierzy się z ambitnymi, przyszłościowymi celami: zastosowaniem wektorów wirusowych w leczeniu takich chorób cywilizacyjnych, jak parkinson czy alzheimer. Po raz pierwszy w historii projekt zyskał status strategicznego dla Europy w ramach programu STEP-1.

Celem jest nie tylko rozwój terapii genowej w chorobie Parkinsona i Alzheimera, ale także budowanie europejskiej niezależności w tym zakresie od Stanów Zjednoczonych i Chin. Warunkiem realizacji projektu jest dzielenie się wynikami i stworzenie modelu, który będzie mógł zostać wdrożony w innych krajach europejskich. To ogromne wyróżnienie dla Polski – pokazuje, że możemy być liderem w obszarze nowoczesnych terapii.

Otrzymać pan prestiżowy status Person of Excellence w dziedzinie terapii genowej choroby Parkinsona. Co to oznacza w świecie medycyny?
Nasze doświadczenie przekłada się na konkretne wyróżnienia – prowadzimy już centra doskonałości (*center of excellence*) w zakresie leczenia drżenia za pomocą ultradźwięków, zarówno w Szpitalu Bródnowskim, jak i w Szpitalu Medicover.

Obecnie, realizując wielośrodkowe europejskie badanie nad leczeniem choroby Parkinsona, otrzymaliśmy status Person of Excellence. W praktyce oznacza to, że przy każdym zabiegu – czy to w Berlinie, Glasgow czy Londynie – musi być obecny ekspert nadzorujący poprawność procedury. Tym wyróżnieniem uhonorowano mnie oraz moich dwóch asystentów: dr. Mikołaja Raźniaka i dr. Pawła Gutowskiego. To my odpowiadamy za to, by te pionierskie operacje w innych krajach przebiegały zgodnie z najwyższymi standardami. Dowodem naszej roli jest choćby fakt, że moi współpracownicy byli właśnie proszeni o nadzór nad zabiegami w berlińskiej klinice Charité, która jest największym szpitalem w Europie.

To pokazuje, że Polska stała się kluczowym punktem na mapie światowej neurochirurgii. Dziś dostęp do wiedzy i najnowszych technik jest łatwiejszy, a nasi specjaliści szkolą się w najlepszych ośrodkach. Jednak to, co dzieje się w naszym Centrum Terapii Genowej, to coś więcej – gościliśmy już u siebie kilkadziesiąt osób, w tym największych specjalistów z neurochirurgii z Europy i Stanów Zjednoczonych. To niezwykle satysfakcja widzieć sławnych profesorów, którzy przyjeżdżają do Warszawy, by podpatrzeć nasze rozwiązania, a potem deklaruja, że też chcą stworzyć u siebie taki ośrodek.

Najlepszym potwierdzeniem tej zmiany jest sytuacja w tzw. turystyce medycznej. Przez lata przyzwyczailiśmy się, że to w Polsce zbiera się pieniądze na unikatowe operacje za granicą. Teraz pacjenci przyjeżdżają do nas, bo to my oferujemy im szansę na zdrowie.

Technologia otwierania bariery krew-mózg brzmi jak medyczna rewolucja.
Dysponujemy już metodą skoncentrowanej wiązki ultradźwięków (FUS), która daje technologiczną możliwość czasowego otwarcia bariery krew-mózg. Jej punktowe otwarcie pozwoliłoby na uzupełnienie skutecznąść leczenia. W przyszłości mogłoby to wyeliminować skomplikowane infuzje domózgowe na rzecz podania dożylnego, a nawet umożliwić diagnostykę nowotworów bez otwierania czaszki, jedynie na podstawie markerów we krwi.

W jakim punkcie znajdzie się neurochirurgia za kilkanaście lat? Czy mierzymy w stronę medycyny wolnej od skalpela?
Kierunek jest jasny: neurochirurgia staje się coraz mniej inwazyjna. Dawniej niektóre operacje naczyniowe wymagały głębokiej hipotermii i zatrzymania krążenia; dziś wystarczą stenty i spirale wprowadzane od wewnątrz. Wkrótce standardem stanie się pełna personalizacja: na podstawie profilu genetycznego guza dobierzemy lek precyzyjnie dopasowany do pacjenta. Myślę, że jesteśmy bardzo blisko tej rzeczywistości.

Co w neurochirurgii daje panu największe poczucie sensu wyboru tej drogi?
Mózg to najbardziej doskonały narząd, jaki znamy. Fascynuje mnie pytanie, które postawiłem już na początku swojej drogi: czy nasz umysł jest na tyle sprawny, by zrozumieć mechanizmy własnej działalności? W mózgu nie ma małych powikłań – każda decyzja terapeutyczna ma ogromne znaczenie. To wymaga precyzji, odpowiedzialności i pokory. Jednocześnie technologia daje nam niezwykle wsparcie. Dzięki fluorescencji czy po podaniu kwasu 5-aminolewulinowego możemy w mikroskopie operacyjnym odróżnić tkankę chorą od zdrowej. To połączenie biologii i nowoczesnej technologii jest fascynujące.

Jaką radę chciałby pan przekazać młodym lekarzom?
Neurochirurgia musi być pasją. Tej pracy nie da się zostawić za drzwiami gabinetu – nowe pomysły czy analizy przypadków towarzyszą nam właściwie wszędzie. Jeśli praca daje radość, to odpowiedzialność przestaje być ciężarem, a staje się sensem.

Rozmawiała Anna Rogala

Do lektury całego wywiadu zapraszamy na [pulsmedycyny.pl](#)

3

Beata Małecką-Libera

Zdrowie publiczne wymaga myślenia wykraczającego poza horyzont kadencji

Zmiany personalne, rosnące wyzwania demograficzne oraz trudności w finansowaniu pokazują, że polska ochrona zdrowia potrzebuje spójnej, wieloletniej strategii. Senator Beata Małecką-Libera mówi o konieczności przebudowy modelu opieki, wzmocnieniu profilaktyki i realnym zakorzenieniu zdrowia publicznego w polityce państwa. „Bez świadomego społeczeństwa nie poprawimy wyników zdrowotnych, nawet przy najlepszych terapiach” – podkreśla.

Rok 2025 był dla ochrony zdrowia czasem intensywnych zmian i dyskusji. Jak ocenia pani ten okres? Co można uznać za sukces, a co wciąż pozostaje wyzwaniem?

To był rok dynamiczny, ale i trudny. Zmiany kadrowe w resorcie zdrowia naturalnie wpływają na ustalanie priorytetów, jednak system potrzebuje przede wszystkim ciągłości, a nie bezustannego redefiniowania punktu wyjścia. Obserwując ten obszar od wielu lat, utwierdzam się w przekonaniu, że naszym kluczowym problemem jest sama konstrukcja modelu. Nie wystarczą już punktowe korekty czy kolejne nowelizacje, konieczne jest przedefiniowanie założeń systemu od podstaw. Obecnie jest on nadmiernie rozdrobniony – wiele podmiotów funkcjonuje obok siebie bez rzeczywistej koordynacji. Każdy realizuje własne zadania, brakuje wspólnej osi, którą powinna być przejrzysta ścieżka pacjenta.

Chory nie może błądzić pomiędzy poziomami opieki, szukać informacji czy walczyć o dostęp do świadczeń. To system powinien być tak zaprojektowany, aby prowadzić pacjenta w sposób logiczny, uporządkowany i bezpieczny. Dziś zbyt często odpowiedzialność za koordynację przerzucana jest na samego chorego. Dzięki wejściu w życie ustawy o restrukturalizacji (nowelizacja ustawy o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych – przyp. red.) zyskujemy narzędzia, które pozwolą wreszcie uporządkować regionalną politykę zdrowotną. Dziś mierzymy się z paradoksem, że w jednych obszarach mamy nadmiar świadczeń, podczas gdy w innych pacjenci zmagają się z ich drastycznym niedoborem. Rozdrobnienie szpitali powiatowych, często działających w trudnej sytuacji finansowej, nie sprzyja stabilności systemu. Teraz ogromna odpowiedzialność spoczywa na samorządach. To one muszą podjąć odważne decyzje organizacyjne, mając na uwadze nie tylko lokalne emocje, ale przede wszystkim interes zdrowotny mieszkańców.

Jednocześnie uważam, że fundamentem wszelkich zmian powinna być strategia oparta na danych demograficznych i epidemiologicznych. Społeczeństwo się starzeje, rośnie liczba osób z wielochorobowością, wzrasta zapotrzebowanie na opiekę długoterminową. Bez długofalowego planu będziemy reagować wyłącznie na kryzysy, zamiast im zapobiegać.

W 2025 r. Senat potożył silny nacisk na profilaktykę i zdrowie publiczne. Czy możemy mówić o przełomie, czy raczej o początku drogi?
To zdecydowanie początek drogi. Ustanowienie roku 2025 Rokiem Edukacji Zdrowotnej i Profilaktyki było jasnym komunikatem: zdrowie publiczne nie jest dodatkiem do systemu, lecz jego fundamentem. Od lat podkreślam, że nie poprawimy kondycji zdrowotnej społeczeństwa wyłącznie poprzez rozwój medycyny naprawczej. Nowe terapie, nowoczesne leki i procedury są oczywiście niezwykle ważne. W wielu obszarach osiągamy imponujące wyniki – obniżamy śmiertelność, wydłużamy życie pacjentów. Ale jedno-



Fot. Lukasz Kamiński

ześnie rośnie liczba zachorowań na choroby przewlekłe, ściśle powiązane z naszym stylem życia. Choroby sercowo-naczyniowe, cukrzyca, otyłość, niektóre nowotwory – to schorzenia, którym w dużej mierze można zapobiegać. I właśnie tutaj mamy największe pole do działania. Profilaktyka oznacza świadomy styl życia, regularne badania, aktywność fizyczną, odpowiednią dietę, unikanie używek. To są działania, które nie przynoszą efektu w ciągu miesiąca czy roku, ale budują zdrowie w perspektywie dekad. Rok 2025 pokazał, że temat profilaktyki zaczyna być traktowany poważnie. Zainicjowaliśmy liczne konferencje regionalne, debaty eksperckie, spotkania z organizacjami pacjenckimi. Głosy płynące z całego kraju potwierdzają, że środowiska medyczne i samorządy coraz chętniej podejmują własne działania. To niezwykle inspirujący sygnał. Jednocześnie jestem realistką – wiem, że zmiana świadomości społecznej to proces długotrwały. Nie wystarczy jeden rok czy jedna kampania. Potrzebna jest konsekwencja i systematyczność.

Profilaktyka bywa politycznie mało atrakcyjna. To inwestycja długofalowa, której owoce zbiera się zazwyczaj dopiero po wielu latach, co nie ułatwia walki o budżet tu i teraz.
To jest największe wyzwanie zdrowia publicznego. Łatwiej jest wskazać konkretnego pacjenta, który dzięki nowemu lekowi wyzdrowiał, niż osobę, która nie zachorowała, bo wcześniej zmieniła styl życia. Efekty profilaktyki są „niewidzialne”, a jednocześnie mają ogromne znaczenie dla całej populacji. Przede wszystkim zdrowie publiczne wymaga myślenia wykraczającego poza horyzont kadencji. Wiąże się z odwagą polityczną i świadomością, że inwestycja w edukację zdrowotną przyniesie efekty za 10, 20 czy 30 lat. To zadanie dla państwa jako całości – wymagające zgody ponad podziałami i dbania o ciągłość raz obranej strategii.

Potrzebujemy silnego lidera, który skoordynuje działania różnych resortów. Kluczowe jest też transparentne i stabilne finansowanie. Dziś środki na profilaktykę są rozproszone w różnych budżetach, co uniemożliwia rzetelną ocenę ich efektywności. Musimy odejść od doraźnych akcji na rzecz długofalowej, monitorowanej strategii.

Dr n. med.
Beata Małecką-Libera

jest specjalistką w dziedzinie laryngologii i zdrowia publicznego, senator RP, przewodniczącą Komisji Zdrowia Senatu RP oraz Parlamentarnego Zespołu ds. Adherencji, koordynatorką obchodów Roku Edukacji Zdrowotnej i Profilaktyki Senatu RP.

W ramach Roku Edukacji Zdrowotnej i Profilaktyki powołano w Senacie Parlamentarny Zespół ds. Adherencji. Czy wypracowali Państwo konkretne wnioski, które realnie poprawią przestrzeganie zaleceń terapeutycznych przez pacjentów?
Prace zespołu podzieliłiśmy na trzy kluczowe obszary, z których każdy przekłada się na konkretne propozycje zmian. Pierwszy dotyczył edukacji kadr medycznych. Wspólnie z Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego przygotowaliśmy materiały, które mają zmienić program kształcenia studentów oraz wprowadzić szkolenia podyplomowe dla lekarzy i pielęgniarek. Chcemy, aby stawali się oni mentorami pacjenta, potrafiącymi skutecznie poinstruować go w procesie terapii. Sukces zdrowotny w chorobach przewlekłych zależy od zrozumienia przez pacjenta zasad przyjmowania leków, przestrzegania diety i monitorowania wyników. Prawidłowa komunikacja jest tu fundamentem. Drugi obszar to cyfryzacja wspierająca pacjenta. Planujemy takie rozszerzenie funkcjonalności Inter-netowego Konta Pacjenta i aplikacji mobilnych, aby aktywnie wspierały one obie strony – przypominały o lekach i pomagały lekarzom monitorować postępy. Pierwsze zmiany mają wejść w życie do końca marca, kolejne do czerwca. Trzeci kierunek to rozszerzenie kompetencji farmaceutów. Chcemy szerzej wykorzystać potencjał tej grupy zawodowej w doradztwie zdrowotnym i profilaktyce. Kluczowym wyzwaniem jest tu przyznanie im szerszego dostępu do dokumentacji medycznej przy jednoczesnej ochronie danych wrażliwych pacjenta. Stawka jest ogromna. Analizy pokazują, że aż 50 proc. pacjentów z chorobami przewlekłymi nie realizuje zaleceń. To nie tylko brak efektów leczenia, ale też koszt dla budżetu państwa.

Skąd czerpie pani energię do tak intensywnego aktywności i co uważa pani za swój klucz do sukcesu?
Moja recepta jest prosta: w sercu wciąż jestem lekarzem. To właśnie lekarska misja i autentyczne zainteresowanie drugim człowiekiem dają mi siłę do działania. Głęboko wierzę w to, co robię – zdrowie publiczne to dla mnie misja zapobiegania chorobom i nieszczęściom, których można uniknąć. Moim największym wyzwaniem jest zmiana mentalności: przekonanie Polaków, że „lepiej wiedzieć” i badać się regularnie. Styl życia to kapitał, który procentuje na starość – widziałam to wielokrotnie, chociażby organizując marsze seniorów. Te spotkania i radość ludzi z aktywnego życia dają mi największą energię. Wierzę, że sukces przychodzi naturalnie wtedy, gdy robimy to, co naprawdę kochamy. Gdy praca jest pasją, przestaje być obowiązkiem i staje się źródłem satysfakcji. Praca dla ludzi to moja pasja, ale sukcesy zawsze wypracowujemy wspólnie. Niezwykle cenię sobie współpracę z ekspertami – ich wiedza i doświadczenie są dla mnie bezcennym wsparciem.

Rozmawiała Anna Rogala

Do lektury całego wywiadu zapraszamy na [pulsmedycyny.pl](#)

4 Maciej Banach

Pora na Europejski Program dla Prewencji

Choroby sercowo-naczyniowe pozostają główną przyczyną zgonów w Europie, a kraje jej regionu środkowo-wschodniego wciąż mierzą się ze znacząco wysokim ryzykiem występowania tych schorzeń i ograniczonymi zasobami systemowymi.

O lukach w dotychczasowych strategiach, potrzebie przesunięcia ciężaru z leczenia na prewencję, roli Polski we wprowadzaniu takich zmian w kardiologii mówi prof. Maciej Banach.

W czerwcu 2025 r. zainaugurowany został pod pana przewodnictwem Europejski Program dla Prewencji. Czym różni się on od wcześniejszych inicjatyw europejskich i w jakim stopniu dopełnia dotychczasowe strategie profilaktyki chorób sercowo-naczyniowych w Europie Środkowo-Wschodniej?

Przed wszystkim stanowi on przejaw nieustannej walki o skuteczną diagnostykę, wczesne rozpoznawanie tych chorób oraz realny dostęp do ich leczenia w krajach Europy Środkowo-Wschodniej, w tym w Polsce. Kraje tego regionu z powodów historycznych, społecznych i systemowych wciąż cechuje wysokie i bardzo wysokie ryzyko sercowo-naczyniowe. W praktyce oznacza to, że owo zagrożenie towarzyszy nam od urodzenia i jest istotnie wyższe niż w Europie Zachodniej czy Północnej.

Europejski Program dla Prewencji (EPP) powstał w efekcie konkretnej obserwacji. Otóż w europejskiej debacie na ten temat właściwie nie istniejemy jako region, mimo że dysponujemy licznymi, zwalidowanymi i skutecznymi programami prewencyjnymi. Gdy mówi się o dobrych praktykach, niemal zawsze przywoływane są przykłady z Francji, Belgii, Hiszpanii czy Holandii. Tymczasem Polska i inne kraje Europy Środkowo-Wschodniej mają na tym polu realne osiągnięcia. Polskie programy, takie jak: KOS-zawał, KOS-udar, KOS-BAR, bilans sześciolatka, edukacja zdrowotna, Moje Zdrowie, koordynowana opieka w POZ nie są wystarczająco upowszechniane ani wykorzystywane jako transferowalne modele.

Celem EPP jest więc zebranie tych rozwiązań na jednej, spójnej platformie, co umożliwi wymianę doświadczeń oraz implementację sprawdzonych modeli w krajach o podobnej strukturze populacyjnej. To znacznie ułatwi przenoszenie skutecznych programów, np. z Polski do Czech czy na Słowację, bez konieczności budowania wszystkiego od zera. Te doświadczenia mogą być, i jestem pewien, że będą, również inspirujące dla krajów Europy Zachodniej.

Dodatkowym elementem jest silne osadzenie programu w europejskich i globalnych inicjatywach, takich jak EU Safe Hearts Plan, projektach WHO czy World Heart Federation (WHF). Wartością dodaną jest także stworzenie eksperckiego zaplecza, które będzie faktycznym partnerem dla decydentów unijnych. Chodzi również o to, aby w przyszłych budżetach unijnych uwzględnić realne wyrównywanie nierówności zdrowotnych, bo bez dedykowanych środków finansowych prewencja pozostanie jedynie postulatem.

Niezależną częścią programu są liczne inicjatywy związane z propagowaniem prewencji w regionie, a także łączenie i budowanie nowych dużych baz danych, by lepiej monitorować czynniki ryzyka i choroby, w tym choroby rzadkie, które wciąż stanowią olbrzymie wyzwanie dla krajów tej części Europy.

Jako przewodniczący Koalicji „Liga Walki z Cholesterolem” wskazał pan bardzo ambitny cel: redukcję liczby zdarzeń sercowo-naczyniowych w Polsce o 50 proc. Jakie działania przybliżą jego osiągnięcie?

Ta liczba nie jest ani przypadkowa, ani życzeniowa. Wynika ona bezpośrednio z danych naukowych, które pokazują, że utrzymywanie prawidłowego stężenia cholesterolu LDL przez całe życie może zmniejszyć



Fot. Archiwum

Prof. dr hab. n. med.

Maciej Banach

jest specjalistą w dziedzinie kardiologii, hipertensjologii i lipidologii, przewodniczącym Polskiego Towarzystwa Lipidologicznego, prorektor ds. Collegium Medicum, Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego Jana Pawła II.

ryzyko incydentów sercowo-naczyniowych nawet o 55 proc. w perspektywie kilkudziesięciu lat. Najnowsze analizy Global Burden of Disease (GBD), opublikowane pod koniec 2025 r., wskazują, że wysokie stężenie cholesterolu LDL odpowiada globalnie za blisko 4 mln zgonów rocznie. W Polsce mówimy o ok. 160 tys. zgonów sercowo-naczyniowych rocznie. Gdybyśmy skutecznie kontrolowali cholesterol LDL, moglibyśmy zmniejszyć tę liczbę nawet o 30 tys. To ogromny potencjał zdrowotny i systemowy.

Kluczowe jest jednak postępowanie kompleksowe. Nie możemy działać wyłącznie „LDL-centrycznie”. Wysokie wartości cholesterolu są najczęściej występującym i jednym z najważniejszych, ale nie jedynym czynnikiem ryzyka. Dlatego Koalicja łączy środowiska pacjentów, lekarzy, samorządowców, decydentów, przemysłu i mediów, a zakres jej działań obejmuje również tytoń, nadciśnienie, cukrzycę i styl życia. Z tego względu chcemy być jej częścią i realnie współpracować z partnerami na rzecz eliminowania innych czynników ryzyka sercowo-naczyniowego.

Jednym z największych problemów wciąż pozostaje niska świadomość społeczna zagrożeń zdrowotnych. Zaledwie ok. 10-13 proc. Polaków wie, jakie mało stężenie cholesterolu w ciągu ostatnich 12-24 miesięcy. Tymczasem miazdżyca rozwija się latami i nie daje objawów, dlatego cholesterol bywa nazywany „najcichszym zabójcą”. Bez powszechnego monitorowania jego stężenia i skutecznej edukacji nie osiągniemy przełomu.

Brat pan udział w opracowaniu najnowszych wytycznych dotyczących leczenia zaburzeń lipidowych w prewencji udaru mózgu. Co stanowi największą zmianę w stosunku do dotychczasowych zaleceń i dlaczego była ona potrzebna?

Do tej pory mieliśmy do czynienia z pewną fragmentaryzacją podejścia terapeutycznego. Kardiologia bardzo dobrze sobie radziła z prewencją zawałów, udary mózgu pozostawały domeną neurologii, a choroby naczyń obwodowych – chirurgii naczyniowej. Tymczasem miazdżyca jest procesem ogólnoustrojowym (ja często porównuję ją do rozsianego nowotworu), stąd wymaga spójnych celów terapeutycznych.

Pana metaanaliza dotycząca natychmiastowej terapii skojarzonej zaburzeń lipidowych była szeroko komentowana w mediach międzynarodowych. Jakże ma ona znaczenie dla bezpieczeństwa pacjentów?

To rzeczywiście jeden z projektów, który zmienia sposób myślenia o leczeniu. Tradycyjny model postępowania „krok po kroku” zakładał stopniową intensyfikację terapii, co w praktyce oznaczało miesięczne opóźnienia w osiągnięciu docelowych wartości LDL. U pacjentów bardzo wysokiego ryzyka to czas, którego po prostu nie mamy.

Metaanaliza 14 badań randomizowanych, obejmujących prawie 110 tys. pacjentów bardzo wysokiego ryzyka sercowo-naczyniowego, jednoznacznie pokazała, że natychmiastowa terapia skojarzona statyna + ezetemib nie tylko szybciej i skuteczniej obniża LDL, o 85 proc. zwiększa szansę na osiągnięcie celu leczenia dla cholesterolu tej frakcji, ale też realnie zmniejsza liczbę udarów, incydentów sercowo-naczyniowych i wydłuża życie.

Co więcej, leczenie skojarzone poprawia adherencję, ponieważ przyjmowanie jednej tabletki oznacza mniejsze ryzyko przerwania terapii. To bezpieczne, skuteczne i racjonalne postępowanie, które powinno stać się standardem u pacjentów najwyższego ryzyka, szczególnie że nareszcie nasze podejście zostało zaakceptowane w europejskich wytycznych.

Jaką rolę odgrywa dziś Polska i Europa Środkowo-Wschodnia w globalnym rozwoju kardiologii prewencyjnej?

Przez lata byliśmy niedoceniani w kardiologii prewencyjnej, ale to się wyraźnie zmienia. Dziś nie mamy, a na pewno nie powinniśmy mieć żadnych kompleksów wobec Zachodu, ponieważ projektujemy badania, publikujemy w najlepszych czasopiśmie i inicjujemy zmiany, które są wdrażane globalnie. Powstanie Międzynarodowego Panelu Ekspertów Lipidowych ponad 10 lat temu było odpowiedzią na potrzebę budowania własnych, silnych struktur naukowych oraz wzmocnienia nauki i praktyki w obszarze chorób sercowo-naczyniowych właśnie w regionie Europy Środkowo-Wschodniej.

Nowe pokolenie lekarzy i naukowców z naszego regionu jest bardzo dynamiczne, otwarte i nastawione na współpracę międzynarodową. To ogromny kapitał na przyszłość.

Jak udaje się panu zachować work-life balance i dbać o własne zdrowie?

Nie jestem mistrzem klasycznego odpoczywania. Najlepiej regeneruję się w ruchu – podczas długich spacerów, pływania, aktywnego zwiedzania. Z żoną potrafimy przejść kilkanaście kilometrów dziennie, szczególnie w trakcie krótkich wyjazdów i właśnie wtedy najłatwiej porządkuję myśli.

Codzienna aktywność fizyczna to dla mnie absolutny fundament – nawet w najbardziej intensywnym okresie staram się znaleźć na nią czas, często dopiero późnym wieczorem. Nie palę, unikam alkoholu, pilnuję diety na tyle, na ile pozwala tryb pracy; i coraz większą wagę przykładam do snu, czego kiedyś zupełnie nie doceniałem. Regularnie się badam, czasem aż nadto dokładnie, ale uważam, że lekarz, który mówi o prewencji, powinien zaczynać od siebie. Dla mnie to nie tylko kwestia zdrowia, ale też wiarygodności.

Rozmawiała Anna Rogala

Do lektury całego wywiadu zapraszamy na [pulsmedycyny.pl](#)

5 Paweł Grzesiowski

Odnowa w polskim nadzorze sanitarnym: cyfryzacja, analiza danych, profilaktyka

Rok 2025 był czasem przełomowych decyzji systemowych w Głównym Inspektoracie Sanitarnym. Ogólnopolska weryfikacja prawie 7,5 mln kart szczepień, publiczny portal danych epidemiologicznych oraz wdrożenie szczepień w aptekach to działania, które realnie wzmocniły bezpieczeństwo zdrowotne państwa. Dr Paweł Grzesiowski przybliży kulisy misji, w której sukcesem jest zapobieganie zagrożeniom, zanim staną się one odczuwalne dla społeczeństwa.

Kapituła Listy Stu doceniła pana realny wpływ na zdrowie publiczne w 2025 r. A jak pan podsumowałby ten rok pracy?

Rok 2025 był dla mnie pierwszym pełnym rokiem pracy w roli Głównego Inspektora Sanitarnego i w tym sensie miał wymiar szczególny. Obejmując funkcję w połowie 2024 r., wszedłem w system wymagający lidera, odpolitycznienia, odbudowy misji po pandemii, wzmocnienia realnego wpływu na zdrowie publiczne i – co dla mnie było kluczowe – unowocześnienia.

Końcówka 2024 r. upłynęła pod znakiem powodzi. To doświadczenie było bardzo ważne, bo uświadomiło mi skalę odpowiedzialności, jaką niesie ta funkcja. W sytuacji kryzysowej inspekcja sanitarna staje się jednym z kluczowych ogniw administracji państwa – odpowiadamy za jakość wody, skażenia biologiczne, bezpieczeństwo żywności, zapobieganie ogniskom chorób zakaźnych, w tym szczepienia. Z jednej strony rok 2025 był dla mnie czasem wyciągania wniosków z tego kryzysu, z drugiej – określenia strategicznych priorytetów. Uznałem, że fundamentem nowoczesnego zdrowia publicznego są trzy filary: wiarygodne dane, cyfryzacja procesów oraz przejrzystość komunikacji ze społeczeństwem.

Inspekcja Sanitarna to największa sieć zdrowia publicznego w Polsce – monitorujemy bezpieczeństwo wody pitnej, jakość zdrowotną produktów spożywczych i warunki sanitarnohigieniczne miejsc użytkowności publicznej. Analizujemy informacje o zagrożeniach i reagujemy, aby uniknąć poważnych skutków. Również edukujemy, jak zdrowo żyć i unikać chorób.

Jednym z najważniejszych działań była ogólnopolska kontrola kart szczepień. Dlaczego zdecydował się pan na tak szeroką weryfikację?

Kluczowym impulsem były wyniki kontroli Najwyższej Izby Kontroli, które wskazały nieprawidłowości w niektórych placówkach w zakresie monitorowania szczepień obowiązkowych. To wpłynęło na moją decyzję o kontroli ogólnopolskiej. Było to przedsięwzięcie bezprecedensowe – niemal 7,5 mln kart szczepień, przeanalizowanych przez ponad 2 tys. pracowników inspekcji w prawie 8 tys. punktów szczepień. Logistycznie i organizacyjnie było to ogromne wyzwanie.

Efekt? Po pierwsze – potwierdzenie, że system szczepień obowiązkowych funkcjonuje stabilnie. Wyszczepialność w pierwszych dwóch latach życia przekracza dziewięćdziesiąt kilka procent. To bardzo dobry wynik, również w porównaniu z innymi krajami europejskimi. Po drugie – identyfikacja realnych luk systemowych, które wcześniej były jedynie intuicyjnie sygnalizowane.

Jakie były najważniejsze z tych luk?

Pierwsza to problem raportowania niewykonanych szczepień. Lekarz rodzinny, zgłaszając takie dziecko do inspekcji, uruchamia procedurę administracyjną, która może prowadzić do sankcji wobec rodziców. To stawia lekarza w trudnej sytuacji etycznej



Fot. Filip Kucharski

Dr n. med.

Paweł Grzesiowski

jest specjalistą w dziedzinie pediatrii, Głównym Inspektorem Sanitarnym.

– z jednej strony odpowiada za realizację programu szczepień, z drugiej chce utrzymać relację z rodziną pacjenta opartą na zaufaniu. To się kłóci, szczególnie w mniejszych społecznościach, gdzie wszyscy się znają. Nowe technologie ten problem rozwiązują. Druga luka dotyczy migracji pacjentów i papierowego charakteru dokumentacji szczepień. W sytuacji, gdy rodziny często zmieniają miejsce zamieszkania czy lekarza rodzinnego, dokumenty potrafią „zniknąć” z systemu. Nie dlatego, że ktoś coś zaniedbał, lecz dlatego, że system jest przestarzały. Wdrożenie naszego projektu całkowicie wyeliminuje ten problem.

Trzecia kwestia to sześciolatki, tj. grupa wiekowa, w której monitorowanie szczepień jest najmniej skuteczne. Mamy część 6-latków w zerówce w przedszkolu i część w szkole, ponadto brak jednoznacznych kompetencji pielęgniarek szkolnych w zakresie kontroli dokumentacji i realizacji szczepień.

Te wnioski jednoznacznie wskazały kierunek: konieczna jest pełna cyfryzacja nadzoru nad szczepieniami obowiązkowymi i ten projekt jest obecnie w fazie finalizacji.

Czy e-karta szczepień rzeczywiście może rozwiązać te problemy?

Większość problemów nadzoru nad szczepieniami zniknie. To nie wpłynie na poglądy rodziców, ale umożliwi szybszy kontakt z nimi. Elektroniczna karta szczepień dziecka będzie elementem systemu cyfrowego, który towarzyszy pacjentowi przez całe życie. Nie będzie już sytuacji, w której dokumentacja „ginie”. Każdy upoważniony profesjonalista, w dowolnym miejscu w Polsce, będzie mógł sprawdzić historię szczepień.

To także ogromna zmiana analityczna – będziemy mogli szybciej identyfikować obszary i przyczyny niższej wyszczepialności i planować działania naprawcze. Cyfryzacja to nie tylko wygoda administracyjna. To fundament nowoczesnego nadzoru epidemiologicznego. Szybkość reagowania zależy od tempa gromadzenia i analizy danych. W przypadku dokumentacji elektronicznej mamy dane w systemie natychmiast po wykonaniu szczepienia.

Ważnym projektem był również publiczny portal danych o zakażeniach sezonowych.

Zdrowie publiczne musi być oparte na transparentności. Portal przygotowany we współpracy z Centrum e-Zdrowia (CEZ) i Ministerstwem Zdrowia, udostępniający dane o grypie, COVID-19, RSV, krztuścu, półpaścu i ospie wietrznej, zmienił sposób komunikowania zagrożeń. Po raz pierwszy dane są zbierane w sposób powtarzalny, porównywalny i dostępne publicznie bez barier. To buduje zaufanie i świadomość zagrożeń, a także uzasadnia interwencje profilaktyczne.

Dzięki tym danym możemy również budować modele prognostyczne. W Głównym Inspektoracie Sanitarnym we współpracy z Dolnośląską WSSE powstał pierwszy model fali grypy dla wszystkich województw. W przyszłości chcemy – na podstawie pierwszych tygodni sezonu grypowego – prognozować przebieg fali zachorowań. To pozwoli szpitalom przygotować się organizacyjnie, a pacjentom podjąć decyzję o szczepieniu z wyprzedzeniem.

Czy publikacja danych realnie wpłynęła na zachowania społeczne?

Moim zdaniem, tak, jak najbardziej. W sezonie 2025/2026 przeciw grypie zaszczepiło się o pół miliona osób więcej niż rok wcześniej. Widzimy wyraźną korelację między komunikacją o zagrożeniach a wzrostem zainteresowania profilaktyką, co potwierdziło w 2025 r. ponad 177 tys. szczepień przeciw półpaścowi czy 547 tys. szczepień przeciw RSV. Upowszechnienie danych realnie buduje świadomość społeczną i pokazuje, że informacja ma rzeczywistą moc sprawczą.

Przy tak intensywnej pracy, jak odnajduje pan równowagę między obowiązkami a życiem osobistym?

Praca w Głównym Inspektoracie Sanitarnym to pewnego rodzaju ukoronowanie mojej drogi zawodowej, ale jako lekarz zawsze powtarzam, że medycyna jest moją pasją, a nie tylko zawodem, dlatego granica między pracą a czasem wolnym często się zaciera. Nawet w wolnym czasie z przyjemnością analizuję publikacje czy prowadzę zajęcia dydaktyczne, co traktuję jako naturalne przedłużenie mojej misji. Ale kluczową rolę w zachowaniu równowagi odgrywa rodzina, bliscy i przyjaciele – to oni dają mi największą energię i przypominają, że zdrowie publiczne to w gruncie rzeczy troska o konkretne osoby.

Odszkodnią od codzienności jest dla mnie muzyka, której słucham pasjami, a ostatnio – odbudowa ponad stuletniego domu po dziadkach, to lekcja historii i mojej pokory wobec praw fizyki. Najważniejszym miejscem regeneracji jest Pomorze – kocham polskie morze, bo tam, w otoczeniu natury i przyjaciół, najlepiej łapię dystans i ładuję się pozytywną energią.

Rozmawiała Anna Rogala

Do lektury całego wywiadu zapraszamy na [pulsmedycyny.pl](#)

6 Jarosław Czubak

Dbamy o jak najwyższą jakość kształcenia chirurgów ortopedów

„Otwarte 10 października 2025 r. Collegium Orthopaedicum to nowoczesne centrum naukowe i edukacyjne, przeznaczone do szkolenia przyszłych pokoleń chirurgów ortopedów, którzy będą zdobywali nie tylko umiejętność leczenia jak najwyżej jakości, lecz także uzyskują swoistą formację zawodową i osobistą” – wyjaśnia prof. Jarosław Czubak.

W 2025 r. w Szpitalu Klinicznym im. A. Grucy CMKP w Otwocku otwarto Collegium Orthopaedicum. Jaka idea przyswiewiała utworzeniu tego ośrodka?

Wysokiej jakości kształcenie lekarzy jest kluczowe dla zapewnienia nie tylko skutecznego leczenia, lecz także bezpieczeństwa pacjenta. Jednak tak jak wyzwaniem jest niekiedy zachęcenie uczniów do przychodzenia do szkoły, tak wyzwaniem jest zachęcenie młodych medyków do edukacji podyplomowej. Jako nauczyciele imamy się różnych sposobów, aby uzyskać jak najlepszy efekt edukacyjny. Wierzymy, że im bardziej nowoczesne narzędzia, tym ten efekt powinien być lepszy.

W Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym im. prof. Adama Grucy w Otwocku pojawiały się nowe zakresy świadczeń, przybywało doktorów nauk medycznych i doktorów habilitowanych, a nasze możliwości edukacyjne były ograniczone. Zrodziło się pytanie: gdzie kształcić lekarzy → i to na najwyższym poziomie. Zaczęliśmy realizować pomysł stworzenia przestrzeni edukacyjnej, która pozwalałaby na kształcenie lekarzy z użyciem wszystkich niezbędnych narzędzi. Poczynając od tych podstawowych, jak seminaria, wykłady, debaty, distance learning czy e-learning, poprzez zaawansowane symulatory do ćwiczeń chirurgicznych, ćwiczeń mikrochirurgicznych, operacje w realnych warunkach na preparatach ludzkich, kończąc na szkoleniach typu „surgeon to surgeon”, polegających na obserwowaniu pracy drugiego chirurga lub braniu udziału w zabiegach.

Zależało nam przy tym, aby taka przestrzeń powstała niedaleko miejsca pracy lekarzy, ale jednocześnie, aby zajęcia nie kolidowały z ruchem szpitalnym. Lokalizacja wewnątrz kompleksu szpitala im. Grucy w Otwocku okazała się idealnym miejscem.

Poszukując właściwej nazwy dla naszej placówki, kierowaliśmy się historią szkolnictwa – w Polsce było wcześniej wiele kolegiów, tych przyklasztownych czy Collegium Nobilium itd. Zaproponowałem więc nazwę Collegium Orthopaedicum, która nie wymaga wyjaśnienia, a jednocześnie oddaje cel, w jakim powstał ośrodek – nauczanie medyków realizowania zadań ortopedów i traumatologów narządu ruchu na jak najwyższym poziomie.

Warto dodać, że – choć nie było tego w założeniach – powstał również podziemny szpital z całym potrzebnym wyposażeniem, w związku z tym jesteśmy przygotowani na wypadek działań wojennych.

Collegium Orthopaedicum jest prawdopodobnie najlepiej wyposażonym symulacyjnym centrum artroskopii na świecie, w czym swój udział miała m.in. Fundacja Wielkiej Orkiestry Świątecznej Pomocy. Jak doszło do tej współpracy?

Z państwem Lidia i Jurkiem Owsiakiem znamy się i współpracujemy od wielu lat. Podczas jednej z naszych rozmów wspominałem o pomysle utworzenia Collegium Orthopaedicum. Fundacja Wielkiej Orkiestry Świątecznej Pomocy postanowiła włączyć się w powstanie ośrodka, na którego wyposażenie przeznaczyła prawie 38 mln złotych. Z myślą o placówce, WOŚP zakupił 8 zestawów symulatorów do nauki endoskopii dużych stawów, takich jak kolano, biodro, bark, staw skokowy. Na tych urządzeniach szkolili się będzie nawet 400 ortopedów rocznie.



Fot. Kiliha, Ortopedi i Traumatologii i Rehabilitacji CMKP

Prof. dr hab. n. med.

Jarosław Czubak

jest specjalistą w dziedzinie ortopedii i traumatologii narządu ruchu, dyrektorem Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego im. prof. A. Grucy Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego w Otwocku, zastępcą dyrektora ds. szpitali klinicznych – proroctorem CMKP, kierownikiem Kliniki Ortopedii, Ortopedii i Traumatologii Dziecięcej CMKP, konsultantem krajowym w dziedzinie ortopedii i traumatologii narządu ruchu, członkiem Industry Committee European Paediatric Orthopaedic Society.

W pracowni znajdują się m.in. szwajcarskie symulatory ArthroS, uważane za najbardziej realistyczne symulatory artroskopowe na świecie, które umożliwiają zaawansowane szkolenia z zakresu endoskopii stawów i chirurgii wspomaganej robotami. Warto wspomnieć, że w uroczystym otwarciu Collegium Orthopaedicum wziął udział ambasador Szwajcarii w Polsce Fabrice Filliez.

Kraj ten jest związany z naszą placówką także z innego powodu. To właśnie w Otwocku w 1946 r. przy ul. Reymonta powstała Wioska Szwajcarska „Don Suisse”, jako dar szwajcarskiego społeczeństwa (Szwajcarskiego Czerwonego Krzyża) dla polskich dzieci – ofiar II wojny światowej. Obiekt oferował 3-miesięczne turnusy rehabilitacyjne pod hasłem „Po radości i zdrowiu”. Z czasem stał się jednym z sanatoriów gruźliczych, także gruźlicy kostno-stawowej. W holu naszego szpitala znajduje się płyta upamiętniająca historyczną wioskę, a także flaga Szwajcarii, Polski i Unii Europejskiej.

Szczególnym wydarzeniem w 2025 r. był pana udział w czterech skomplikowanych replatacjach kończyn górnych w ciągu jednej doby. Zabiegi te przeprowadzono równolegle w dwóch ośrodkach. To pierwszy taki przypadek w historii polskiego systemu replantacyjnego.

Serwis replantacyjny działa w Polsce od 2010 r. Codziennie jest w kraju wyznaczone od jednego do czterech szpitali, które pełnią dyżur medyczny, zapewniający natychmiastową pomoc w przypadku amputacji części ciała, głównie kończyn (np. palców, ręki). Szczęściem w tym nieszczęśliwym wydarzeniu z 2025 r. było to, że akurat tego dnia dyżur replantacyjny pełniły dwa prężnie działające ośrodki – w Otwocku i Krakowie. Jestem bardzo dumny z naszych kolegów i koleżanek, w tym także m.in. anestezjologów i pielęgniarek, że mimo dzielącej nas odległości, udało się pomyślnie zakończyć tak skomplikowaną operację.

Kluczem do sukcesu była koordynacja między ośrodkami i codzienna determinacja ich specjali-

stów. Aby serwis replantacyjny w Polsce się rozrastał, potrzebna jest współpraca między placówkami – na wzór Krajowej Sieci Onkologicznej czy Krajowej Sieci Kardiologicznej. Platformą tej współpracy jest założone przez nas Polskie Towarzystwo Chirurgii Rekonstrukcyjnej Narządu Ruchu.

2025 rok to także czas intensywnego upowszechniania systemów robotycznych w polskiej ortopedii.

Ramiona robotyczne w ortopedii zwiększają precyzję i efektywność zabiegów, skracając czas powrotu do sprawności i poprawiając wyniki ankietowe dotyczące leczenia, które raportują pacjenci. Warto podkreślić, że system robotyczny w ortopedii wymusza bardzo ściśle planowanie działań – od przygotowania pacjenta do zabiegu po wsparcie chirurga w czasie jego trwania. Szpital w Otwocku wykorzystuje pięć systemów, co czyni nas nie tylko ośrodkiem wiodącym w robotyce ortopedycznej, lecz także szkolącym w tym zakresie.

W jakim miejscu jest obecnie polska ortopedia i w jakim kierunku będzie się rozwijała?

Wraz z rozwojem społeczeństwa rozwija się medycyna, w tym także ortopedia. Przykładem jest opisany serwis replantacyjny w czterech skomplikowanych replatacjach kończyn górnych w ciągu jednej doby. Obecnie w polskiej ortopedii jest bardzo wiele wąskodzinowych towarzystw lekarskich, skupiających pasjonatów zajmujących się wyszukaniem, niezwykle trudnymi zagadnieniami, wymagającymi długiego czasu szkoleniowego, ale pozwalającymi na zabezpieczenie rosnących potrzeb społeczeństwa. Najistotniejsze jest to, abyśmy pozostali wierni podstawowej wartości w medycynie, zgodnie z którą najważniejsze jest dobro chorego, abyśmy nigdy nie mówili, że coś nam się nie opłaca. Uważam, że nasza praca, to nasza misja.

Czego życzy pan sobie zarówno zawodowo, jak i prywatnie w 2026 r.?

Wspomnianego już podnoszenia jakości, która powinna być związana nie tylko z odpowiednio wysokim poziomem świadczeń udzielanych przez lekarza, lecz także z systemową organizacją opieki nad pacjentem. W mojej ocenie, podstawowym zadaniem jest utworzenie w Polsce centrów chirurgii i ortopedii realizowanej w trakcie jednego dnia, bez hospitalizacji. Chodzi o to, aby jak największą liczbę świadczeń wykonywać w trybie ambulatoryjnym albo w ramach hospitalizacji jednodniowych.

Prywatnie życzyłbym sobie i wszystkim po prostu dobrego zdrowia. Dlatego zachęcam do aktywności fizycznej – każdy z nas powinien codziennie przejść w swoim tempie ok. 5-7 km, co powinno zająć trochę ponad godzinę. Liczba kroków nie ma aż tak dużego znaczenia, jak dystans. Pamiętajmy – brak ruchu nie oznacza śmierci, ale życie marne. Bo choć siedzący tryb życia nie zabija nas z dnia na dzień, to znacznie obniża jakość naszego funkcjonowania, zarówno fizycznego, jak i psychicznego.

Rozmawiała Monika Majewska

7 Piotr H. Skarżyński

Mamy się czym chwalić na arenie międzynarodowej i warto to robić

„Wszyscy jesteśmy świadomi presji, jaka ciąży na systemie ochrony zdrowia. Z jednej strony liczy się podejście ekonomiczne i szukanie efektywności, z drugiej proponowanie rozwiązań bezpiecznych dla pacjenta. Świat nie stoi w miejscu i warto efektywnie wprowadzać nowoczesne rozwiązania, które w długoterminowej perspektywie dają korzyści uczestnikom całego systemu” – mówi prof. Piotr H. Skarżyński.

W ubiegłorocznym wywiadzie z okazji finału plebiscytu Lista Stu 2024 wskazał pan pamiętną dla siebie datę 9 grudnia jako dzień premier trzech innowacyjnych rozwiązań, stanowiących kolejny milowy krok w światowej otochirurgii. Czy w 2025 r. w pana życiu zawodowym również pojawiła się taka przełomowa data?

W 2025 r. kontynuowaliśmy realizację wspomnianych innowacyjnych metod wszczepiania implantów słuchowych i z dumą powiem, że operacji tych wykonaliśmy najwięcej na świecie. Zaszczętem była możliwość przedstawienia wyników naszych prac na początku września na kongresie OSSEO 2025 w Wiedniu. Otrzymujemy kolejne propozycje i zaproszenia do uczestnictwa w tworzeniu nowych rozwiązań, których premiery zaplanowane są na najbliższe lata. To docenienie naszej pracy i silna motywacja do dalszych działań.

Szczególnym miesiącem w ubiegłym roku był wrzesień – nie tylko ze względu na wspomnianą wyżej prezentację w Wiedniu, ale również na organizowaną przez nas konferencję UCHO 2025 (25-27.09, Kajetany). Jedną z myśli przewodnich tego corocznego kongresu jest łączenie różnych środowisk. Jak pokazała zeszłoroczna edycja, to założenie wychodzi naprzeciw oczekiwaniom, ponieważ udało nam się zgromadzić największą liczbę uczestników ze wszystkich konferencji w naszej specjalności. A konkurencja jest duża i poziom merytoryczny także coraz lepszy. Tak pozytywny odbiór środowiska motywuje nas do dalszej pracy. W tym roku też postaramy się o kilka niespodzianek.

W 2025 r. były jeszcze dwie daty z bardzo miłymi dla mnie informacjami, ale dotyczą one wydarzeń zaplanowanych na ten rok i na razie nie będę uchylał rąbka tajemnicy. Niedługo przyjdzie czas, by się tym podzielić.

W 2025 r. został pan wybrany na medycznego eksperta pomocniczego Ministerstwa Zdrowia w dziedzinie otorynolaryngologii i otorynolaryngologii dziecięcej w związku z realizacją projektu „Odwrócona piramida świadczeń”. W jaki sposób rozwój opieki jednego dnia i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS) przyczyni się do poprawy opieki nad tymi właśnie pacjentami?

Praca w tych zespołach to – nie ukrywam – wyzwanie. Wszyscy jesteśmy świadomi presji, jaka ciąży na systemie ochrony zdrowia. Z jednej strony liczy się podejście ekonomiczne i szukanie efektywności, z drugiej proponowanie rozwiązań bezpiecznych dla pacjenta. Świat nie stoi w miejscu i warto efektywnie wprowadzać nowoczesne rozwiązania, które w długoterminowej perspektywie dają korzyści uczestnikom całego systemu.

Otorynolaryngologia, audiologia i foniatria to specjalizacje, które są odpowiedzialne za narzędzia służące do komunikacji. Są procedury, które faktycznie mogą być inaczej wykonane i liczę, że tak będzie efekt tych prac. Moim zdaniem, polski pacjent ma zapewniony dostęp do szerokiego



Fot. Archiwum

wachlarza technologii w ramach NFZ. Warto, aby monitorowanie postępów rehabilitacji i diagnostyka były szeroko dostępne i na to jest właśnie miejsce w ramach AOS.

Współpracuje pan z wieloma organizacjami międzynarodowymi, m.in. ze Światowym Forum Słuchu WHO i Międzynarodowym Towarzystwem Telemedycyny i e-Zdrowia. W jaki sposób zdalne metody diagnozowania i leczenia przyczyniają się do poprawy opieki nad pacjentami ze schorzeniami narządów zmysłów? Jakie nadzieje wiąże pan z ich upowszechnieniem?

Jak wszyscy wiemy, ostatnie lata to czas ogromnego rozwoju i przyspieszenia technologicznego w tych obszarach. Coraz częściej do monitorowania stanu zdrowia wykorzystujemy to, co nosimy na rękę, w kieszeni, posiadamy w samochodach i w mieszkaniu – nasze smartfony i inne urządzenia elektroniczne. Tym samym de facto możemy się samodzielnie przesiewowo diagnozować. Nie mam wątpliwości, że to pozwoli na rozwój i przyspieszenie diagnostyki w różnych grupach społecznych.

Przykładem takich rozwiązań jest aplikacja HEAR Box Mobile, skierowana zarówno do seniorów, jak i do osób młodych. Uczestniczę w pracach zespołów nad projektami, które mogą zmienić skalę dostępności do takich narzędzi oraz do analizy wyników. Wprowadzanie tych rozwiązań zaplanowano na lata 2026-2027.

Prowadzimy również szeroko zakrojone badania nad zastosowaniem AI w diagnostyce, leczeniu i rehabilitacji schorzeń narządów zmysłów, w tym ośrodkowych zaburzeń przetwarzania słuchowego.

W 2025 roku otrzymał pan tytuł honorowego profesora Kirgiskiej Państwowej Akademii Medycznej im. I. K. Akhunbajewa, m.in. za współpracę naukową i merytoryczną w dziedzinie otorynolaryngologii, rozwijaną od 2021 r. Proszę

przybliżyć jej kulisy, a także współpracę z innymi ośrodkami zagranicznymi.

Tytuł ten traktuję przede wszystkim jako wyróżnienie dla całego zespołu oraz potwierdzenie wieloletniej współpracy naukowej i klinicznej pomiędzy naszymi ośrodkami.

Współpraca ze specjalistami z Kirgistanu zaczęła się już 2013 r., częściowo jako efekt pierwszej polskiej prezydencji w Radzie UE. W kolejnych latach zrealizowaliśmy pilotażowe projekty przesiewowych badań słuchu w Biszkeku, a z czasem coraz większe projekty, owocujące wspólnymi publikacjami i wprowadzeniem polskich metod do praktyki klinicznej.

Specjaliści z Kirgistanu wielokrotnie odwiedzali Polskę, biorąc udział w konferencjach i podnosząc swoje umiejętności na szkoleniach. W 2023 r., przy naszym wsparciu, odbył się w stolicy Kirgistanu Światowy Kongres Szumów Usznych. Rywalizację o możliwość organizacji tego wydarzenia Biszkek wygrał z Tajwanem, Vancouver i propozycją Wlk. Brytanii. Azja Środkowa to region z ogromnym potencjałem, ale też dużymi potrzebami. Cieszymy się, że możemy wspierać tamtejsze środowisko naukowe i medyczne, a przede wszystkim zwiększać dostępność nowoczesnych metod diagnostyki i leczenia.

Nie ukrywam, że działania na arenie międzynarodowej to ważna część mojej aktywności zawodowej. Mam zaszczyt i przyjemność zasiadać w zarządach i władzach wielu towarzystw oraz organizacji medycznych i naukowych zarówno w Europie, jak i na innych kontynentach. Szczególnym wyróżnieniem jest rola eksperta WHO ds. zdrowia cyfrowego oraz prezydenta Międzynarodowej Rady Doradczej (International Advisory Board) w ramach Amerykańskiej Akademii Otolaryngologii – Chirurgii Głowy i Szyi.

Jestem również zaangażowany w liczne projekty badawcze i edukacyjne – w ostatnim czasie np. we współpracy z University of Campinas w Brazylii. W tym roku zostałem zaproszony do prac w międzynarodowym zespole badawczym nad konsensem dotyczącym wskazań do implantacji ślimakowej u dzieci.

Działalność w organizacjach międzynarodowych pozwala mi nie tylko być na bieżąco z aktualnymi światowymi trendami, ale też prezentować dokonania polskiej nauki i medycyny w tych gronach. A w wielu obszarach naprawdę mamy wiele do pokazania.

Jest pan autorem ponad 1500 publikacji. Tylko w 2025 r. był pan autorem i współautorem 153. Jak ważne jest dla pana edukowanie innych medyków? Odpowiadając krótko: niezwykle ważne. Miałem szczęście uczyć się od najlepszych, więc teraz sam poświęcam wiele czasu na naukę kolejnego pokolenia. Ta część działalności każdego specjalisty i naukowca to duże wyzwanie. Samemu nie da się zrobić wszystkiego. W jednostkach, w których realizuję się jako lekarz, ale także organizator, kluczowym elementem jest zbudowanie dobrego zespołu.

Rozmawiała Monika Majewska

Do lektury całego wywiadu zapraszamy na [pulsmedycyny.pl](#)

8

Jolanta Sobierańska-Grenda

Pacjent nie może sam walczyć z systemem

„W »Pulsie Medycyny« mówicie, że na Liście Stu nie ma przypadków, tylko znaki. To bardzo trafia w mój sposób myślenia o zdrowiu. W 2025 r. tych znaków było kilka i każdy prowadził w jednym kierunku: system ma działać tak, aby pacjent nie musiał z nim walczyć” – przyznaje minister zdrowia Jolanta Sobierańska-Grenda.

W 2025 r. udało się wprowadzić kilka ważnych zmian do systemu ochrony zdrowia – które uważa pani za najważniejsze?

Rok 2025 był czasem decyzji, które wyznaczają kierunek na lata. W ochronie zdrowia nie wystarczy reagować na kryzysy. Trzeba budować strukturę, która będzie działać także wtedy, gdy zmieniają się okoliczności polityczne, gospodarcze czy demograficzne.

Do Ministerstwa Zdrowia przyszedł z doświadczeniem nadzoru, a potem zarządzania dużymi podmiotami leczniczymi, z praktyką w restrukturyzacji, łączeniu podmiotów, optymalizacji finansów i procesów. Z doświadczeniem codzienności szpitala, rozmów z personelem medycznym, pacjentami – wtedy, gdy nie ma łatwych decyzji.

Jeżeli miałabym podsumować rok 2025 jednym zdaniem, powiedziałabym, że przeszliśmy od reaktywności do projektowania systemu. Zwiększone nakłady, konsolidacja świadczeń, cyfryzacja i wzmocnienie profilaktyki to elementy jednej, spójnej strategii. Fundamenty zostały postawione. Teraz najważniejsza jest konsekwencja i dalsze działanie.

Konsolidacja świadczeń budzi emocje – dla jednych to szansa na poprawę jakości, dla innych obawa przed ograniczeniem dostępności. Jak przekonyuje pani sceptyków?

Konsolidacja świadczeń w ochronie zdrowia nie jest dla mnie hasłem. To konkretne narzędzie, które pozwala budować stabilność systemu, poprawiać jakość leczenia i racjonalnie wykorzystywać kadry. W 2025 r. rozpoczęliśmy budowę nowej architektury systemu szpitalnego, opartej na dobrowolnej konsolidacji, odpowiedzialności finansowej i koncentracji świadczeń. Celem jest system bezpieczny, przewidywalny i racjonalny, przede wszystkim dla pacjentów, jak i dla interesariuszy ochrony zdrowia.

Jednym z filarów zmian jest cyfryzacja. Czy centralna e-rejestracja i rozwój Internetowego Konta Pacjenta (IKP) realnie skrócą drogę do świadczeń?

Przyspieszyliśmy proces cyfryzacji. Od stycznia konsekwentnie wdrażamy centralny system e-rejestracji jako efektywne narzędzie usprawniające dostęp pacjenta do świadczeń zdrowotnych. Proces cyfryzacji służy nie tylko modernizacji, lecz przede wszystkim zapewnieniu pacjentowi jasnej informacji o miejscu zgłoszenia, przewidywanym czasie oczekiwania oraz kolejnych etapach leczenia. Transparentne i uporządkowane prowadzenie pacjenta w systemie ochrony zdrowia stanowi podstawową wartość oraz wyraz rzetelności wobec obywatela.

Wzmocniliśmy również wykorzystanie Internetowego Konta Pacjenta jako kanału bezpośredniej komunikacji. Powiadomienia wysłane do kobiet w ramach profilaktyki zwiększyły zgłaszalność na badania przesiewowe, a w wybranych rocznikach szczepień przeciw HPV osiągnęliśmy 41 proc. wyszczepialności. To nadal nie jest poziom, który mnie satysfakcjonuje, ale to pokazuje, że konsekwencja i systemowe podejście przynoszą efekty. Idziemy dalej, myślimy o wszystkich pacjentach, o ich potrzebach i podejmujemy kolejne wyzwania, takie jak edukacja pacjentów, zwiększanie dostępności do usług i specjalistów.

Końcówka roku przyniosła też ujednolicenie standardów organizacyjnych żywienia w szpitalach.



Źródło: www.gov.pl

Mgr prawa, dr n. spot. w dyscyplinie ekonomia i finanse

Jolanta Sobierańska-Grenda

– minister zdrowia od lipca 2025 r.

Dlaczego uznała pani ten obszar za ważny?

Żywnie traktujemy jako integralny element procesu terapeutycznego. Jest to decyzja, która w praktyce znacząco wpływa na poprawę efektywności leczenia oraz podniesienie komfortu pacjenta. Każde działanie w tym zakresie jest istotne, wymaga rzetelnej pracy, szczegółowych analiz i odpowiedniego wdrożenia – zarówno obecnie, jak i w przyszłości, z korzyścią dla różnych grup wiekowych.

Niekiedy może się wydawać, że postępy są stopniowe, jednak nie składam obietnic, których realizacja byłaby niemożliwa. Systematyczne, przemyślane działania, oparte na dobrze skonstruowanym planie i konsekwencji umożliwiają osiągnięcie długofalowych celów.

Jakie są priorytety Ministerstwa Zdrowia na 2026 rok?

Patrząc w przyszłość, jasno definiuję wyzwania. Rok 2026 musi być początkiem procesu optymalizacji świadczeń zdrowotnych dostosowanych do dynamicznych zmian demograficznych. W praktyce proces ten powinien obejmować:

- systematyczną ocenę dostępności i jakości świadczeń medycznych w regionach o najwyższej dynamice zmian demograficznych;
- rozwój programów profilaktycznych i edukacyjnych skoncentrowanych na przeciwdziałaniu chorobom cywilizacyjnym, których częstota występowania zwiększa się wraz ze zmianami społecznymi;
- wdrożenie modelu Powiatowych Centrów Zdrowia, umożliwiających szybkie dostosowanie do lokalnych potrzeb.

Optymalizacja świadczeń zdrowotnych w 2026 r. powinna być procesem ciągłym, opartym na rzetelnych danych, dialogu z interesariuszami oraz konsekwentnym wdrażaniu rozwiązań, które zapewnią każdemu obywatelowi dostęp do wysokiej jakości opieki medycznej.

Drugim kluczowym zadaniem jest uporządkowanie zakresu kompetencji zawodów medycznych. Nowoczesny system wymaga jasnego podziału odpowiedzialności i realnych narzędzi działania dla

każdego zawodu medycznego. To nie jest kwestia administracyjna. To warunek efektywności, bezpieczeństwa pacjenta i szacunku wobec pracy personelu.

Myślę również o kobietach jako pacjentkach, które potrzebują sprawnej profilaktyki, dostępu do badań, wsparcia w okresie okołoporodowym i w dojrzałym wieku, i jako profesjonalistkach, które stanowią większość personelu medycznego. Stabilny, dobrze zarządzany system jest także warunkiem ich bezpieczeństwa zawodowego i możliwości rozwoju.

W tym roku będziemy konsekwentnie realizować rządowe priorytety:

- „Zdrowe serce, zdrowy mózg” – dotyczy rozwoju skoordynowanej i kompleksowej opieki kardiologicznej i neurologicznej;
- „Zdrowy szpital – bezpieczny pacjent” – dotyczy m.in. racjonalizacji działania sieci szpitali;
- „Cyfryzacja ochrony zdrowia”.

W jednym z wywiadów powiedziała pani, że w ochronie zdrowia nie wszystko da się pogodzić. Jak podejmuje się decyzje, które z definicji nie będą popularne?

Czasem trzeba wybrać stabilność zamiast popularności. Odpowiedzialność za system oznacza gotowość do trudnych decyzji opartych na danych i myśleniu długofalowym. Uważam, że państwo powinno działać przewidywalnie. To daje poczucie bezpieczeństwa wszystkim uczestnikom systemu. Codziennie podejmuję trudne decyzje i to także nie lada wyzwanie dla każdej osoby na moim stanowisku, w każdej kadencji.

Prywatnie, od dziecka gram na pianinie. Muzyka uczy dyscypliny, koncentracji i słuchania. To cechy niezbędne w zarządzaniu. Jestem również dumną mamą i babcią. To doświadczenie zmienia perspektywę. Polityka zdrowotna przestaje być zbiorem przepisów, a staje się odpowiedzialnością za przyszłe pokolenia.

W 2026 roku konsekwentnie idziemy wyznaczoną drogą – by żyło nam się zdrowiej, a poczucie medycznego bezpieczeństwa towarzyszyło nam każdego dnia.

Rozmawiała Katarzyna Lisowska

9

Krzysztof J. Filipiak

Kształcenie kadr to inwestycja w bezpieczeństwo systemu

Obejmując w 2025 r. funkcję dyrektora-rektora Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego (CMKP), prof. Krzysztof J. Filipiak trafił w sam środek dyskusji o jakości tego kształcenia. Opowiada o aktualnych niedostatkach w szkoleniu specjalizacyjnym, o tym, jakich kompetencji (praktycznych i miękkich) brakuje młodym lekarzom oraz o potrzebie dwukierunkowej oceny rezydentur. W tle: nowe programy specjalizacyjne, większy nacisk na współpracę międzyzawodową, a także wydarzenie tego roku – 55-lecie CMKP.

Kapituła Listy Stu doceniła pana ubiegłoroczne dokonania oraz pozytywny wpływ na medycynę i system ochrony zdrowia. A jak pan podsumowałby miniony rok?

Rok 2025 wiązał się dla mnie z dużą zmianą życia: wygrałem z kilkoma znakomitymi klinicystami konkurs na dyrektora-rektora Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego w Warszawie i objąłem kierownictwo tej nowej – dedykowanej już nie tylko lekarzom – uczelni i instytucji nadzorującej kształcenie specjalistów wielu zawodów medycznych. Po blisko 25 latach pracy na Warszawskim Uniwersytecie Medycznym, w tym na stanowiskach kierowniczych, a następnie po czterech latach pełnienia funkcji rektora w prywatnym uniwersytecie medycznym, wróciłem do systemu publicznego.

Nie jest to łatwe, ponieważ wprowadzanie zmian w CMKP oraz podległych mu: Szkole Zdrowia Publicznego i dwóch szpitalach klinicznych, a także kwestie specjalizacji lekarskich i bieżąca współpraca z konsultantami krajowymi tworzą obszar, w którym krzyżują się interesy wielu środowisk i nakładają się liczne problemy. Tymi uwarunkowaniami tłumaczę sobie część napięć medialnych, ale nie należę do osób, które w takich sytuacjach rezygnują z realizacji planów dotyczących kształcenia kadr medycznych. Uważam, że w CMKP udało się zbudować bardzo sprawny zespół zarządzający uczelnią. Jestem wszystkim za to wdzięczny, a z racji ograniczeń miejsca wymienię tylko moich proroctorów: prof. Dorotę Kozieł, prof. Katarzynę Kosińską-Kaczyńską, prof. Marcina Kurzyń i prof. Jarosława Czubaka.

Co dziś najbardziej „kuleje” w kształceniu podyplomowym lekarzy w Polsce?

Myślę, że mamy całkiem solidny system szkolenia, a proponowana wizja reform dotyczących przebiegu specjalizacji lekarskich jest odpowiedzią na wyzwania, które narastały od kilku lat. Kadr lekarskich przybywa – i to cieszy – również w dziedzinach dotąd uznawanych za deficytowe. Coraz wyraźniej widać, że problemem nie jest już sama liczba lekarzy w Polsce, lecz ich regionalna dystrybucja oraz dopasowanie do map potrzeb zdrowotnych i zmieniającego się krajobrazu ochrony zdrowia. Skala kształcenia jest dziś tak duża, że wkrótce do systemu będzie co roku wchodzić ok. 10 tys. absolwentów kierunku lekarskiego.

Rozpoczynamy szeroko zakrojony proces tworzenia nowych programów specjalizacyjnych we wszystkich dziedzinach, powołujemy nowe składki zespołów akredytujących miejsca szkoleniowe, intensyfikujemy współpracę z konsultantami krajowymi i wzmacniamy mechanizmy szybkiego reagowania na problemy z jakością kształcenia. Czekamy też na unowocześnienie Systemu Monitorowania Kształcenia Pracowników Medycznych (SMK) – narzędzia, które musi nadążyć za dynamicznie rozwijającym się ekosystemem



Źródło: Archiwum

e-zdrowia. Mam wrażenie, że wciąż nie do końca doceniamy tempo tych zmian.

Jaką jedną zmianę w szkoleniu specjalizacyjnym wdrożyłby pan najszybciej i dlaczego?

Poza zmianami systemowymi, komunikowanymi przez Ministerstwo Zdrowia, w CMKP będziemy koncentrować się na wspieraniu tworzenia nowych programów specjalizacyjnych. Mają one w większym stopniu promować współpracę między różnymi zawodami medycznymi, uwzględniać zmieniające się uwarunkowania demograficzne (starzenie się społeczeństwa) i wyzwania epidemiologiczne (choroby cywilizacyjne), a także kłaść nacisk na zdobywanie kompetencji oraz umiejętności praktycznych.

Z jednej strony będziemy ograniczać wymagania dotyczące liczby wykonywanych procedur i zabiegów w trakcie szkolenia, z drugiej – wzmocnimy realne egzekwowanie tych wymogów. Konieczne będzie również włączenie do programów elementów nowoczesnych technologii informatycznych, wybranych zagadnień prawnych, a także – niestety – obszarów związanych z tzw. medycyną zagrożeń wojennych i terrorystycznych. Nowym wyzwaniem dla CMKP będzie też współdziałanie w opracowaniu od podstaw programów specjalizacyjnych dla największej grupy zawodowej w systemie ochrony zdrowia – pielęgniarzek.

Często odwiedza pan szpitale i ośrodki kształtujące lekarzy na całym świecie. Co z zagranicznych modeli szkolenia podyplomowego warto byłoby przenieść do Polski?

Mam doświadczenie z kilku zupełnie odmiennych systemów kształcenia lekarzy – zarówno w krajach

Prof. dr hab. n. med. dr h.c. multi

Krzysztof J. Filipiak

jest specjalistą w dziedzinie chorób wewnętrznych, kardiologii, hipertensjologii i farmakologii klinicznej. Od sierpnia 2025 r. jest dyrektorem-rektorem Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego (CMKP). Wcześniej był rektorem Uczelni Medycznej im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie.

skrajnie ubogich, jak i bardzo zamożnych. W ostatnich latach pełniłem funkcję visiting professor w Divine Word University w Madang w Papui-Nowej Gwinei (2022, 2025) oraz na amerykańskim St. George's University w Grenadzie (2023). Z własnych staży dydaktycznych, naukowych i klinicznych znam też ośrodki medyczne m.in. w Rio de Janeiro, Genewie, Mediolanie, Sofii, Amsterdamie i Utrechcie, a także kilka zaprzyjaźnionych uniwersytetów w Ukrainie.

W każdym z tych miejsc obowiązuje inny model szkolenia specjalizacyjnego. Z wielu rozwiązań warto czerpać, ale mogę z przekonaniem powiedzieć, że polski system nie jest zły. Być może wymaga unowocześnienia, większego nacisku na praktykę i realną weryfikację umiejętności, poszerzenia ich katalogu przy jednoczesnej konsolidacji części specjalizacji. To jednak decyzje, które zapadają w organie nadzorującym CMKP, czyli w Ministerstwie Zdrowia.

Jak powinien wyglądać rzetelny system oceny rezydentów w trakcie specjalizacji?

Najważniejsze jest, aby system oceny był dwukierunkowy: rezydent ocenia miejsce szkolenia i swoich opiekunów, a opiekun, ordynator i dyrektor placówki – rezydenta. Tak skonstruowane ankiety, trafiające do CMKP, będą uwzględniane przy ponownej ocenie akredytacyjnej ośrodka. Bardzo liczę tu na wsparcie i konsultacje samych zainteresowanych – pozostając w stałym kontakcie z koleżankami i kolegami z Porozumienia Rezydentów OZZL. Staram się też, aby CMKP było przestrzenią mediowania sporów, które pojawiają się w toku specjalizacji i rezydentur.

Jakich kompetencji – poza stricte klinicznymi – najbardziej brakuje dziś młodym lekarzom i jak pana zdaniem najlepiej uczyć ich w praktyce?

Być może brakuje większego nacisku na tzw. kompetencje miękkie, bo przez lata były one na uczelniach medycznych zaniedbywane. Z pewnością dotyczy to także kompetencji praktycznych – pewnych zachowań i procedur nie da się nauczyć nawet w najbardziej wyrafinowanym centrum symulacji. W związku z reformą stażu podyplomowego lekarzy trzeba jeszcze bardziej upraktynić zajęcia na ostatnim roku studiów i wzmocnić system egzaminów kompetencyjnych. Pod tymi postulatami CMKP podpisuje się jako członek Konferencji Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych (KRAUM).

Szczególnie ważne jest też kształcenie międzyzawodowe – na naszych oczach zmieniają się kompetencje i rola w systemie ochrony zdrowia: lekarzy, pielęgniarek, fizjoterapeutów, diagnostów laboratoryjnych, ratowników medycznych, farmaceutów i wielu innych profesji. Powinniśmy uczyć się od siebie nawzajem.

Rozmawiała Katarzyna Matusiewicz

Do lektury całego wywiadu zapraszamy na [pulsmedycyny.pl](#)



Mateusz Oczkowski

Między oczekiwaniami a odpowiedzialnością: jak podejmuje się decyzje o lekach

2025 był najlepszym rokiem w historii polskiej refundacji leków: 152 decyzje, fala wniosków i duży nacisk na listy apteczne.

Mateusz Oczkowski, dyrektor Departamentu Polityki Lekowej i Farmacji Ministerstwa Zdrowia, tłumaczy, co przesądziło o rekordzie, jak producenci planują wejście na rynek i dlaczego przełom w medycynie trzeba mierzyć, a nie ogłaszać.

Zacznijmy od 2025 roku – rekordowego pod względem refundacji nowych terapii. Co przesądziło o tym wyniku?

Rzeczywiście, 2025 rok okazał się najlepszy w historii systemu, ponieważ na listach refundacyjnych pojawiły się 152 nowe terapie. To efekt kilku nakładających się czynników. Po pierwsze – dużej intensywności pracy po stronie Ministerstwa Zdrowia, w tym Departamentu Polityki Lekowej, ale też wysokiej aktywności wnioskodawców. Trzeba jasno powiedzieć, że postępowania refundacyjne inicjują firmy, składając wnioski. Ministerstwo co do zasady nie uruchamia ich z własnej inicjatywy. Dopiero po nowelizacji ustawy refundacyjnej będziemy mogli działać bardziej proaktywnie.

Po drugie – ważne były zmiany legislacyjne, zwłaszcza publikowanie listy leków o ugruntowanej skuteczności: onkologicznej i kardiologicznej. Wzmocniły one ścieżkę apteczną i przelożyły się na falę wniosków, ponieważ większość podmiotów, które mogły z tego skorzystać, rzeczywiście złożyła dokumentację. Po trzecie – te 152 decyzje to nie tylko programy lekowe i najbardziej innowacyjne technologie. To także mniej widoczne działania, jak praca nad wskazaniami off-label i ich rozszerzeniami.

I wreszcie: „nowe terapie” w debacie publicznej często oznaczają najdroższe leki, a tymczasem ciężar systemu jest gdzie indziej. Z refundacji aptecznej korzysta ok. 24 mln Polaków, a z najbardziej zaawansowanych terapii – ok. 300 tys. Dlatego coraz mocniej koncentrujemy się na rozwiązaniach, które realnie trafiają do szerokich populacji pacjentów – stąd duży nacisk na listy apteczne, w tym onkologiczną i kardiologiczną, które spotkały się z bardzo dobrym odbiorem.

Co dla pana – jako osoby odpowiedzialnej za politykę lekową – jest realną wartością terapii dla pacjenta? Czy kluczowy jest przełom kliniczny? Pojęcie przełomu rozumiem dość konserwatywnie, co jest efektem doświadczenia w ocenie i refundacji technologii lekowych w Polsce. Dla mnie modelowy przełom to leczenie, które zatrzymuje postęp schorzenia i odwraca jego skutki. Takich rozwiązań wciąż jest niewiele – nawet terapie genowe czy CAR-T rzadko przywracają pacjenta do stanu sprzed zachorowania, bo decydujący jest tu nadal czas interwencji. Coraz częściej zamieniamy choroby śmiertelne w przewlekłe albo zatrzymujemy je na danym etapie: to ważna innowacja, ale nie przełom w ścisłym znaczeniu tego słowa, które, niejako nadużywane w debacie publicznej, traci na swojej prawdziwej wartości.

Medycyna rozwija się dziś lawinowo, dlatego kluczowe jest jedno: jak z tej obfitości nowych odkryć wybrać rozwiązania dające pacjentom największą, mierzalną korzyść. Czasem wstrzemięźliwość i dobrze uzasadniony wybór są lepsze w długiej perspektywie, niż bicie rekordów. Istnieją jednak przykłady, które realnie zmieniły praktykę kliniczną. W rdzeniowym zaniku mięśni przełomem okazało się połączenie leczenia z przewiesiem i jak najwcześniejszym podaniem leku – u części dzieci terapia



Fot. Emilia Zielińska

Mgr farm.

Mateusz Oczkowski

jest dyrektorem Departamentu Polityki Lekowej i Farmacji w Ministerstwie Zdrowia, przewodniczącym Komisji Ekonomicznej MZ.

rozpoczęta w pierwszych dniach życia pozwala im rozwijać się tak jak ich zdrowym rówieśnikom. Podobnie jest w mukowiscydozie: pacjenci wcześniej ciężko chorzy, często zależni od tlenoterapii, dzięki nowym lekom mogą wrócić do normalnego życia. To prawdziwe „game changery”, bo przekładają się na realną, jakościową poprawę codziennego funkcjonowania.

Wspomniał pan, że refundacja zaczyna się od inicjatywy firmy. Czy w ostatnim roku zmieniło się podejście zagranicznych producentów do Polski i czy dzięki temu widoczny był „wysyp” wniosków?

Nie chodzi o prosty wzrost liczby wniosków. Zmieniła się raczej logika działania producentów: Polska jest elementem szerszej strategii europejskiej, a dokumentacja trafia do nas wtedy, gdy „spina się” cały model wejścia na rynek – regulacyjnie, cenowo i organizacyjnie. Wnioskodawcy kalkulują kolejność krajów, wybór ścieżki dostępu i moment złożenia wniosku refundacyjnego. W praktyce rozważanych jest kilka scenariuszy: klasyczny wniosek, pomostowe ścieżki dostępu (np. RDTL, import docelowy), badania niekomercyjne finansowane przez Agencję Badań Medycznych i dopiero potem pełny proces refundacyjny. To są naczynia połączone, dlatego potrzebne jest podejście systemowe również po stronie państwa.

Największe ograniczenie dotyczy chorób rzadkich i ultrarazadkich. Barierą nie jest wyłącznie cena, ale brak danych: bez przesiewu i dobrych rejestrów trudno wiarygodnie określić populację, ścieżkę diagnostyczną i realny koszt dla systemu. W efekcie część wnioskodawców wstrzymuje się, bo ryzyko jest trudne do skalkulowania, a identyfikacja pacjentów bywa organizacyjnie niewykonalna.

Widać to także w porównaniu europejskim: technologie rejestrowane w Europie, które nie trafiają do Polski w formie wniosków, głównie kumulują się w obszarze terapii w chorobach rzadkich. To się nie zmienia bez twardych narzędzi – przewiesiu tam, gdzie ma swoje uzasadnienie, sprawnych rejestrów

i danych z realnej praktyki klinicznej. Bez tego luka w dostępie do terapii w rzadkich wskazaniach będzie się utrzymywać, niezależnie od tego, jak sprawnie prowadzimy procesy w dużych populacjach.

Jednocześnie mamy mocny atut: Polska jest liczącym się krajem prowadzenia badań klinicznych w Europie. To buduje kompetencje ośrodków i bazę danych – kluczowe jest jednak, by przekładało się to na lepsze mapowanie populacji i bardziej przewidywalne decyzje refundacyjne.

W 2025 r. negocjacje cenowe przyniosły ok. 1,7 mld zł oszczędności. Czy te środki realnie wracają do systemu w postaci kolejnych decyzji refundacyjnych?

I tak, i nie, ponieważ zależy to, jak te oszczędności są księgowane. Nie trafiają automatycznie do budżetu na nowe refundacje, ale wracają do ogólnej puli NFZ. Warto dodać, że wcześniej było jeszcze mniej korzystnie: środki te trafiały do ogólnego budżetu państwa, więc płatnik publiczny nie korzystał z nich w pełnym zakresie. Jednocześnie negocjacje cenowe to jeden z niewielu obszarów ochrony zdrowia, w którym systemowo i regularnie generuje się duże oszczędności, i gdy prowadzone są równoległe, na szeroką skalę, realnie obniżają koszty. Modelowo najlepiej byłoby, gdyby te środki wprost zasilały budżet refundacyjny. Wtedy decyzje o finansowaniu i „odzyskiwanie” pieniędzy przez negocjacje tworzyłyby czytelną przestrzeń na kolejne terapie. Mimo że nie ma tu prostego automatu, dobrym kierunkiem jest to, że dziś oszczędności wracają do puli NFZ – jako efekt pracy Komisji Ekonomicznej i ministra nadzorującego politykę lekową.

Jest pan znany z pracowitości i twardych negocjacji z firmami, a praca w Departamencie Polityki Lekowej i Farmacji oraz Komisji Ekonomicznej to stała presja i odpowiedzialność. Jak „ładuje pan baterie”? Jakże pasje pozwalają panu złapać oddech?

Większość osób zna mnie tylko z jednej strony, i może dobrze. Ci, którzy mnie znają prywatnie, wiedzą, że „nie taki Mateusz straszny”. Poza pracą najbardziej potrzebuję formy relaksu, która jest twórcza. Ostatnio sprawia mi dużą przyjemność robienie „lasów w słoiku” – małych projektów artystycznych, które pozwalają mi się wyciszyć. Poza tym mam też poczucie, że przez lata pracy w administracji ochrony zdrowia zaniedbałem podróżowanie. Dlatego teraz bardzo się na to otworzyłem – to jest mój cel na kolejne lata. Nic tak nie porządkuje głowy, jak zmiana perspektywy i doświadczenie świata w ruchu.

A gdy wracam do domu późno, czasem w środku nocy, i potrzebuję się odciąć – sięgam po fantastykę. Jestem fanem różnych uniwersów: od Harry’ego Pottera, przez Władcę Pierścieni, po Marvela. Lubię na chwilę wejść w świat bardziej abstrakcyjny – to pomaga mi złapać równowagę po „twardym” codzienności pracy.

Rozmawiała Katarzyna Matusiewicz

Do lektury całego wywiadu zapraszamy na pulsmedycyny.pl

11. Wojciech Fendler, prof. dr hab. n. med., spec. pediatrii i diabetologii; kierownik Zakładu Biostatystyki i Medycyny Translacyjnej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi; prezes Agencji Badań Medycznych (do lutego 2026 r.); skarbnik Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego (PTD) i przewodniczący Komisji Nagród i Grantów PTD; członek: Komisji Etyki w Nauce przy Polskiej Akademii Nauk, a także Komitetów: Nauk Klinicznych oraz Genetyki Człowieka i Patologii Molekularnej PAN.

12. Beata Jagielska, dr hab. n. med., spec. chorób wewnętrznych i onkologii klinicznej; dyrektorka Narodowego Instytutu Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowego Instytutu Badawczego w Warszawie; przewodnicząca Krajowej Rady Onkologicznej.

13. Piotr Czauderna, prof. dr hab. n. med., spec. chirurgii dziecięcej, fellow of the American College of Surgeons, fellow of the European Board of Pediatric Surgery; kierownik Kliniki Chirurgii i Urologii Dzieci i Młodzieży Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego oraz Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego w Gdańsku; społeczny doradca Prezydenta RP i przewodniczący Rady Zdrowia przy Prezydencji RP; przewodniczący Rady Funduszu Medycznego; członek komitetów redakcyjnych licznych krajowych i zagranicznych czasopism naukowych.

14. Grzegorz Gielerak, gen. broni, prof. dr hab. n. med., MBA, spec. chorób wewnętrznych i kardiologii; dyrektor Wojskowego Instytutu Medycznego – Państwowego Instytutu Badawczego (od 2007 r.); konsultant krajowy ds. obronności w dziedzinie medycyny – choroby wewnętrzne (do 18.02.2026 r.); członek: Rady Zdrowia przy Prezydencji RP (od 5.12.2025 r.), Rady ds. Ochrony Zdrowia działającej w ramach Narodowej Rady Rozwoju (2021-2025), Państwowej Komisji Egzaminacyjnej w dziedzinie chorób wewnętrznych i kardiologii.

15. Andrzej Januszewicz, prof. dr hab. n. med., spec. chorób wewnętrznych i hipertensjologii; kierownik Kliniki Nadciśnienia Tętniczego Narodowego Instytutu Kardiologii (NIKard), wiceprzewodniczący Rady Naukowej NIKard i przewodniczący Komisji Nauki NIKard; konsultant krajowy w dziedzinie hipertensjologii; wiceprezydent Europejskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego (European Society of Hypertension, ESH) i prezydent elekt ESH (wybrany 20 grudnia 2025 r.); członek: korespondent Polskiej Akademii Nauk, zarządu Polskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego, Rady Krajowej Sieci Kardiologicznej, Rady Narodowego Programu Chorób Układu Krążenia.

16. Katarzyna Kacperczyk, podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia.

17. Wojciech Szczeklik, prof. dr hab. n. med., spec. chorób wewnętrznych, anestezjologii i intensywnej terapii oraz immunologii klinicznej; kierownik Ośrodka Intensywnej Terapii i Medycyny Okolozabiegowej Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium

Medicum (UJCM) oraz Kliniki Anestezjologii i Intensywnej Terapii w 5. Wojskowym Szpitalu Klinicznym z Polikliniką w Krakowie; profesor wizytujący Uniwersytetu McMastera w Kanadzie (Hamilton, 2016-2025), senior research international fellow w Population Health Research Institute w Hamilton, Ontario w Kanadzie (od 2017 r.), metodolog w Guide Canada Group – Guidelines in Intensive Care, Development and Evaluation (od 2017 r.); założyciel i przewodniczący Polskiej Grupy PERI-CRIT (od 2024 r.); prezes Stowarzyszenia Forum Intensywnej Terapii i redaktor naczelny oraz założyciel głównej platformy edukacyjnej w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii dla PTAiT i PTPAiO – Intensywna.pl; przewodniczący komitetu organizacyjnego i naukowego Forum Intensywnej Terapii – corocznej największej konferencji w dziedzinie intensywnej terapii; członek: zarządu Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Rady Ekspertów przy Naczelnej Radzie Lekarskiej, Komitetu ds. Kryzysu Klimatycznego Polskiej Akademii Nauk, kapituł konkursów: Supertalenty, Wschodzące Gwiazdy Polskiej Medycyny, Złoty Skalpel oraz Portrety Polskiej Medycyny; członek: European Society of Anesthesia and Intensive Care (ESAIC) oraz komitetu ds. wytycznych ESAIC (druga kadencja); European Society of Intensive Care (ESICM), komitetu naukowego corocznej międzynarodowej konferencji: McMaster International Review Course in Internal Medicine.

18. Krzysztof Kałwak, prof. dr hab. n. med., spec. pediatrii, transplantologii klinicznej, onkologii i hematologii dziecięcej oraz immunologii klinicznej; kierownik Katedry i Kliniki Transplantacji Szpiku, Onkologii i Hematologii Dziecięcej we Wrocławiu – Ponadregionalnego Centrum Onkologii Dziecięcej („Przylądka Nadziei”); prezydent European Bone Marrow Transplant Group (EBMT) Working Party Pediatric Diseases (od kwietnia 2023 r.); wiceprzewodniczący Polskiej Pediatrycznej Grupy ds. Transplantacji Komórek Krwiotwórczych; wiceprezes Polskiej Federacji Ośrodków Transplantacji Szpiku; mentor Rafał Brzozka Foundation.

19. Mariusz Kuśmierczyk, prof. dr hab. n. med., spec. kardiochirurgii i transplantologii klinicznej; kierownik Kliniki Chirurgii Serca, Klatki Piersiowej i Transplantologii w Uniwersyteckim Centrum Klinicznym Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego; konsultant krajowy w dziedzinie kardiochirurgii; członek Krajowej Rady Transplantacyjnej; prezes Polskiego Towarzystwa Transplantacji Serca, Pluc i Mechanicznego Wspomagania Krążenia.

20. Małgorzata Myśliwiec, prof. dr hab. n. med., spec. pediatrii, endokrynologii i diabetologii dziecięcej; kierownik Katedry i Kliniki Pediatrii, Diabetologii i Endokrynologii Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego w Gdańsku; konsultantka wojewódzka w dziedzinie endokrynologii i diabetologii dziecięcej dla województwa pomorskiego; pełnomocniczka Polskiego Towarzystwa

Diabetologicznego (PTD) ds. współpracy z Ministerstwem Zdrowia i Parlamentem, wiceprzewodnicząca zarządu Sekcji Pediatrycznej PTD; członkini: Gdańskiego Towarzystwa Naukowego, Komisji Rewizyjnej ZG PTD, ZG Polskiego Towarzystwa Endokrynologii i Diabetologii Dziecięcej, Zespołu Doradczego ds. Chorób Układu Krążenia u Dzieci.

21. Marcin Moniuszko, prof. dr hab. n. med., spec. chorób wewnętrznych i alergologii; rektor Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku (UMB) i kierownik Kliniki Alergologii i Chorób Wewnętrznych UMB; wiceprzewodniczący Konferencji Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych (KRAUM); członek ZG Polskiego Towarzystwa Alergologicznego.

22. Daniel Rutkowski, mgr ekonomii; prezes Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji; członek Krajowej Rady Onkologicznej.

23. Bartosz Karaszewski, prof. dr hab. n. med., spec. neurologii; kierownik Katedry Neurologii i Kliniki Neurologii Dorosłych Wydziału Lekarskiego Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego; ordynator Kliniki Neurologii Dorosłych Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego w Gdańsku; konsultant krajowy w dziedzinie neurologii; przewodniczący Komitetu Nauk Klinicznych Polskiej Akademii Nauk; przewodniczący Sekcji Chorób Naczyniowych Mózgu Polskiego Towarzystwa Neurologicznego; główny badacz dwóch największych polskich niekomercyjnych badań klinicznych w obszarze medycyny udaru mózgu: STROACT (STroke on AntiCoagulants for Thrombolysis) i WAKE-IN (Wake-Up Stroke for Invasive Treatment) – finansowanych przez ABM.

24. Wojciech Młynarski, prof. dr hab. n. med., spec. pediatrii, endokrynologii i diabetologii dziecięcej oraz onkologii i hematologii dziecięcej; kierownik I Katedry Pediatrii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi i Kliniki Pediatrii, Onkologii i Hematologii UM; prezes Polskiego Towarzystwa Onkologii i Hematologii Dziecięcej; ekspert WOŚP w zakresie onkologii i hematologii dziecięcej; ad hoc member of the Advisory Committee of the St. Jude Global Program in Pediatric Cancer and other Catastrophic Diseases (Memphis, USA), członek Amerykańskiego Towarzystwa Hematologicznego (od 2025 r.).

25. Michał Sutkowski, lek., spec. chorób wewnętrznych i medycyny rodzinnej; prodziekan Wydziału Medycznego ds. Rozwoju Uczelni Łazarskiego; dyrektor i lekarz NZOZ „Medycyna Rodzinna” w Osuchowie (gmina Mszczonów); prezes Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce (KLrWP) w kadencji 2026-2030, prezes Warszawskich Lekarzy Rodzinnych/ Warszawskiego Oddziału Terenowego KLrWP i rzecznik prasowy KLrWP; współzałożyciel i ekspert Medycznej Racji Stanu; członek Komisji Ekspertów ds. Zdrowia przy Rzeczniku Praw Obywatelskich; lekarz osób bezdomnych, związany m.in. ze Wspólnotą św. Marcina de Porres, Wspólnotą Chleb Życia, Wspólnotą Sant’Egidio.

26. Piotr Jankowski, prof. dr hab. n. med., spec. chorób wewnętrznych i kardiologii, European Accreditation in Intensive and Acute Cardiac Care; kierownik Katedry i Kliniki Chorób Wewnętrznych i Gerontokardiologii Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego (CMKP) w Szpitalu im. prof. W. Orłowskiego w Warszawie; zastępca dyrektora CMKP ds. naukowych – prorektor (do września 2025 r.); dziekan Szkoły Zdrowia Publicznego CMKP; pełnomocnik dyrektora CMKP ds. ewaluacji jakości działalności naukowej; kierownik Zakładu Epidemiologii i Promocji Zdrowia CMKP; zastępca dyrektora Szpitala im. prof. W. Orłowskiego ds. leczenia (do września 2025 r.); przewodniczący Rady Fundacji Zdrowia Publicznego; członek: Komitetu Zdrowia Publicznego Polskiej Akademii Nauk, Rady Naukowej Narodowego Instytutu Kardioilogii i Taryfikacji; Naukowej Narodowego Testu Zdrowia Polaków; koordynator w Europejskim Towarzystwie Kardiologicznym ds. profilaktyki chorób układu krążenia w Polsce; przewodniczący Komisji Statutowo-Regulaminowej Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego (PTK); pełnomocnik zarządu PTK ds. kontaktów z World Heart Federation.

27. Ewa Lech-Marañda, prof. dr hab. n. med., spec. chorób wewnętrznych, hematologii, transplantologii klinicznej i immunologii klinicznej; MBA w ochronie zdrowia; dyrektorka Instytutu Hematologii i Transfuzjologii (IHiT) w Warszawie, kierownik Kliniki Hematologii IHiT oraz Katedry Hematologii i Transfuzjologii Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego; konsultantka krajowa w dziedzinie hematologii; wiceprezesa: Polskiego Towarzystwa Hematologów i Transfuzjologów, Polskiej Grupy ds. Leczenia Białacek u Dorosłych (PALG); zastępca przewodniczącego Krajowej Rady Krwioudawstwa i Krwiolecniactwa; członkini: zarządu Polskiej Grupy Badawczej Chłoniaków (PLRG), Krajowej Rady Transplantacyjnej, Rady Narodowego Programu Leczenia Chorych na Hemofilię i Pokrewne Skazy Krwiotoczne, Zespołu Ministerialnego ds. Narodowej Strategii Onkologicznej; redaktor naczelna czasopism „Hematology in Clinical Practice” oraz „Hematologia i Edukacja”.

28. Robert Julian Gil, prof. dr hab. n. med., spec. chorób wewnętrznych, kardiologii, angiologii oraz intensywnej terapii; kierownik Kliniki Kardiologii Państwowego Instytutu Medycznego MSWiA w Warszawie; prezes Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego w latach 2023-2025 (do września); przewodniczący Klubu Kardiologów Interwencyjnych AISN PTK (od 2011 r.), przewodniczący Grupy roboczej (Task Force) Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego ds. EuroAzji; twórca i dyrektor (od 29 lat) Warsztatów Kardiologii Interwencyjnej. W 2025 r. otrzymał złoty medal od Prezydenta RP za całokształt pracy.

29. Marek Migdał, dr n. med., spec. pediatrii i chorób płuc; dyrektor Instytutu „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka”.

30. Anna Latos-Bieleńska, prof. dr hab. n. med., spec. genetyki klinicznej i laboratoryjnej genetyki medycznej w Katedrze i Zakładzie Genetyki Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu; konsultantka krajowa w dziedzinie genetyki klinicznej; przewodnicząca Polskiego Rejestru Wrodzonych Wad Rozwojowych.

31. Piotr Suwalski, prof. dr hab. n. med., spec. kardiouchirurgii i transplantologii klinicznej; dyrektor Państwowego Instytutu Medycznego MSWiA w Warszawie.

32. Stanisław Maćkowiak, inż. mechanik, logistik; prezes Federacji Pacjentów Polskich, Krajowego Forum ORPHAN; przewodniczący Rady Organizacji Pacjentów przy Rzeczniku Praw Pacjenta, członek: Rady Organizacji Pacjentów przy Ministerstwie Zdrowia (MZ), Rady Funduszu Gastroentelologii, Rady ds. Chorób Rzadkich przy MZ, Rady Naukowej ds. Platformy Informacyjnej Choroby Rzadkie, Komitetu Sterującego ds. koordynacji wsparcia w sektorze zdrowia.

33. Marcin Grabowski, prof. dr hab. n. med., spec. chorób wewnętrznych, kardiologii, hipertensjologii, w trakcie specjalizacji z angiologii; kierownik I Katedry i Kliniki Kardiologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, członek ZG oraz rzecznik prasowy Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, członek: Rady Naukowej Narodowego Instytutu Kardiologii, Rady Towarzystw Naukowych przy Polskiej Akademii Nauk, Rady Programowej Fundacji Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego.

34. Leszek Czupryniak, prof. dr hab. n. med., spec. chorób wewnętrznych i diabetologii; kierownik Kliniki Diabetologii i Chorób Wewnętrznych Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego; wiceprzewodniczący Rady Globalnej Europejskiego Towarzystwa Badań nad Cukrzycą (EASD Global Council); członek: ZG Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego, ZG International Diabetes Federation – Europe, Komitetu Programowego Zjazdów Naukowych EASD (2022-2025); redaktor naczelny pisma „Current Topics in Diabetes”.

35. Tomasz Maciejewski, dr n. med., spec. położnictwa i ginekologii oraz perinatologii; podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia; dyrektor Instytutu Matki i Dziecka w Warszawie (do września 2025).

36. Łukasz Jankowski, dr n. med. i n. o zdr., spec. nefrologii; prezes Naczelnej Rady Lekarskiej.

37. Andrzej Nowakowski, dr hab. n. med., prof. NIO-PiB, spec. położnictwa i ginekologii oraz ginekologii onkologicznej; kierownik Centralnego Ośrodka Koordynującego Program Profilaktyki Raka Szyjki Macicy w Polsce oraz Poradni Profilaktyki Raka Szyjki Macicy Narodowego Instytutu Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowego Instytutu Badawczego w Warszawie; specjalista pracowni robotyki operacyjnej Centrum Edukacyjnego Robotyki Operacyjnej w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. Stefana

Kardynała Wyszyńskiego SP ZOZ w Lublinie; przewodniczący Sekcji Patologii Szyjki Macicy, Kolposkopii i Cytologii Polskiego Towarzystwa Ginekologów i Położników; ekspert The International Agency for Research on Cancer (IARC), Working Group of the European Commission Initiative on Cervical Cancer (EC-CvC), członek The Governmental Advisory Board for the EUCanScreen Project.

38. Bernard Waśko, dr n. med., spec. pediatrii; dyrektor Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego PZH – Państwowego Instytutu Badawczego (od 2023 r.); członek Rady Agencji Badań Medycznych (kadencja 2025-2031).

39. Michał F. Kamiński, prof. dr hab. n. med., spec. gastroenterologii i onkologii klinicznej; kierownik Kliniki Gastroenterologii Onkologicznej Narodowego Instytutu Onkologii – Państwowego Instytutu Badawczego oraz Kliniki Gastroenterologii, Hepatologii i Onkologii Klinicznej Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego; przewodniczący Sekcji Jakości Polskiego Towarzystwa Gastroenterologii (PTG) i współprzewodniczący Sekcji Endoskopii PTG.

40. Katarzyna Kotulska-Jóźwiak, prof. dr hab. n. med., spec. neurologii i neurologii dziecięcej; kierownik Kliniki Neurologii i Epileptologii Instytutu „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka” (IPCZD); reprezentantka Polski w Zarządzie Państw Członkowskich UE ds. Europejskich Sieci Referencyjnych; przewodnicząca: Komisji Bioetycznej przy IPCZD, Zespołu koordynującego leczenie SMA w Polsce; wiceprzewodnicząca: Komitetu Neurobiologii Polskiej Akademii Nauk, Rady Naukowej IPCZD; członkini: Komitetu Nauk Neurologicznych PAN, Rady Agencji Badań Medycznych, Rady Naukowej Instytutu Centrum Zdrowia Matki Polki i Instytutu Biologii Doświadczalnej im. M. Nenckiego PAN, Rady projektu BrainCity, Rady ds. Chorób Rzadkich, Komitetu Sterującego projektu European Rare Disease Research Coordination and Support Action Consortium (ERICA), Rady Naukowej Fundacji SMA, Komitetu Doradczego Polskiego Towarzystwa Stwardnienia Rozsianego.

41. Aleksandra Lewandowska, dr n. med., spec. psychiatrii dzieci i młodzieży; koordynatorka medyczna Oddziału Psychiatrycznego dla Dzieci oraz pełnomocniczka ds. psychiatrii dzieci i młodzieży, a także kierownik naukowy i prowadząca zajęcia dla uczestników specjalizacji z psychoterapii dzieci i młodzieży w Specjalistycznym Psychiatrycznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej im. J. Babińskiego w Łodzi; specjalistka ds. utworzenia Centrum Wsparcia Rodziny Instytutu Matki i Dziecka (od 2025 r.); ekspertka merytoryczna Biura Zapobiegania Samobójstwom Instytut Psychiatrii i Neurologii (2023-2025); konsultantka krajowa w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży (od 2021 r.); przewodnicząca Państwowej Komisji Egzaminacyjnej w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży, autorka i współautorka pytań egzaminacyjnych do Państwowego

Egzaminu Specjalizacyjnego z psychiatrii i psychiatrii dzieci i młodzieży; członkini komisji egzaminacyjnej ds. certyfikacji terapeutów środowiskowych dzieci i młodzieży; edukatorka środowisk oświatowych realizująca szkolenia i wykłady w ramach współpracy z Ośrodkiem Rozwoju Edukacji; wykładowczyni i egzaminatorka w Akademii Pedagogiki Specjalnej w Warszawie (zajęcia z psychiatrii dzieci i młodzieży na studiach podyplomowych z pedagogiki specjalnej); wykładowczyni: w Uniwersytecie Medycznym w Poznaniu (moduł z zakresu zdrowia psychicznego w ramach studiów podyplomowych z edukacji zdrowotnej), na studiach podyplomowych z suicydologii organizowanych przez Polskie Towarzystwo Suicydologiczne oraz gościnnie w Uniwersytecie Zielonogórskim (psychiatria dzieci i młodzieży dla studentów koła naukowego psychiatrii dzieci i młodzieży); ekspertka merytoryczna polskiej prezydencji w zakresie priorytetów Ministerstwa Zdrowia (2024-2025) oraz w Komitecie Sterującym zespołu opracowującego raport „Addressing the digital determinants of youth mental health and well-being” przy Światowej Organizacji Zdrowia (2025); przewodnicząca Komisji Konkursowej Ogólnopolskiego Konkursu Wiedzy o Zdrowiu Psychicznym, organizowanego przez Akademię Leona Koźmińskiego przy współpracy z Biurem Rzecznika Praw Dziecka (2025); wiceprzewodnicząca Rady ds. Zdrowia Psychicznego przy Ministerstwie Zdrowia; członkini: Rady Naukowej Instytutu Psychiatrii i Neurologii (2024-2025), Zespołu Ekspertów Instytutu Ochrony Zdrowia do opracowania założeń ogólnopolskiego programu badań przesiewowych dzieci w kierunku autyzmu (2025).

42. Joanna Chorostowska-Wynimko, prof. dr hab. n. med., spec. chorób wewnętrznych, chorób płuc i laboratoryjnej immunologii klinicznej; kierownik Zakładu Genetyki i Immunologii Klinicznej Instytutu Doświadczalnej im. M. Nenckiego PAN, prezydentka European Respiratory Society; przewodnicząca Cross Border Care Committee w ramach sieci ERN-LUNG; prezeska Fundacji na rzecz Chorych z Niedoborem Alfa-1 Antytrypsyny; członkini: zarządu Federation of International Respiratory Societies, zarządu Polskiego Towarzystwa Chorób Płuc, Komitetu Naukowego European Alpha-1 Research Collaboration (EARCO), Medycznego Komitetu Sterującego European Reference Network-LUNG, Komitetu Integrated Data Access Governance Council (IDAGC) w ramach konsorcjum EU „Integration of Heterogenous Data and Evidence towards Regulatory & HTA Acceptance” (IDERHA), Komitetu Sterującego International Respiratory Coalition, College of Experts European Respiratory Society, Komisji Akredytacyjnej ds. specjalizacji w dziedzinie laboratoryjnej immunologii medycznej Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego, Prezydium Koalicji na Rzecz Leczenia Astmy, Rady Naukowej Ogólnopolskiego Programu Zwalczania Chorób Infekcyjnych, Grupy Sterującej All.Can Polska, zarządu Fundacji People4People, rad redakcyjnych szeregu pism międzynarodowych, w tym „European Respiratory Journal”.

43. Wojciech Marlicz, prof. dr hab. n. med. i n. o zdr., spec. chorób wewnętrznych i gastroenterologii, FACC, FRCPE; Katedra i Klinika Gastroenterologii Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego (PUM) w Szczecinie; prezes Polskiego Towarzystwa Gastroenterologii (PTG-E) oraz przewodniczący Sekcji Mikroskopowego Zapalenia Jelita Grubego i Sekcji Psychogastroenterologii PTG-E, skarbnik Sekcji Neurogastroenterologii PTG-E; działacz Światowej Organizacji Gastroenterologii (World Gastroenterology Organisation, WGO), m.in.: członek Governing Council i przewodniczący programu Train The Trainers Committee; przedstawiciel w Polsce: European Helicobacter pylori Registry i European Lifestyle Medicine Organization; członek: Senatu Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie, Rady Nauki PUM, European Colonoscopy Quality Investigation Group, European Microscopic Colitis Study Group, American College of Gastroenterology, Royal College of Physicians (Edynburg); członek honorowy Stowarzyszenia Osób z Celiakią i na Diecie Bezglutenowej; co-editor in chief „Przeglądu Gastroenterologicznego” (organ PTG-E); członek zespołu redakcyjnego „Journal of Clinical Medicine” i „Biomedicines”; wiceprezes Sanprobi Sp. z o.o. Sp. k.

44. Jan Styczyński, prof. dr hab. n. med., spec. pediatrii, transplantologii klinicznej oraz onkologii i hematologii dziecięcej; kierownik Katedry i Kliniki Pediatrii, Hematologii, Onkologii, Immunologii i Transplantologii w Szpitalu Uniwersyteckim nr 1 im. dr. A. Jurasza, Collegium Medicum Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Bydgoszczy; konsultant krajowy w dziedzinie onkologii i hematologii dziecięcej; przewodniczący dwóch Zespołów Koordynacyjnych NFZ: dla terapii CAR-T oraz nerwiakowłókniaków splotowatych; członek: Krajowej Rady Transplantacyjnej, Rady Narodowego Programu Leczenia Chorych Na Hemofilię i Pokrewne Skazy Krwotoczne przy Narodowym Centrum Krwi, ZG Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego, Polskiego Towarzystwa Onkologii i Hematologii Dziecięcej, Polskiego Towarzystwa Hematologicznego i Transfuzjologicznego; sekretarz Infectious Diseases Working Party (IDWP) w European Society for Blood and Marrow Transplantation; wiceprezydent ECIL (organizacja ds. rekomendacji łącząca cztery europejskie towarzystwa naukowe: EBMT, EORTC, ICHS i LeukemiaNet).

45. Irena Walecka, prof. dr hab. n. med., spec. dermatologii i wenerologii, balneologii i medycyny fizykalnej oraz zdrowia publicznego; kierownik Katedry i Kliniki Dermatologii i Dermatologii Dziecięcej Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego (CMKP) w Państwowym Instytucie Medycznym MSWiA; konsultantka wojewódzka w dziedzinie dermatologii i wenerologii dla województwa mazowieckiego; członkini Rady Naukowej CMKP, Rady Naukowej Narodowego Instytutu Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji, ZG Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego (PTD) i Zarządu Warszawskiego PTD; przewodnicząca Rady Społecznej Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Rzeszowie.

Recomenduje RECOMED®

SKUTECZNE ŻYWIENIE W WALCE Z CHOROBA



46. Maciej Małecki, prof. dr hab. n. med., spec. chorób wewnętrznych, diabetologii, endokrynologii i diagnostyki laboratoryjnej; prorektor Uniwersytetu Jagiellońskiego ds. Collegium Medicum; kierownik Kliniki Chorób Metabolicznych Wydziału Lekarskiego Collegium Medicum UJ oraz Oddziału Klinicznego Diabetologii, Chorób Wewnętrznych i Chorób Metabolicznych Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie; przewodniczący Komisji Rewizyjnej Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego; członek zarządu Fundacji EASD European Diabetology.

47. Ryszard Gellert, prof. dr hab. n. med., spec. chorób wewnętrznych, nefrologii, medycyny rodzinnej oraz intensywnej terapii; dyrektor medyczny Szpitala Bielańskiego im. ks. Jerzego Popiełuszki w Warszawie; p.o. kierownika Kliniki Nefrologii, Chorób Wewnętrznych i Medycyny Rodzinnej Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego (CMKP); lekarz kierujący II Oddziałem Chorób Wewnętrznych z Pododdziałem Nefrologicznym w Szpitalu Bielańskim; pełnomocnik dyrektora CMKP ds. jakości kształcenia; członek: Rady Naukowej Głównej Biblioteki Lekarskiej, zarządu Towarzystwa Internistów Polskich, zarządu Polskiego Towarzystwa Intensywnej Terapii Interdyscyplinarnej.

48. Waldemar Banasiak, prof. dr hab. n. med., spec. chorób wewnętrznych i kardiologii; kierownik Katedry Nauk Klinicznych Niezabiegowych Wydziału Medycznego Politechniki Wrocławskiej oraz Ośrodka Chorób Serca w 4. Wojskowym Szpitalu Klinicznym we Wrocławiu; konsultant krajowy w dziedzinie kardiologii; przewodniczący: Państwowej Komisji Egzaminacyjnej z kardiologii oraz Rady Dyscypliny Naukowej – Nauki Medyczne Politechniki Wrocławskiej (2024-2028); członek: Krajowej Rady ds. Kardiologii (do sierpnia 2025 r.), Rady Naukowej Wojskowego Instytutu Medycznego – Państwowego Instytutu Badawczego (2025-2029).

49. Sebastian Szmít, dr hab. n. med. prof. CMKP, spec. chorób wewnętrznych, kardiologii i onkologii klinicznej; kierownik Zakładu Kardioonkologii Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego (CMKP); konsultant Pododdziału Kardioonkologii Narodowego Instytutu Onkologii – Państwowego Instytutu Badawczego w Warszawie; przewodniczący: Grupy Badawczej ds. zakrzepicy w Radzie Kardioonkologii Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego (Study Group on Thrombosis, Council of Cardio-Oncology, European Society of Cardiology), Komisji Edukacji w Międzynarodowym Towarzystwie Kardioonkologicznym (Education & Training Advisory Committee, International Cardio-Oncology Society), Sekcji Leczenia Wspomagającego Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej (Supportive Care Section of the Polish Society of Clinical Oncology – MASCC Affiliate); lider Zespołu ds. Kardioonkologii przy Krajowym Ośrodku Monitorującym Krajowej Sieci Onkologicznej.

50. Agnieszka Szuster-Ciesielska, prof. dr hab. n. biol., spec. immunologii i wirusologii w Katedrze Wirusologii i Immunologii Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie; członkini: zarządu Polskiego Towarzystwa Wirusologicznego, Zespołu Ekspertów ds. przeciwdziałania dezinformacji przy Rzeczniku Praw Pacjenta.

51. Krystyna Ptok, mgr socjologii; pielęgniarka; przewodnicząca Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielgniarek i Położnych; wiceprzewodnicząca Forum Związków Zawodowych.

52. Agnieszka Pietraszewska-Macheta, mgr prawa, radca prawny; dyrektorka Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia.

53. Adam Jarubas, dr n. hum., adiunkt na Uniwersytecie Jana Kochanowskiego w Kielcach; wiceprezes NKW PSL, poseł do Parlamentu Europejskiego (PE), przewodniczący stałej Komisji Zdrowia Publicznego SANT w PE, współprzewodniczący polskiej delegacji KO-PSL w PE.

54. Michał Hawranek, dr hab. n. med., spec. chorób wewnętrznych, kardiologii i intensywnej terapii; kierownik Pracowni Hemodynamiki i Radiologii Zabiegowej Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrzu Śląskiego Uniwersytetu Medycznego; przewodniczący Asocjacji Interwencji Sercowo-Naczyniowych Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego (AISN PTK), współprzewodniczący Komisji Towarzystw Narodowych Europejskiej Asocjacji Interwencji Sercowo-Naczyniowych; członek: ZG oraz skarbnik Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, zarządu Europejskiej Asocjacji Interwencji Przeszkórnych ESC; prezes Fundacji „Think-Tank. Prevention&Intervention”.

55. Anna Rulkiewicz, dr n. med. i n. o zdr.; prezeska Grupy LUX MED; wiceprezydentka Konfederacji Lewiatan; prezeska Związku Pracodawcy dla Zdrowia; wiceprzewodnicząca Rady Polskiego Komitetu Olimpijskiego; członkini: Rady Nadzorczej Banku Handlowego SA (Citi Handlowy), Rady Programowej studiów MBA prowadzonych przez Szkołę Główną Handlową i Warszawski Uniwersytet Medyczny.

56. Andrzej Marszałek, prof. dr hab. n. med., spec. patomorfologii; kierownik Katedry i Zakładu Patologii Nowotworów i Profilaktyki Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu oraz Zakładu Patologii Nowotworów Wielkopolskiego Centrum Onkologii w Poznaniu; konsultant krajowy w dziedzinie patomorfologii; wiceprzewodniczący Krajowej Rady Onkologicznej, sekretarz UEMS (The European Union of Medical Specialist) Pathology.

57. Krzysztof Narkiewicz, prof. dr hab. n. med., spec. chorób wewnętrznych i hipertensjologii; kierownik Katedry Nadciśnienia Tętniczego i Diabetologii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego; wiceprezes Oddziału PAN w Gdańsku; członek rzeczywisty PAN i członek korespondent PAU, członek: Rady Głównej Nauki i Szkolnictwa Wyższego, Rady Kuratorów Wydziału V PAN.

58. Rafał Krenke, prof. dr hab. n. med., spec. chorób wewnętrznych, chorób płuc i intensywniej terapii; rektor Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego (WUM); kierownik Katedry i Kliniki Chorób Wewnętrznych, Pneumonologii i Alergologii WUM; konsultant wojewódzki w dziedzinie chorób płuc dla województwa mazowieckiego; przewodniczący Rady Naukowej Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie; członek: Rady Naukowej Narodowego Instytutu Onkologii w Warszawie, Rady Naukowej Instytutu Biocybernetyki i Inżynierii Biomedycznej im. M. Nałęczą PAN w Warszawie, ZG Polskiego Towarzystwa Chorób Płuc.

59. Agnieszka Gorgoń-Komor, dr n. med., spec. chorób wewnętrznych i kardiologii; senator RP (KO); przewodnicząca: Parlamentarnego Zespołu ds. Badań Naukowych i Innowacji w Ochronie Zdrowia, Parlamentarnego Zespołu ds. Kardiologii, Parlamentarnego Zespołu ds. Partnerstwa Publiczno-Prywatnego, wiceprzewodnicząca senackiej Komisji Zdrowia; wiceprezeska Polskiego Towarzystwa Lekarskiego (PTL) i prezeska Oddziału Beskidzkiego PTL.

60. Mateusz Jankowski, prof. dr hab. n. med., spec. zdrowia publicznego w Szkole Zdrowia Publicznego Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego (CMKP), kierownik Zakładu Zdrowia Populacyjnego CMKP (do listopada 2025 r.); sekretarz ZG Polskiego Towarzystwa Medycyny Personalizowanej; przewodniczący Sekcji Antytytoniowej Polskiego Towarzystwa Chorób Płuc; ekspert Parlamentarnego Zespołu ds. Adherencji; członek: Rady Programowej Roku Edukacji Zdrowotnej i Profilaktyki Senatu RP, European Respiratory Society; edytor „ERJ OR” (jedyń Polak w oficjalnym czasopiśmie Europejskiego Towarzystwa Oddechowego), redaktor naczelny „European Journal of Health Policy, Humanization of Care and Medical Ethics”.

61. Mariusz Wyleżół, dr hab. n. med., spec. chirurgii ogólnej i bariatrycznej w II Katedrze i Klinice Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Onkologicznej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego; kierownik Warszawskiego Centrum Kompleksowego Leczenia Otyłości i Chirurgii Bariatrycznej w Szpitalu Czerniakowskim w Warszawie; prezes Polskiego Towarzystwa Leczenia Otyłości (kadencja 2025-2027).

62. Michał Markuszewski, prof. dr hab. n. farm.; rektor Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego (kadencja 2024-2028); członek Konferencji Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych w Polsce.

63. Mieczysław Walczak, prof. dr hab. n. med., spec. pediatrii, endokrynologii i diabetologii dziecięcej; kierownik Kliniki Pediatrii, Endokrynologii i Diabetologii Dziecięcej Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie; konsultant krajowy w dziedzinie endokrynologii i diabetologii dziecięcej; dyrektor Podyplomowej Szkoły Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego; przewodniczący: Polskiego Towarzystwa Endokrynologii i Diabetologii

Dziecięcej, Zespołu Koordynacyjnego ds. Stosowania Hormonu Wzrostu, Zespołu Koordynacyjnego ds. Chorób Ultrazadkich; członek Rady ds. Chorób Rzadkich przy Ministerstwie Zdrowia.

64. Anna Raciborska, prof. dr hab. n. med., spec. pediatrii, onkologii i hematologii dziecięcej; kierownik Kliniki Onkologii i Chirurgii Onkologicznej Instytutu Matki i Dziecka (IMiD) w Warszawie; executive member: Euro Ewing Sarcoma, Fight OsteoSarcoma Through European Resaerch (FOSTER); member at Large ECHO (European Consortium for Histiocytosis); zastępca przewodniczącej Polskiej Grupy Mięsakowej działającej w ramach Polskiego Towarzystwa Chirurgii Onkologicznej (PTChO); członkini: PeadCan ERN, HS, SIOP, PTOiHD, SIOPE, PTOCH, OECL, EORTC; członek honorowy Stowarzyszenia Sarcoma; członkini: zarządu Fundacji Spełnionych Marzeń, Rady Fundacji TVP, Rady Naukowej IMiD oraz Narodowego Instytutu Onkologii (NIO), Rady Programowej PZWL do platformy Medico; ekspertka w Naczelnej Komisji Bioetycznej oraz Komisji Bioetycznej przy NIO, ekspertka ABM, WIB.

65. Katarzyna Pogoda, dr n. med., spec. onkologii klinicznej; adiunkt w Klinice Nowotworów Piersi i Chirurgii Rekonstrukcyjnej Narodowego Instytutu Onkologii – Państwowego Instytutu Badawczego w Warszawie; przewodnicząca Sekcji Raka Piersi Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej (PTOK) odpowiedzialna za kierowanie pracami sekcji, przygotowanie rekomendacji oraz inicjowanie kluczowych projektów dla polskiej onkologii.

66. Paweł Koczkodaj, dr hab. n. med. i n. o zdr., prof. NIO, EMBA, spec. zdrowia publicznego, kierownik Pracowni Prewencji Pierwotnej i Polityki Zdrowotnej w Narodowym Instytucie Onkologii (NIO) – Państwowym Instytucie Badawczym w Warszawie; przewodniczący Zespołu Roboczego ds. Profilaktyki Krajowego Ośrodka Monitorującego w ramach Krajowej Sieci Onkologicznej; prezes elekt Stowarzyszenia Profilaktyków Polskich; wiceprzewodniczący sekcji naukowej Partnerstwa na Rzecz Profilaktyki i Leczenia Otyłości STOP OTYŁOŚCI; member of the European Code Against Cancer Communication and Health Literacy working group International Agency for Research on Cancer (IARC) WHO, member of the Regional Board (Europe) of the Movement Health Foundation; członek Rady Zdrowia przy Prezydencie RP; ekspert w obszarze priorytetów Ministerstwa Zdrowia podczas polskiej prezydencji w Radzie Unii Europejskiej; członek: naukowego komitetu sterującego Wielośrodkowego Ogólnopolskiego Badania Stanu Zdrowia Ludności (WOBASZ), Rady Naukowej Ogólnokrajowej Kampanii Profilaktycznej Ministerstwa Zdrowia „Planuję Długie Życie”; redaktor sekcji „Cancer Prevention and Public Health” czasopisma „Nowotwory. Journal of Oncology”.

67. Tomasz Grodzicki, prof. dr hab. med. dr h.c., spec. chorób wewnętrznych, geriatrii i hipertensjologii; kierownik Katedry

Chorób Wewnętrznych i Gerontologii Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum (UJCM), Kliniki Chorób Wewnętrznych i Geriatrii UJCM oraz Oddziału Chorób Wewnętrznych i Geriatrii w Szpitalu Uniwersyteckim w Krakowie; konsultant wojewódzki w dziedzinie chorób wewnętrznych dla województwa małopolskiego; zastępca dziekana Wydziału V Polskiej Akademii Nauk; członek: Rady Uczelni Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, Kapituły Prix Galien Polska.

68. Krzysztof Giannopoulos, prof. dr hab. n. med., spec. hematologii; dyrektor Centrum Wsparcia Badań Klinicznych Uniwersytetu Medycznego (UM) w Lublinie; kierownik Zakładu Hematoonkologii Doświadczalnej UM w Lublinie; lekarz kierujący Oddziałem Wieloprofilowym Zachowawczym Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego nr 4 w Lublinie; prezes zarządu: Polskiego Towarzystwa Hematologów i Transfuzjologów, Stowarzyszenia Hematologii Nowej Generacji; wiceprzewodniczący Rady Naukowej Instytutu Hematologii i Transfuzjologii w Warszawie; członek Naczelnej Komisji Bioetycznej.

69. Zbigniew Izdebski, prof. dr hab. n. hum., pedagog, spec. seksuologii klinicznej, zdrowia publicznego; koordynator Wydziału Medycznego Uniwersytetu Warszawskiego; kierownik Katedry Biomedycznych Podstaw Rozwoju i Seksuologii Wydziału Pedagogicznego Uniwersytetu Warszawskiego oraz Katedry Humanizacji Medycyny i Seksuologii Collegium Medicum Uniwersytetu Zielonogórskiego; główny badacz w projekcie epidemiologicznym dotyczącym seksualności i chorób przenoszonych drogą płciową, finansowanym przez Agencję Badań Medycznych, realizowanym na Uniwersytecie Warszawskim; konsultant ds. humanizacji medycyny w Szpitalu Uniwersyteckim im. K. Marcinkowskiego w Zielonej Górze; affiliated faculty member Instytutu ds. Badań nad Seksem, Płciowością i Prokreacją im. Kinsey’a w Uniwersytecie Indiana w USA (jako jedyny Polak i jeden z 5 Europejczyków); członek zespołu nauk medycznych i nauk o zdrowiu Polskiej Komisji Akredytacyjnej.

70. Piotr Szymański, prof. dr hab. n. med., spec. chorób wewnętrznych i kardiologii; kierownik Centrum Kardiologii Klinicznej Państwowego Instytutu Medycznego MSWiA; przewodniczący Regulatory Affairs Committee European Society of Cardiology, ESC (od 2018 r.), przewodniczący elekt Sekcji Sztucznej Inteligencji i Rozwiązań Cyfrowych Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego; współprzewodniczący Healthcare Professionals’ Working Party (HCPWP) European Medicines Agency (2025–2028); członek (ex officio) Advocacy Committee European Society of Cardiology (od 2018 r.), członek: zarządu European Society of Cardiology (od 2020 r.), HCPWP (2022–2025), ESC Digital Cardiology Artificial Intelligence Committee (2024–2026), Cardiovascular Round Table Nucleus (academic member, 2024–2026), Komisji Rewizyjnej ASECHO.

71. Maksymilian Opolski, prof. dr hab. n. med., spec. kardiologii w Klinice Kardiologii i Angiologii Interwencyjnej Narodowego Instytutu Kardiologii (NIKard); przewodniczący Komisji ds. Nauki NIKard; członek: Rady Naukowej NIKard, zarządu Asocjacji Interwencji Sercowo-Naczyniowych Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego (AISN PTK).

72. Agata Bielecka-Dąbrowa, prof. dr hab. n. med., spec. kardiologii; kierownik Kliniki Kardiologii i Wad Wrodzonych Dorosłych Instytutu Centrum Zdrowia Matki Polki (ICZMP) w Łodzi oraz Pracowni Diagnostyki Kardiologicznej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi; przewodnicząca Oddziału Łódzkiego Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego (PTK) (2025-2027) i delegat tego oddziału (2023-2025 i 2025-2027); pełnomocnik ZG PTK ds. Kardiologii Metabolicznej (od 2025 r.); przewodnicząca elekt Asocjacji Niewydolności Serca PTK (2025-2027); członek: Rady Naukowej ICZMP w Łodzi (w latach 2021-2025 – sekretarz Rady), ZG PTK (2025-2027), zarządu Sekcji Wad Wrodzonych Młocianych i Dorosłych PTK (2025-2027), zarządu Sekcji Prewencji i Epidemiologii PTK (2022-2025).

73. Miłosz Jaguszewski, prof. dr hab. n. med. i n. o zdr. dr h.c., spec. kardiologii; pełnomocnik rektora Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego (GUMed) ds. badań klinicznych; kierownik Centrum Wsparcia Badań Klinicznych GUMed; współkoordynator Oddziału Intensywnej Terapii Kardiologicznej i Krążenia Płucnego I Kliniki Kardiologii Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego GUMed; opiekun Studenckiego Towarzystwa Naukowego GUMed oraz Studenckiego Koła Naukowego Hemodynamiki przy I Katedrze i Klinice Kardiologii GUMed; przewodniczący Komitetu Nauk Klinicznych Polskiej Akademii Nauk; członek: Komitetu Naukowego Kongresów Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego (PTK) w latach 2017-2021, 2023-2025 oraz 2025-2027, Komitetu ESC Volunteers PTK, Komisji ds. Narodowego Programu Leczenia Zatorowości Płucnej PTK, Komisji ds. Narodowego Programu Leczenia Wstrząsu Kardiogennego PTK (koordynator SuperHub Gdańsk), Komisji Zagranicznej ZG PTK w latach 2019-2021 i 2023-2025, Komisji ds. Szkoleń, Specjalizacji i Umiejętności ZG PTK w latach 2023-2025, Rady Programowej/Naukowej Kongresów Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego (ESC) 2024-2026; reprezentant dla Polski w Sieci Dyrektorów Programów Szkoleniowych Narodowych Towarzystw Kardiologicznych ESC (National Cardiac Societies (NCS) Training Directors Network, European Society of Cardiology); redaktor naczelny czasopisma „Cardiology Journal” (IF 2024 2.0).

74. Adam Antczak, prof. dr hab. n. med., spec. chorób wewnętrznych i chorób płuc; prorektor ds. klinicznych Uniwersytetu Medycznego (UM) w Łodzi; kierownik Katedry Pulmonologii i Torakochirurgii UM w Łodzi oraz Kliniki Pulmonologii Ogólnej i Onkologicznej UM w Łodzi; przewodniczący Rady Naukowej Ogólnopolskiego Programu Zwalczania Grypy.

75. Janina Stepińska, prof. dr hab. n. med., spec. chorób wewnętrznych i kardiologii; dyrektor Narodowego Instytutu Kardiologii Stefana kardynała Wyszyńskiego – Państwowego Instytutu Badawczego; przewodnicząca: Krajowej Rady ds. Kardiologii, a od sierpnia 2025 r. – Krajowej Rady Kardiologicznej (KRK), Kapituły Prezesów Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego.

76. Jarosław Fedorowski, prof. nadzw. med. klin., dr n. med., spec. chorób wewnętrznych i kardiologii, a także koordynowanej opieki zdrowotnej, profesor Akademii Zamojskiej; prezes: Polskiej Federacji Szpitali, zarządu Polskiego Towarzystwa Koordynowanej Ochrony Zdrowia; wiceprezes zarządu Towarzystwa Innowacyjnych Technologii dla Zdrowia; przewodniczący: Rady Naczelnej Polskiego Towarzystwa Lekarzy Menedżerów, Rady Healthcare Poland Foundation; członek: Rady Pracodawców RP, Zespołu Trójstronnego ds. Ochrony Zdrowia; gubernator Europejskiej Federacji Szpitali i Ochrony Zdrowia (HOPE); skarbnik i członek Komitetu Wykonawczego ZG Światowej Federacji Szpitali (IHF, Genewa), członek Rady Primary CareGroup – Johns Hopkins University (USA).

77. Brygida Kwiatkowska, prof. dr hab. n. med., spec. chorób wewnętrznych i reumatologii; zastępca dyrektora ds. klinicznych Narodowego Instytutu Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji im. prof. Eleonory Reicher (NIGRIR); kierownik Kliniki Wczesnego Zapalenia Stawów NIGRIR; konsultant krajowa w dziedzinie reumatologii; przewodnicząca Zespołu Koordynującego ds. leczenia biologicznego w chorobach reumatycznych; członkini Rady ds. Chorób Rzadkich.

78. Wiesław Tarnowski, prof. dr hab. n. med., spec. chirurgii ogólnej, onkologicznej i bariatrycznej; zastępca dyrektora ds. klinicznych w SPSK im. prof. W. Orłowskiego Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego (CMKP) i kierownik Kliniki Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej i Bariatrycznej CMKP w tym szpitalu; prezes Towarzystwa Chirurgów Polskich (kadencja 2025-2027); redaktor naczelny „Polskiego Przeglądu Chirurgicznego”.

79. Michał Lew-Starowicz, dr hab. n. med., prof. CMKP, spec. psychiatrii, seksuologii, psychoterapii, fellow of the European Committee for Sexual Medicine (FECSM), superwizor terapii zaburzeń seksualnych Polskiego Towarzystwa Seksuologicznego; zastępca dyrektora (prodziekan) Szkoły Nauk Medycznych Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego w Warszawie (CMKP); kierownik Kliniki Psychiatrii CMKP oraz Bielańskiego Centrum Zdrowia Psychicznego (Szpital Bielański w Warszawie); wiceprezes Polskiego Towarzystwa Seksuologicznego; członek zarządu European Society for Sexual Medicine i przewodniczący sekcji European Psychiatric Association (Psychiatry and Sexual Medicine); redaktor naczelny czasopism naukowych: „Journal of Sexual and Mental Health” i „Psychiatria”; członek międzynarodowej rady naukowej czasopism naukowych: „Journal of Sexual Medicine”, „International Journal of Sexual Health” i „Sexual Health and Compulsivity”.

80. Agnieszka Tycińska, prof. dr hab. n. med., spec. chorób wewnętrznych, kardiologii i intensywnej terapii; kierownik Kliniki Intensywnej Terapii Kardiologicznej Uniwersytetu Medycznego w Białymostku (UMB); zastępca kierownika Kliniki Kardiologii UMB; dyrektorka ds. badań klinicznych Centrum Wsparcia Badań Klinicznych UMB; prezes elekt Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego (PTK); przewodnicząca Komisji PTK ds. Wytycznych (do września 2025 r.); członkini: Komitetu Nominacyjnego zarządu European Society of Cardiology (ESC), Komitetu Programowego Kongresu ESC, zarządu ACVC ESC, Rady Redakcyjnej „European Heart Journal – Acute Cardiovascular Care”, Krajowej Rady Kardiologicznej (KRK) przy Ministerstwie Zdrowia oraz przewodnicząca Zespołu KRK ds. Opracowania Standardów Intensywnej Opieki Kardiologicznej; członkini: Parlamentarnego Zespołu ds. Adherence (Grupa ds. Cyfrowych Systemów Monitorowania), Zespołu ds. Polskiej Mapy Infrastruktury Badawczej (PMiB) przy Ministerstwie Nauki i Szkolnictwa Wyższego; ekspert medyczny w dziedzinie kardiologii w Zespole ds. Odwróconej Piramidy Świadczeń przy ministrze zdrowia; senior delegate representing Poland in the ECRIN Network Committee (Europejska Sieć Infrastruktur Badań Klinicznych).

81. Anna Kowalczyk, dr hab. n. med. i n. o zdr.; zastępca prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji; przewodnicząca Grupy Roboczej ds. wdrażania i refundacji cyfrowych wyrobów medycznych; zastępca przewodniczącej Rady Naukowej w Instytucie Geriatrii Reumatologii i Rehabilitacji; członkini: Zespołu Zadaniowego ds. Wspierania Cyfryzacji w Ochronie Zdrowia przy Ministerstwie Zdrowia (MZ), Krajowej Rady Kardiologicznej, Zespołu ds. Opracowania Polityki Lekowej przy MZ, Grupy Zarządzającej NCAPR – Właściwych Organów Krajowych ds. Ustalania Cen i Refundacji oraz Publicznych Płatników Opieki Zdrowotnej (National Competent Authorities on Pricing and Reimbursement and Public Healthcare Payers); przedstawicielka ministra zdrowia w Radzie Naukowej Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu.

82. Anna Kostera-Pruszczyk, prof. dr hab. n. med., spec. neurologii i neurologii dziecięcej; kierownik Kliniki Neurologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego w Centralnym Szpitalu Klinicznym Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego oraz Ośrodka Eksperskiego Chorób Rzadkich Nerwowo-Mięśniowych ERN EURO NMD; przewodnicząca Rady ds. Chorób Rzadkich (kadencja 2024-2025); członkini: Komitetu Nauk Neurologicznych PAN, ZG Polskiego Towarzystwa Neurologicznego i Polskiego Towarzystwa Neurologii Dziecięcej, Panelu Ekspertów European Academy of Neurology (Muscle&NMJ Junction).

83. Robert Rejdak, prof. dr hab. n. med. dr h.c., spec. okulistyki; kierownik Katedry i Kliniki Okulistyki Ogólnej Uniwersytetu Medycznego w Lublinie; dyrektor medyczny ESASO Lublin Campus (ośrodek szkoleniowy Europejskiej Szkoły Zaawansowanych Badań w dziedzinie

Okulistyki z siedzibą główną w Lugano/ Szwajcaria); kierownik Banku Rogówki i Tkanki Oka Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego nr 1 w Lublinie; prezes Stowarzyszenia Chirurgów Okulistów Polskich (3. kadencja); redaktor naczelny czasopisma „Ophthalmology Journal”; przewodniczący Lubelskiej Unii Cyfrowej.

84. Piotr Gafecki, prof. dr hab. n. med., spec. psychiatrii i seksuologii; zastępca dyrektora ds. leczenia Specjalistycznego Psychiatrycznego ZOZ w Łodzi; kierownik Kliniki Psychiatrii Dorosłych Uniwersytetu Medycznego w Łodzi; konsultant krajowy w dziedzinie psychiatrii (od 2014 r.); przewodniczący: Rady ds. Zdrowia Psychicznego przy ministrze zdrowia, Państwowej Komisji Egzaminacyjnej w dziedzinie psychiatrii i psychoseksuologii; wiceprezes Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (od 2025 r.).

85. Sebastian Giebel, prof. dr hab. n. med., spec. chorób wewnętrznych, hematologii i transplantologii klinicznej; kierownik Kliniki Transplantacji Szpiku i Onkohematologii Narodowego Instytutu Onkologii im. M. Skłodowskiej-Curie – Państwowego Instytutu Badawczego (NIO-PIB), Oddział w Gliwicach; prezes Polskiej Grupy ds. Leczenia Białaczek u Dorosłych; wiceprezes Polskiej Grupy Badawczej Chłoniaków; konsultant wojewódzki w dziedzinie hematologii dla województwa śląskiego; członek Rady Naukowej NIO-PIB oraz Instytutu Hematologii i Transfuzjologii; lider Sekcji Ostrej Białaczki Limfoblastycznej Europejskiego Towarzystwa Przeszczepiania Krwi i Szpiku.

86. Jacek Legutko, prof. dr hab. n. med., spec. chorób wewnętrznych i kardiologii; dyrektor Instytutu Kardiologii Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum (UJCM); kierownik Kliniki Kardiologii Interwencyjnej UJCM oraz Oddziału Klinicznego Kardiologii Interwencyjnej Szpitala im. św. Jana Pawła II w Krakowie; przewodniczący Komitetu Naukowego Kongresów Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego; członek: ZG Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, Rady Naukowej Narodowego Instytutu Kardiologii Stefana kardynała Wyszyńskiego w Warszawie, Rady Instytutu Kardiologii Wydziału Lekarskiego UJCM.

87. Konrad Rejdak, prof. dr hab. n. med., spec. neurologii; kierownik Katedry i Kliniki Neurologii Uniwersytetu Medycznego w Lublinie (Uniwersytecki Szpital Kliniczny nr 4 w Lublinie); konsultant wojewódzki w dziedzinie neurologii dla województwa lubelskiego; prezes Stowarzyszenia „Kultura Zdrowia Mózgu”; zastępca sekretarza generalnego International Danube Neurological Society; członek-założyciel International Alliance on Brain Health, członek: Rady Programowej Europejskiej Akademii

Neurologii (EAN), ZG Polskiego Towarzystwa Neurologicznego (kadencja 2024-2027), Krajowej Rady ds. Neurologii, prezydium Koalicji dla Zdrowia Mózgu.

88. Grażyna Rydzewska-Wyszkowska, prof. dr hab. n. med., spec. chorób wewnętrznych i gastroenterologii; kierownik Katedry i Kliniki Gastroenterologii Państwowego Instytutu Medycznego MSWiA; wiceprezesa Polskiego Towarzystwa Gastroenterologii; członkini: zarządu Polskiego Klubu Trzustkowego, kapituły Złoty Otis oraz Prix Galien Polska; redaktor naczelna „Przeglądu Gastroenterologicznego”.

89. Łukasz Pietrzak, mgr farm.; Główny Inspektor Farmaceutyczny; przewodniczący: Komitetu Sterującego Zintegrowanego Systemu Monitorowania Obrotu Produktami Leczniczym (ZSMOPL), Zespołu roboczego ds. prekursorów narkotykowych (wcześniej roboczy „zespół fentanylowy”), Zespołu ds. koordynacji analiz przepływów finansowych w systemie ochrony zdrowia; doradca ds. przeciwdziałania szarej strefie przy Ministerstwie Finansów; członek: Zespołu ds. wspierania realizacji Rządowego Planu Rozwoju Sektora Biomedycznego na lata 2022-2031, Zespołu ds. przeciwdziałania brakom w dostępności produktów leczniczych.

90. Jacek Szaflik, prof. dr hab. n. med., spec. okulistyki; kierownik Katedry i Kliniki Okulistyki Wydziału Lekarskiego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego; dyrektor Samodzielnego Publicznego Klinicznego Szpitala Okulistycznego; członek zarządu Polskiego Towarzystwa Okulistycznego (PTO) i przewodniczący Sekcji Jaskry PTO.

91. Piotr L. Chłosta, prof. dr hab. n. med. dr h.c., spec. chirurgii i urologii, FEBU, FRCS (Glasg.); kierownik Katedry i Kliniki Urologii Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum; prezes Central European Urological Society (CEUS); przewodniczący Komitetu Edukacji Polskiego Towarzystwa Urologicznego; prezes Fundacji UROdzeni Zdrowi; dyrektor programowy Festiwalu KultURO; konsul honorowy Republiki Malty w Krakowie.

92. Marek Gierlotka, prof. dr hab. n. med. i n. o zdr., spec. chorób wewnętrznych, kardiologii, w tym inwazyjnej, i intensywnej terapii; dyrektor Instytutu Nauk Medycznych Uniwersytetu Opolskiego (UO); kierownik Kliniki Kardiologii Instytutu Nauk Medycznych UO oraz Oddziału Kardiologii Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Opolu; konsultant wojewódzki w dziedzinie kardiologii dla województwa opolskiego; prezes Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego (PTK) i zastępca przewodniczącego Komitetu PTK ds. Narodowego Programu Leczenia Wstrząsu Kardiogenego; członek: Rady Naukowej

Uniwersytetu Opolskiego, Zespołu ekspertów International Lipid Expert Panel (ILEP), Rady Programowej Kongresu Wyzwań Zdrowotnych (HCC), Rady Fundacji „Prosto z Serca”, Rady Programowej Fundacji „Z sercem do pacjenta”; fellow of the European Society of Cardiology (FESC); associate editor w czasopiśmie „Cardiology Journal”; recenzent w Agencji Badań Medycznych; opiekun Studenckiego Koła Naukowego „CARDIOS” przy Klinice Kardiologii UO; główny badacz (PI) projektu CV-IMP („Wygrajmy z Miażdżycą”).

93. Halina Sienkiewicz-Jarosz, prof. dr hab. n. med., spec. neurologii; prorektor ds. naukowych Uczelni Medycznej im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie; były kierownik I Kliniki Neurologicznej Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie; przewodnicząca Krajowej Rady ds. Neurologii (od 2022 r.); prezes elekt Polskiego Towarzystwa Neurologicznego (PTN, od 2024 r.); członkini Komitetu Nauk Neurologicznych Polskiej Akademii Nauk, Europejskiej Akademii Neurologii (EAN), zarządu Sekcji Alzheimerowskiej oraz Sekcji Padaczki PTN, Polskiego Towarzystwa Epileptologii, Polskiego Towarzystwa Udaru Mózgu oraz rady nadzorczej Polsko-Amerykańskiej Fundacji „Alliance for Innovation”.

94. Leszek Domański, prof. dr hab. n. med., spec. chorób wewnętrznych, nefrologii, transplantologii klinicznej i medycyny sportowej; rektor Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego (PUM) w Szczecinie; zastępca lekarza kierującego Kliniki Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego nr 2 PUM w Szczecinie; konsultant wojewódzki w dziedzinie chorób wewnętrznych dla województwa zachodniopomorskiego; prezes elekt Polskiego Towarzystwa Transplantologicznego; członek ZG Polskiego Towarzystwa Nefrologicznego.

95. Marek Ruchała, prof. dr hab. n. med., spec. chorób wewnętrznych, endokrynologii i medycyny nuklearnej; prorektor ds. klinicznych Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu (UMP), kierownik Katedry i Kliniki Endokrynologii, Przemiany Materii i Chorób Wewnętrznych UMP; konsultant krajowy w dziedzinie endokrynologii; członek zarządu Europejskiego Towarzystwa Endokrynologicznego (ESE); visiting professor w National and Kapodistrian University of Athens.

96. Jarosław Stawek, prof. dr hab. n. med., spec. neurologii; kierownik Kliniki Neurologii, Chorób Neurozwyrodnieniowych i Neuroimmunologii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego oraz Klinicznego Oddziału Neurologicznego i Udarowego Szpitala św. Wojciecha, Copernicus PL sp. z o.o. w Gdańsku; wiceprezes ZG Polskiego Towarzystwa

Neurologicznego (PTN); przewodniczący Oddziału Gdańsko-Elbląskiego PTN; sekretarz International Association of Parkinsonism & Related Disorders (IAPRD); członek: Krajowej Rady ds. Neurologii przy ministrze zdrowia, zarządu Komitetu Nauk Neurologicznych PAN, zarządu Koalicji na Rzecz Zdrowia Mózgu, zarządu Polskiego Towarzystwa Choroby Parkinsona i Innych Zaburzeń Ruchowych, Rady Programowej PZWL/PWN; redaktor naczelny serwisów internetowych PTN: www.ptneuro.pl, www.neuroedu.pl; co-editor in chief czasopisma „Polish Journal of Neurology and Neurosurgery” („Neurologia i Neurochirurgia Polska”); członek Editorial Board czasopisma „Parkinsonism Related Disorders”.

97. Hanna Szajewska, prof. dr hab. n. med., spec. pediatrii; kierownik Kliniki Pediatrii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego; przewodnicząca Sekcji Żywnieniowej Polskiego Towarzystwa Gastroenterologii, Hepatologii i Żywnienia Dzieci; członkini zarządu International Scientific Association for Probiotics & Prebiotics.

98. Paweł Wisz, dr n. med., spec. urologii, międzynarodowy trener chirurgii robotycznej (certyfikowany według metodologii PBP); kierownik Centrum Urologii Robotycznej Państwowego Instytutu Medycznego MSWiA; członek zarządu ERUS EAU Robotic Urology Section w grupie odpowiedzialnej za tworzenie wytycznych do międzynarodowych szkoleń.

99. Monika Adamczyk-Sowa, prof. dr hab. n. med., spec. neurologii; kierownik Katedry i Kliniki Neurologii Wydziału Nauk Medycznych w Zabrze Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach; skarbnik Polskiego Towarzystwa Neurologicznego (PTN), przewodnicząca Oddziału Śląskiego PTN; prezeska Sekcji Stwardnienia Rozsianego i Neuroimmunologii PTN; wiceprzewodnicząca Rady Konsorcjum EBRAINS w Polsce; delegatka krajowa panelu naukowego Multiple Sclerosis European Academy of Neurology; członkini Grupy Ekspertów Stwardnienia Rozsianego Europy Środkowo-Wschodniej.

100. Joanna Kufel-Grabowska, dr n. med., spec. onkologii klinicznej w Klinice Onkologii i Radioterapii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego; przewodnicząca Sekcji Płodności w Chorobie Nowotworowej Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej (PTOK); członkini: zarządu Polskiej Ligi Walki z Rakiem, zarządu Polskiego Towarzystwa Onkologicznego (PTO), zarządu Sekcji Raka Piersi PTOK, zarządu Polskiego Towarzystwa Senologicznego, Rady Programowej Instytut Rozwoju Onkologii – OncoFuture, zarządu Breast Cancer Group European Organisation for Research and Treatment of Cancer, Europejskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej (ESMO).



Pierre Fabre Médicament Polska Sp. z o. o.
ul. Belwederska 20/22
00-762 Warszawa
tel.: 22 559 63 00
e-mail: recepcja.warszawa@pierre-fabre.com



LABORATOIRES

Pierre Fabre
New ways to care

New ways
to care

Pierre Fabre
wierzył, że
prawdziwa innowacja
rodzi się z uwagi
poświęćanej drugiemu
człowiekowi.

Ta idea wciąż nas inspiruje. Dlatego nieustannie tworzymy nowe rozwiązania w leczeniu nowotworów i w pielęgnacji skóry.

Kierując się nauką oraz realnymi potrzebami pacjentów, jesteśmy zaangażowanym i odpowiedzialnym partnerem dla firm biotechnologicznych, badaczy, specjalistów klinicznych, lekarzy i farmaceutów na całym świecie.

Opracowujemy i rozwijamy nasze produkty w osrodku badawczym Oncopole w Tuluzie. Ich produkcja odbywa się we Francji w pełnej zgodności z zasadami ekologii Green Impact Index.*

Każdego roku przekazujemy dywidendy Fundacji Pierre Fabre**, uznanej za organizację pożytku publicznego, która realizuje programy zwiększające dostęp do opieki zdrowotnej w krajach rozwijających się.

Jesteśmy Laboratoriami Pierre Fabre -
tworzymy innowacje,
które stawiają człowieka w centrum.



Marzena Dębska

Zdrowie buduje się codziennie: schody zamiast windy, wiedza zamiast strachu

Czy post w mediach społecznościowych może uratować życie? Prof. Marzena Dębska udowadnia, że tak. Łącząc misję medyczną z pasją do słowa, od lat uczy Polki, jak dbać o siebie mądrze, świadomie i bez wstydu. W świecie medycznych mitów stawia na fakty, przywracając rangę profilaktyce HPV i merytorycznej dyskusji o menopauzie.

Od lat angażuje się pani w edukację zdrowotną kobiet, także poza gabinetem lekarskim, m.in. w mediach społecznościowych. Co sprawiło, że uznała pani tę formę działalności za ważne uzupełnienie pracy klinicznej?

Przez lata wierzyłam, że ratowanie życia odbywa się głównie na sali operacyjnej. Jednak rozwój Internetu i mediów społecznościowych pokazał mi, że realna pomoc to także docieranie do ludzi zanim zachorują. W gabinecie widzę pacjentki zazwyczaj wtedy, gdy problem już wystąpił, a krótka wizyta nie pozwala na szeroką edukację. Tymczasem potrzeby edukacyjne w naszym kraju są ogromne.

Dziś to media społecznościowe są głównym źródłem wiedzy o zdrowiu, niestety pełno w nich szumu informacyjnego i pseudoporać. Uznałam, że zaangażowanie lekarzy w edukację online to konieczność. Zasięgi moich postów uświadomiły mi, jak wielka jest to skala. Post o szczepieniach przeciwko HPV refundowanych przez NFZ dotarł do 2,5 mln osób. Dzięki temu setki kobiet poszły na badania, bo zrozumiały, że jest to proste i dostępne. Edukacja w sieci to realne narzędzie profilaktyki, które dodatkowo wyrównuje szanse. Pacjentka z małej miejscowości ma taki sam dostęp do wiedzy, jak mieszkanka dużego miasta.

W swojej działalności edukacyjnej często porusza pani tematy trudne i obciążone mitami, takie jak szczepienia przeciw HPV. Z czego wynika pani szczególne zaangażowanie właśnie w tym obszarze? Mamno do czynienia z sytuacją wręcz paradoksalną. Z jednej strony nowotwory budzą ogromny lęk, są traktowane jako jedna z największych tragedii zdrowotnych, a z drugiej – gdy dysponujemy skutecznym narzędziem profilaktycznym, pojawiają się nieufność i wątpliwości.

W Polsce rak szyjki macicy wciąż zbyt często odbiera życie kobietom tylko dlatego, że zostaje wykryty za późno. Tymczasem mamy realną szansę, by to zmienić, stosując bezpieczne i sprawdzone na świecie szczepienia przeciw HPV. Dane z innych krajów jednoznacznie potwierdzają ich skuteczność w ograniczaniu zachorowań. Podczas gdy w wielu państwach europejskich poziom wyszczepialności zbliża się do 90 proc., w Polsce oscyluje on wokół zaledwie 10-15 proc. To alarmujące statystyki, biorąc pod uwagę, że co roku rak szyjki macicy odbiera życie tysiącom Polek.

Rezygnując z tej formy profilaktyki uważam za nieracjonalną – zwłaszcza że mówimy o nowotworze, któremu w dużej mierze potrafimy zapobiegać. Jako lekarze mamy obowiązek tłumaczyć to rzeczowo, bez zastraszania czy moralizowania. Szczepienia przeciw HPV to realne narzędzie prewencji onkologicznej i ten przekaz musi jasno zabrzmieć.

Innym często poruszaniem przez panią tematem jest menopauza. Dlaczego postrzega ją pani jako jedno z kluczowych wyzwań współczesnego zdrowia publicznego?

Menopauza była przez lata tematem marginalizowanym. Traktowano ją jako naturalny etap życia, który „trzeba przeczekać”, często bez refleksji nad jego konsekwencjami zdrowotnymi. Tymczasem zmiany



Fot. Archiwum

demograficzne sprawiają, że kobiet w wieku okołomenopauzalnym i pomenopauzalnym jest coraz więcej.

Objawy menopauzy to nie tylko uderzenia gorąca czy zaburzenia snu. To także wzrost ryzyka chorób sercowo-naczyniowych, osteoporozy, zaburzeń metabolicznych, to problemy z koncentracją, pamięcią, lęk, obniżenie nastroju. Pacjentki często latami chodzą od lekarza do lekarza, zanim ktoś połączy objawy w spójną całość.

To są kobiety aktywne zawodowo, często na odpowiedzialnych stanowiskach, które nagle tracą pewność siebie i poczucie sprawczości. Jeśli nie otrzymają odpowiedniego wsparcia, konsekwencje ponosi nie tylko jednostka, ale całe społeczeństwo – również poprzez większe obciążenie systemu ochrony zdrowia i rynku pracy.

Dlatego menopauza nie jest tematem „lifestylowym”. To realny problem zdrowia publicznego, który wymaga systemowej uwagi i rzetelnej edukacji.

W swoich działaniach zwraca się pani także do nastolatków. Dlaczego edukacja zdrowotna na wczesnym etapie ma tak fundamentalne znaczenie? Młodzież staje się dorosła szybciej, niż nam się wydaje. O wiele łatwiej jest korzystać z dobrych nawyków zaszczepionych w dzieciństwie, niż później zwalczać te zakorzenione złe. Dlatego kluczowe jest dotarcie do młodych ludzi jak najwcześniej. Oni są spragnieni wiedzy, ale odrzucają moralizowanie, straszenie czy mądrzenie się. Naturalnym kanałem komunikacji są dla nich media społecznościowe – to ich świat i najlepsza droga do edukacji.

Braki w programie szkolnym sprawiają, że musimy szukać alternatyw. To młodzież jest grupą docelową profilaktyki nowotworowej. Edukacja wszystkich jest ważna, ale to działania podjęte u progu dorosłości mają największy sens. Tę misję realizuję w praktyce, zapraszając uczniów do naszej kliniki. Podczas dedykowanych paneli pokazuję dziewczętom gabinet, wziernik czy szczoneczkę do cytologii, by oswoić je z badaniem ginekologicznym. Choć im pokazać, że wi-

zyta u ginekologa to normalna rozmowa w przyjaznej atmosferze, a nie powód do stresu.

Przedstawiam te działania w mediach społecznościowych, aby zainspirować sektor publiczny. Nie nie stoi na przeszkodzie, aby uczniowie odwiedzali przychodnie POZ. To idealna okazja, by poznać lekarza, dowiedzieć się o badaniach profilaktycznych czy Internetowym Koncie Pacjenta. Kiedyś organizowano wycieczki do zakładów pracy – dziś warto postawić na wycieczki po zdrowie.

Wspomniała pani o brakach w edukacji zdrowotnej. Co powinno się zmienić, aby ten system w końcu zaczął działać?

Naprawa systemu musi zacząć się od wprowadzenia obowiązkowej edukacji zdrowotnej w szkołach, już od najmłodszych lat. Zdrowie nie powinno być przedmiotem światopoglądowych debat czy niekończących się uzgodnień – to dziedzina oparta na faktach, tak samo jak matematyka czy biologia. Kluczowe jest zaangażowanie lekarzy praktyków, którzy cieszą się zaufaniem społecznym. Urzędnik promujący szczepienia czy profilaktykę nigdy nie będzie tak przekonujący, jak lekarz, który może „dać twarz” konkretnym programom. Jednocześnie musimy traktować pacjentów jak partnerów, szanując ich wiedzę i prawo do współdecydowania.

Jak pani dba o zdrowie i formę przy tak intensywnym trybie życia?

Staram się być wiarygodnym przykładem dla swoich pacjentek. Mimo natłoku obowiązków, nie wyobrażam sobie życia bez sportu, który jest ze mną od zawsze. Chociaż uwielbiam jeździectwo, narty, biegi przełajowe, ze względu na ograniczenia czasowe dziś moją główną aktywnością jest siłownia. Ale holduję też prostej zasadzie: gdy mam do wyboru windy lub schody, zawsze wybieram te drugie. Każdy stopień traktuję jako zdrową inwestycję.

Jeśli chodzi o dietę, unikam „śmieciowego” jedzenia. Jem nieregularnie, co wynika z charakteru mojej pracy, ale dbam o jakości posiłków.

A jak odpoczywam? Cenię dobry film, teatr i książkę. Odkryłam też miejsce, w którym błyskawicznie się regeneruję. Tym miejscem jest Dalmacja, w której odnalazłam swój rytm i prawdziwy spokój. Tu życie toczy się „pomal”, a filozofia dalmatyńskiej „fiki” pozwala zwolnić i oddychać pełną pierśią. Lazurówoszmara-dowy Adriatyki i tysiąc wysp tworzą pejzaże, które za każdym razem zachwycają mnie na nowo. Powietrze pachnie solą i ziołami, słońce świeci obficie, a wina, oliwy i owoce morza smakują jak esencja życia.

Wśród życzyliwych, otwartych ludzi odzyskuję równowagę i ładuję baterie.

Gdyby nie medycyna, to jaką ścieżkę zawodową by pani wybrała?

W liceum wahałam się między medycyną a dziennikarstwem, bo pisanie od zawsze było moją wielką pasją. Choć dziś to pacjenci są w centrum mojego życia, dusza dziennikarki daje o sobie znać podczas pracy nad edukacyjnymi postami.

Rozmawiała Anna Rogala

Do lektury całego wywiadu zapraszamy na pulsmedycyny.pl

Robert Gasik

Fali chorób kręgosłupa nie zatrzymamy, ale możemy zmienić ich przebieg

W jego pracy klinicznej najważniejsze wnioski rodzą się na końcu terapeutycznej ścieżki pacjenta – wtedy, gdy ból jest już utrwalony, a możliwości leczenia trudniejsze. Prof. Robert Gasik, ortopeda i chirurg kręgosłupa, twórca inicjatywy „Zdrowy kręgosłup dla Polski”, jako Promotor Wiedzy 2025 pokazuje, że w chorobach kręgosłupa równie istotne jak procedury są edukacja i mądre prowadzenie pacjenta od zgłoszenia pierwszych objawów.

Jaki był dla pana ubiegły rok: co było najtrudniejsze, a co dało największą satysfakcję?

2025 był dla mnie domknięciem pewnego cyklu – i jednocześnie jego nowym otwarciem. Wciąż najtrudniej jest patrzeć na rosnącą liczbę pacjentów z chorobami kręgosłupa, zdając sobie sprawę, jak często system reaguje dopiero wtedy, gdy problem jest już zaawansowany. Największą satysfakcję dało mi to, że coś, co zaczęliśmy wiele lat temu, okazało się wciąż żywe: wróciło do mnie wprost z gabinetów lekarzy rodzinnych.

Zajmuję się chirurgią kręgosłupa i widzę pacjentów „na końcu drogi”. Wielu z nich mogłoby do mnie w ogóle nie trafić albo trafić w znacznie lepszej kondycji, gdyby wcześniej wdrożono proste postępowanie diagnostyczne i terapeutyczne. To było impulsem do działań edukacyjnych, które zaczęliśmy w latach 2014–2015. Przeprowadziliśmy szeroką kampanię edukacyjną, wydaliśmy książkę. Działania te były skierowane głównie do lekarzy POZ, bo to oni są pierwszym punktem kontaktu z chorymi, a bez aktualnej wiedzy i spójnych standardów postępowania trudno o realną poprawę.

W pewnym momencie uznaliśmy, że zrobiliśmy to, co mogliśmy. I wtedy, w 2024 r., odezwali się do mnie przedstawiciele środowiska lekarzy rodzinnych z bardzo konkretnym komunikatem: nie mamy już tej książki – nakład się skończył, a ona była potrzebna. Dla mnie to był sygnał, że edukacja nie kończy się w dniu publikacji poradnika. Skoro materiały „pracowały” latami, to trzeba znów uruchomić koło zamachowe.

W 2025 r. – po zaproszeniu do współpracy wielu wybitnych ekspertów – zorganizowaliśmy wspólnie z „Pulsem Medycyny” konferencję „Zdrowy kręgosłup dla Polski”. Ten rok uświadomił mi, jak dużą satysfakcję daje dobrze wykonana praca edukacyjna. Ten powrót inicjatywy po latach był dla mnie zaskakujący i bardzo budujący. Dlatego traktuję profilaktykę i edukację jako równoległy filar mojej działalności – obok leczenia pacjentów. Jeśli chcemy realnie ograniczyć skutki epidemii chorób kręgosłupa, musimy pracować zarówno z pacjentami, jak i z profesjonalistami ochrony zdrowia. To właśnie jest sens kampanii „Zdrowego kręgosłupa dla Polski”.

Wyróżnienie „Promotor wiedzy” to nagroda za realny wpływ. Jak ocenić, czy edukacja zdrowotna działa?

To jedno z najtrudniejszych pytań. Chorób kręgosłupa nie da się „wylączyć”, tak jak nie da się zatrzymać procesów starzenia. To choroby cywilizacyjne: wynikają ze zmiany stylu życia i pracy. Kiedyś ruch był naturalną częścią dnia zajęć, dziś siedzimy w środkach transportu, siedzimy w pracy, wiele czynności wykonujemy w pozycji statycznej, np. przy ekranie komputera. Młodym ludziom nie da się powiedzieć: „proszę tego nie robić”. Dlatego wpływ edukacji widzę raczej jako oddziaływania jakościowe: możemy zmieniać przebieg zjawiska, ograniczać eskalację, mówić o ergonomii, wprowadzać zdrowe nawyki, a przede wszystkim – uczyć właściwego, etapowego postępowania klinicznego.



Fot. Archiwum

Prof. dr hab. n. med.

Robert Gasik

jest specjalistą neurologii oraz ortopedii i traumatologii narządu ruchu, kierownikiem Kliniki i Polikliniki Neuroortopedii i Neurologii Narodowego Instytutu Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji im. prof. Eleonory Reicher w Warszawie.

W mojej dziedzinie szczególnie ważne jest, by leczenie zabiegowe (w tym operacyjne) było stosowane wtedy, gdy interwencja jest błędem, ale zbyt późna bywa grzechem większym, bo ogranicza skuteczność. Edukacja ma sprawić, żeby pacjent nie krążył latami między specjalistami, tylko miał jasno poprowadzoną ścieżkę. Myślę też o rozwiązaniach bardziej trwałych – stąd pomysł, by nadać tym działaniom ramy instytucjonalne, np. powołać organizację, która skupi specjalistów wokół profilaktyki i edukacji w chorobach kręgosłupa.

Co dziś jest największą barierą edukacji: brak czasu, chaos informacyjny, a może oczekiwanie szybkich efektów?

Wszystkie te elementy istnieją, ale kluczowa jest moim zdaniem potrzeba poruszania się w standardach. Medycyna kręgosłupa ma schematy postępowania. Leczenie zachowawcze powinno trwać określony czas i zawierać określone elementy. Tymczasem praktyka bywa taka, że chory jest leczony fragmentarycznie, a potem szuka się kolejnych rozwiązań, często bez logicznej sekwencji. Część osób – czasem w dobrej wierze, czasem pod wpływem rynku – podgrzewa oczekiwanie pacjentów, obiecując szybkie lub „cudowne” efekty. Powstaje coś w rodzaju fatamorgany: chory widzi cel, do którego nigdy nie dojdzie, niezależnie od tego, ile razy zmieni kierunek.

Potrzebujemy podejścia standaryzowanego, ale mądrego, opartego na doświadczeniu, bo schemat nie rozwiąże wszystkich przypadków. U części pacjentów proces chorobowy przechodzi w fazę

przewlekłą i wymaga prowadzenia etapowego: bez pośpiechu, ale z decyzjami, które realnie posuwają terapię naprzód.

Jakie dolegliwości kręgosłupa są dziś najczęstsze i z czego wynikają?

Najczęściej widzimy dolegliwości wynikające z przeciążeń w konkretnych odcinkach kręgosłupa. Mechanizm bywa dwojaki: albo działające siły trafiają na tkanki słabsze niż przeciętnie, albo tkanki prawidłowe są poddawane obciążeniom większym, niż powinny. Te większe obciążenia to w dużej mierze efekt statyki: długiego siedzenia, złej pozycji, braku równowagi mięśniowej, a także otyłości, która realnie zwiększa siły działające na kręgosłup i przyspiesza „zużycie” struktur.

Dobrym przykładem współczesnego problemu jest długotrwałe pochylanie się nad telefonem. Gdy sztywna i górny odcinek kręgosłupa przesuwają się do przodu, zmienia się wektor sił, a obciążenia rosną wielokrotnie. Jeśli ktoś utrzymuje taką pozycję godzinami, konsekwencje są przewidywalne: wzrasta ryzyko dolegliwości bólowych i poważniejszych problemów w przyszłości. Do tego dochodzą zaburzenia krzywizn i wady postawy, które dodatkowo nasilają przeciążenia.

W konsekwencji rozwijają się zmiany patologiczne tkanek kręgosłupa. Najczęstszym objawem jest ból, ale w pewnych sytuacjach problem dotyczy struktur nerwowych i wtedy pojawiają się objawy poważniejsze: zaburzenia czucia, niedowłady, a w skrajnych przypadkach także problemy z kontrolą zwieraczy.

Jaką rolę w przewlekłym bólu kręgosłupa odgrywają stres, lęk i przeciążenie psychiczne?

Odgrywają istotną rolę, co potwierdzają zarówno obserwacje kliniczne, jak i dane. Trudne warunki pracy, brak poczucia sprawczości oraz przewlekłe napięcie mogą sprzyjać utrwalaniu dolegliwości i przechodzeniu bólu w postać przewlekłą. Należy jednak zaznaczyć, że czynniki psychiczne częściej wpływają na przebieg choroby, na to, że problem się nie kończy, niż na sam fakt, że zmiany w kręgosłupie powstają. To ważne rozróżnienie, żeby pacjent nie usłyszał: „to jest w pani/pana głowie”. Nie, to jest realna dolegliwość, tylko złozona, a psychika może nasilać objawy i utrwalać ból.

W praktyce czasem widzę, że potrzebne jest wsparcie psychoterapeutyczne czy psychiatryczne – nie dlatego, że „to nie kręgosłup”, tylko dlatego, że leczenie bólu przewlekłego wymaga pracy na kilku poziomach. Moją rolą jest rozpoznać ten moment i skierować pacjenta do właściwego specjalisty.

Czy ma pan własne nawyki, które wspierają zdrowy kręgosłup?

Mam świadomość, że moja praca – również w pozycji stojącej – obciąża układ ruchu, więc dbam o wzmacnianie mięśni, zwłaszcza grzbietu. Nie chodzi o budowanie muskulatury, tylko o stabilizację i sprawność. Na ile pozwala czas, ćwiczę właśnie po to, żeby utrzymać kręgosłup w dobrej formie.

Rozmawiała Katarzyna Matusewicz

Eryk Matuszkiewicz

Rzetelna edukacja powinna być jak profilaktyka: konsekwentna i praktyczna

Nie moralizuje, lecz tłumaczy. Nie straszy, ale porządkuje fakty i pokazuje konsekwencje. Dr Eryk Matuszkiewicz od lat uczy, że leki OTC i suplementy diety nie są z definicji bezpieczne, a samoleczenie ma swoją cenę. W pracy dydaktycznej i w mediach stawia na praktyczny przekaz, dzięki któremu rzetelna wiedza ma szansę wygrać z internetowym szumem.

Leki OTC i suplementy diety są na wyciągnięcie ręki, co czasem daje pacjentom złudne poczucie bezpieczeństwa. Czy społeczeństwo, ale też lekarze innych specjalności mają wystarczającą świadomość ryzyka związanego z preparatami, które – chociaż są łatwo dostępne – mogą potencjalnie zagrażać zdrowiu, a nawet życiu?

Myszę, że ta świadomość powoli rośnie, ale są to raczej zmiany ewolucyjne niż rewolucyjne. Widać dwa równoległe trendy: z jednej strony coraz częściej czytamy ulotki leków, sprawdzamy dawki i zastanawiamy się, zanim coś przyjmniemy. Z drugiej strony wciąż jest silna skłonność do sięgania na własną rękę po leki OTC, suplementy czy inne preparaty, często bez refleksji nad interakcjami i działaniami niepożądanymi.

Pomiędzy tymi skrajnościami jest jednak coraz większa grupa osób, które podchodzą do tematu rozsądniej – i to dobry sygnał. Nie zwalnia nas to jednak z obowiązku ciągłego edukowania. Sezon grzybowy co roku pokazuje, jak łatwo o błąd i jak powtarzalne są te same scenariusze. Z lekami jest podobnie, tylko „sezon” na nie trwa cały rok. Tendencja do samoleczenia i eksperymentowania nadal jest silna, dlatego rzetelna edukacja powinna być jak profilaktyka: konsekwentna i praktyczna.

Gdzie dziś edukacja toksykologiczna jest najbardziej potrzebna? Jakie są w tym zakresie największe zagrożenia kliniczne?

To w dużej mierze zależy od wieku. W przypadku młodzieży za najpoważniejsze zagrożenie uznałbym substancje psychoaktywne – narkotyki, różnego rodzaju środki odurzające i psychostymulujące. Skala ich używania jest duża, a ryzyko dodatkowo zwiększa łatwy dostęp i nieprzewidywalność działania tych substancji. Ostre zatrucia zwykle potrafimy opanować, natomiast w dłuższej perspektywie największym problemem są konsekwencje dla zdrowia psychicznego.

U dorosłych na pierwszy plan wysuwa się nadużywanie leków, szczególnie nasennych i uspokajających. Często stoją za tym zaburzenia snu, przewlekłe napięcie, niepokój, przeciążenie emocjonalne i tempo życia. Drugą najczęściej używaną grupą są leki przeciwbólowe, bo ból dotyczy praktycznie każdego. I tu kluczowe jest nie tylko łagodzenie objawu, ale też refleksja nad przyczyną – dlaczego ten ból pojawia i czy nie maskujemy problemu, który wymaga pogłębionej diagnostyki.

Influencerzy, artyści czy aktorzy potrafią – czasem nieświadomie, niekiedy całkiem świadomie – legitymizować sięganie po leki jako „normalny” sposób radzenia sobie z bólem czy dyskomfortem. Wystarczy, że w popkulturowym przekazie pojawia się nazwa preparatu (jak w głośnym przykładzie rapera Taco Hemingwaya, który w tekście piosenki podaje nazwę handlową preparatu zawierającego paracetamol, kodeinę i kofeinę), a dla części młodych staje się to instrukcją albo zachętą. Jak pan ocenia takie komunikaty?

Przed wszystkim nie zakładam złych intencji i mam nadzieję, że ich nie ma. Trzeba jednak pamiętać, że osoby funkcjonujące w przestrzeni publicznej – szczególnie te ważne dla młodych ludzi – mają realny



Fot. Archiwum

Dr n. med.

Eryk Matuszkiewicz

jest specjalistą chorób wewnętrznych i toksykologią kliniczną z Katedry i Zakładu Medycyny Ratunkowej Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu. Pełni funkcję konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie toksykologii klinicznej dla województwa lubuskiego.

wpływ na postawy i zachowania odbiorców. I w tym sensie ponoszą odpowiedzialność za to, co mówią. Nawet wypowiedź rzucona mimochodem, bez złej woli, może zacząć żyć własnym życiem: zostać podchwyciona, przerobiona na wiral, powielana w oderwaniu od kontekstu i intencji autora. W pewnym momencie traci się nad tym kontrolę, a przekaz może wybrzmieć zupełnie inaczej, niż zamierzał nadawca.

Dlatego w internecie – który jest dziś jednym z najważniejszych mediów dla młodzieży – szczególnie potrzebna jest ostrożność. Taki wpływ można wykorzystać również w dobrą stronę: do promowania zdrowych, rzetelnych treści. Ale warunek jest jeden: słowa trzeba ważyć i przemyśleć kilka razy, zanim zostaną wypowiedziane.

Kontrowersje budzi też metamizol, głównie w kontekście dostępności bez recepty. Czy z pana praktyki wynika, że to realny problem kliniczny?

Nie obserwuję dziś istotnego problemu klinicznego z metamizolem – osoby po zatruciu tym lekiem trafiają do nas sporadycznie. Zdecydowanie większym wyzwaniem pozostaje paracetamol (acetaminofen), który jest powszechniej stosowany, łatwo po niego sięgnąć i również łatwo przekroczyć bezpieczne dawki. W tle jest typowy mechanizm występujący w przypadku leków OTC: skoro coś można kupić bez recepty, to pewnie jest bezpieczne. To złudne przekonanie. Zdarzają się skrajne sytuacje, np. internetowe „challenge’e”, podczas których młode osoby polykają w trakcie nagrania wiele tabletek i czekają na reakcję w mediach społecznościowych. To skrajnie niebezpieczne! Jednak nawet bez tego ekstremum paracetamol bardzo często jest nadużywany i wykorzystywany w próbach samobójczych.

Jakie okoliczności sprawiły, że zajął się pan toksykologią?

To był zupełny przypadek. Po skończeniu specjalizacji z chorób wewnętrznych okazało się, że muszę rozstać się z miejscem, w którym pracowałem. Zacząłem się zastanawiać, co dalej i pomyślałem: w naszym szpitalu jest oddział toksykologii – pójdę, zapytam, spróbuję. Okazało się, że akurat potrzebowali lekarza. Zgodziłem się, choć miałem sporo wątpliwości, ponieważ na studiach praktycznie nie miałem zajęć z toksykologii, a nawet pracując już w szpitalu nie zdawałem sobie sprawy, jak duża jest skala tych przypadków i jak specyficzni są to pacjenci. Podeszedłem do tego pragmatycznie: „jeśli nie będzie mi to odpowiadało, po prostu odejdę”. Szybko jednak ta praca mnie wciągnęła – i tak jest do dziś.

Co pana najbardziej motywuje do działalności edukacyjnej?

Widzę, jak zmienia się styl życia, a razem z nim zmieniają się zagrożenia i problemy, z którymi trafiają do nas pacjenci. To, co kiedyś było incydentalne, dziś bywa codziennością, więc musimy za tym nadążyć. Druga kwestia to informacyjny chaos. Internet sprawił, że treści rozchodzą się błyskawicznie, często bez weryfikacji i bez odpowiedzialności. Dlatego edukację traktuję też jako porządkowanie informacji: tworzenie przeciwwagi dla niesprawdzonych porad, półprawd i fake newsów. Chodzi o to, żeby rzetelna, praktyczna wiedza miała szansę przebić się do świadomości i realnie wpływać na decyzje ludzi.

Pracuje pan też ze studentami i młodymi lekarzami – i ma pan z nimi świetny kontakt.

Stawiam na praktyczny przekaz: zamiast suchych faktów – konkretne przykłady z dyżuru i typowe scenariusze kliniczne. Równocześnie staram się uczyć bez zbędnych barier, partnersko: z rozmową, pytaniami i przestrzelenią na wątpliwości. Teoria jest ważna, ale najważniejsze jest jej przełożenie na decyzje przy łóżku pacjenta. Dlatego pokazuję, jak rozpoznać problem, gdzie najczęściej popełnia się błędy i jak im zapobiegać – tak, żeby tę wiedzę dało się realnie wykorzystać następnego dnia na dyżurze.

Jak wygląda pana sprawdzony reset po intensywnej pracy zawodowej?

Praca jest ważna, ale żeby zachować równowagę, trzeba mieć w życiu coś jeszcze. Dla mnie to przede wszystkim relacje – znajomi i przyjaciele, z którymi staram się spotykać na tyle często, na ile pozwala czas. Takie więzi dają oparcie, ale też utrzymują człowieka w dobrej kondycji psychicznej.

Czasem potrzebuję również czasu tylko dla siebie. Książka i film to moje najprostsze, codzienne formy odpoczynku. Telewizji praktycznie nie oglądam, za to chętnie czytam i chodzę do kina. Celowo wybieram utwory niezwiązane z medycyną – seriali medycznych, szczególnie tych telewizyjnych, nie oglądam, bo automatycznie zaczynam je oceniać i analizować, a to nie jest regeneracja. Wolę coś zupełnie innego, żeby naprawdę odciąć się od pracy i wrócić do niej z nową energią.

Rozmawiała Katarzyna Matusiewicz

Złote dziesiątki dotychczasowych edycji

2002

1. Jolanta Kwaśniewska
2. Zbigniew Religa
3. Jerzy Owskiak
4. Marek Balicki
5. Witold Zatoński
6. Aleksander Nauman
7. Andrzej Borówka
8. Tadeusz Popiela
9. Krzysztof Kuszewski
10. Konstanty Radziwiłł

2003

1. Jolanta Kwaśniewska
2. Marek Balicki
3. Jerzy Hausner
4. Jerzy Owskiak
5. Zbigniew Religa
6. Konstanty Radziwiłł
7. Elżbieta Radziszewska
8. Maciej Piróg
9. Krzysztof Kuszewski
10. Andrzej Bochenek

2004

1. Marek Balicki
2. Zbigniew Religa
3. Jerzy Hausner
4. Konstanty Radziwiłł
5. Jerzy Owskiak
6. Jolanta Kwaśniewska
7. Elżbieta Radziszewska
8. Zbigniew Lew-Starowicz
9. Marek Nowacki
10. ks. Arkadiusz Nowak

2005

1. Zbigniew Religa
2. Jerzy Miller
3. Konstanty Radziwiłł
4. Jarosław Pinkas
5. Marek Balicki
6. ks. Arkadiusz Nowak
7. Andrzej Sośnierz
8. Elżbieta Radziszewska
9. Maciej Piróg
10. Krzysztof Bukiel

2006

1. Zbigniew Religa
2. Andrzej Sośnierz
3. Jarosław Pinkas
4. Tomasz Zdrojewski
5. Bolestaw Piecha
6. Konstanty Radziwiłł
7. Zyta Gilowska
8. Henryk Skarżyński
9. Witold Zatoński
10. Jerzy Miller

2007

1. Ewa Kopacz
2. Krzysztof Bukiel
3. Konstanty Radziwiłł
4. Zbigniew Religa
5. Andrzej Sośnierz
6. Witold Zatoński
7. Maciej Piróg
8. Wiesław W. Jędrzejczak
9. Andrzej Borówka
10. Bohdan Maruszewski

2008

1. Zbigniew Religa
2. Michał Boni
3. Janusz Kochanowski
4. Jacek Grabowski
5. Marek Nowacki
6. Wiesław W. Jędrzejczak
7. Witold Zatoński
8. Tomasz Zdrojewski
9. Marek Balicki
10. Henryk Skarżyński

2009

1. Ewa Kopacz
2. Marek Balicki
3. Janusz Kochanowski
4. Alicja Chybicka
5. Marian Zembala
6. Konstanty Radziwiłł
7. Andrzej Szczeklik
8. Jan Lubiński
9. Jakub Szulc
10. Jacek Grabowski

2010

1. Ewa Kopacz
2. Marek Balicki
3. Marian Zembala
4. Piotr Kaliciński
5. Henryk Skarżyński
6. Wojciech Rowiński
7. Andrzej Szczeklik
8. Zbigniew Gaciong
9. Witold Zatoński
10. Cezary Szczylik

2011

1. Marian Zembala
2. Jacek Jassem
3. Maciej Piróg
4. Wojciech Rowiński
5. Zbigniew Gaciong
6. Witold Zatoński
7. Alicja Chybicka
8. Konstanty Radziwiłł
9. Piotr Kaliciński
10. Andrzej Szczeklik

2012

1. Marian Zembala
2. Henryk Skarżyński
3. Jacek Jassem
4. Zbigniew Gaciong
5. Grzegorz Opolski
6. Witold Rużyłto
7. Michał Boni
8. Konstanty Radziwiłł
9. Bohdan Maruszewski
10. Wiesław W. Jędrzejczak

2014

Medycyna

1. Marian Zembala
2. Henryk Skarżyński
3. Adam Maciejewski
4. Jacek Jassem
5. Marek Krawczyk
6. Grzegorz Opolski
7. Zbigniew Gaciong
8. Tomasz Trojanowski
9. Janusz Meder
10. Witold Zatoński

System ochrony zdrowia

1. Jacek Jassem
2. Marian Zembala
3. Bolestaw Samoliński
4. Henryk Skarżyński
5. Wojciech Matusiewicz
6. Jerzy Starak
7. Maciej Piróg
8. Alicja Chybicka
9. Witold Zatoński
10. Janusz Meder

2015

Medycyna

1. Henryk Skarżyński
2. Jacek Jassem
3. Grzegorz Opolski
4. Adam Maciejewski
5. Adam Torbicki
6. Bohdan Maruszewski
7. Michał Tendera
8. Alicja Chybicka
9. Jarosław Reguła
10. Wiesław W. Jędrzejczak

System ochrony zdrowia

1. Konstanty Radziwiłł
2. Marian Zembala
3. Beata Matecka-Libera
4. Wojciech Matusiewicz
5. Jarosław Pinkas
6. Tomasz Zdrojewski
7. Piotr Warczyński
8. Krzysztof kanda
9. Romuald Krajewski
10. Jacek Krajewski

2016

Medycyna

1. Henryk Skarżyński
2. Grzegorz Opolski
3. Mirosław Wielgoś
4. Jarosław Reguła
5. Adam Maciejewski
6. Michał Tendera
7. Piotr Ponikowski
8. Mirosław Ząbek
9. Dariusz Dudek
10. Cezary Szczylik

System ochrony zdrowia

1. Alicja Chybicka
2. Konstanty Radziwiłł
3. Marek Posobkiewicz
4. Jarosław Pinkas
5. Krzysztof kanda
6. Andrzej Jacyna
7. Piotr Warczyński
8. Wojciech Matusiewicz
9. Zbigniew Niewójt
10. Małgorzata Gałązka-Sobotka

Złote dziesiątki dotychczasowych edycji

2017

Medycyna

- 1. Wiesław W. Jędrzejczak
- 2. Cezary Szczylik
- 3. Henryk Skarżyński
- 4. Mirosław Ząbek
- 5. Marian Zembala
- 6. Michał Tendera
- 7. Mirosław Wielgoś
- 8. Alicja Chybicka
- 9. Grzegorz Opolski
- 10. Jacek Jassem

System ochrony zdrowia

- 1. Andrzej Jacyna
- 2. Konstanty Radziwiłł
- 3. Marek Posobkiewicz
- 4. Piotr Gryza
- 5. Maciej Hamankiewicz
- 6. Marek Tombarkiewicz
- 7. Elżbieta Piotrowska-Rutkowska
- 8. Wojciech Matuszewicz
- 9. Małgorzata Gałązka-Sobotka
- 10. Romuald Krajewski

2018

Medycyna

- 1. Mirosław Wielgoś
- 2. Henryk Skarżyński
- 3. Piotr Kaliciński
- 4. Piotr Ponikowski
- 5. Grzegorz Opolski
- 6. Leszek Pączek
- 7. Jarosław Reguła
- 8. Wiesław W. Jędrzejczak
- 9. Maciej Banach
- 10. Mirosław Ząbek

System ochrony zdrowia

- 1. Łukasz Szumowski
- 2. Andrzej Jacyna
- 3. Marcin Czech
- 4. Janusz Cieszyński
- 5. Małgorzata Gałązka-Sobotka
- 6. Jarosław Pinkas
- 7. Ewa Błaszczak
- 8. Marek Posobkiewicz
- 9. Piotr Czauderna
- 10. Paweł Grzesiowski

2019

Medycyna

- 1. Mirosław Ząbek
- 2. Henryk Skarżyński
- 3. Adam Torbicki
- 4. Maciej Krzakowski
- 5. Adam Maciejewski
- 6. Alicja Chybicka
- 7. Jacek Jassem
- 8. Bohdan Maruszewski
- 9. Mirosław Wielgoś
- 10. Maciej Banach

System ochrony zdrowia

- 1. Łukasz Szumowski
- 2. Małgorzata Gałązka-Sobotka
- 3. Bartłomiej Chmielowiec
- 4. Janusz Cieszyński
- 5. Maciej Miłkowski
- 6. Jarosław Pinkas
- 7. Adam Niedzielski
- 8. Tomasz Grodzki
- 9. Piotr Czauderna
- 10. Andrzej Matyja

2020

Medycyna

- 1. Krzysztof Simon
- 2. Henryk Skarżyński
- 3. Robert Flisiak
- 4. Jacek Jassem
- 5. Mirosław Ząbek
- 6. Andrzej Januszewicz
- 7. Maciej Krzakowski
- 8. Maciej Banach
- 9. Krzysztof J. Filipiak
- 10. Adam Maciejewski

System ochrony zdrowia

- 1. Adam Niedzielski
- 2. Paweł Grzesiowski
- 3. Andrzej Matyja
- 4. Andrzej Horban
- 5. Maciej Miłkowski
- 6. Tomasz Grodzki
- 7. Adam Bodnar
- 8. Bartłomiej Chmielowiec
- 9. Filip Nowak
- 10. Waldemar Kraska

2021

Medycyna

- 1. Krzysztof Simon
- 2. Robert Flisiak
- 3. Maciej Banach
- 4. Henryk Skarżyński
- 5. Marcin Gruchała
- 6. Krzysztof J. Filipiak
- 7. Tomasz Dzieciatkowski
- 8. Agnieszka Mastalerz-Migas
- 9. Krzysztof Pyrc
- 10. Jacek Jassem

System ochrony zdrowia

- 1. Maciej Miłkowski
- 2. Paweł Grzesiowski
- 3. Andrzej Matyja
- 4. Bartłomiej Chmielowiec
- 5. Radosław Sierpiński
- 6. Grzegorz Cessak
- 7. Adam Niedzielski
- 8. Krystyna Ptak
- 9. Małgorzata Gałązka-Sobotka
- 10. Tomasz Grodzki

2022

Medycyna

- 1. Henryk Skarżyński
- 2. Jacek Jassem
- 3. Piotr Rutkowski
- 4. Piotr Ponikowski
- 5. Adam Torbicki
- 6. Mirosław Ząbek
- 7. Maciej Banach
- 8. Robert Flisiak
- 9. Małgorzata Myśliwiec
- 10. Maciej Matecki

System ochrony zdrowia

- 1. Maciej Miłkowski
- 2. Bartłomiej Chmielowiec
- 3. Agnieszka Mastalerz-Migas
- 4. Filip Nowak
- 5. Adam Niedzielski
- 6. Małgorzata Gałązka-Sobotka
- 7. Łukasz Jankowski
- 8. Radosław Sierpiński
- 9. Grzegorz Cessak
- 10. Anna Rulkiewicz

2023

Medycyna

- 1. Maciej Banach
- 2. Mirosław Ząbek
- 3. Marcin Gruchała
- 4. Piotr Rutkowski
- 5. Jacek Jassem
- 6. Przemysław Mitkowski
- 7. Krzysztof Pyrc
- 8. Dorota Zozulińska-Ziótkiewicz
- 9. Piotr H. Skarżyński
- 10. Jacek Szepletowski

System ochrony zdrowia

- 1. Maciej Miłkowski
- 2. Agnieszka Mastalerz-Migas
- 3. Bartłomiej Chmielowiec
- 4. Filip Nowak
- 5. Małgorzata Gałązka-Sobotka
- 6. Grzegorz Cessak
- 7. Łukasz Jankowski
- 8. Beata Małacka-Libera
- 9. Marcin Czech
- 10. Krzysztof Kopeć

2024

Medycyna

- 1. Mirosław Ząbek
- 2. Maciej Banach
- 3. Piotr Rutkowski
- 4. Krzysztof Kałwak
- 5. Michał Grąt
- 6. Andrzej Januszewicz
- 7. Wojciech Szczeklik
- 8. Piotr H. Skarżyński
- 9. Miłosz J. Jaguszewski
- 10. Robert Gil

System ochrony zdrowia

- 1. Izabela Leszczyna
- 2. Agnieszka Mastalerz-Migas
- 3. Marek Kos
- 4. Beata Jagielska
- 5. Katarzyna Kacperczyk
- 6. Brygida Kwiatkowska
- 7. Anna Latos-Bieleńska
- 8. Wojciech Fendler
- 9. Marcin Wiącek
- 10. Maciej Krzakowski



Innowacyjne metody leczenia.
Pacjent zawsze w centrum
naszych działań.
Profesjonalny,
pełen pasji zespół.

Swixx BioPharma to firma farmaceutyczna reprezentująca portfolio spółek międzynarodowych oferujących produkty biofarmaceutyczne, produkty dostępne bez recepty oraz wyroby medyczne, zastępująca ich spółki zależne lub jednostki organizacyjne na rynkach, na które nie chcą one wkraczać, lub z których chcą się wycofać.

Nasz oddany zespół, który za cel stawia sobie poprawę wyników leczenia pacjentów, niestrudzenie dąży do zapewnienia potrzebującym dostępu do nowoczesnych leków od naszych partnerów.

Swixx BioPharma specjalizuje się w czterech strategicznych obszarach leczenia, wprowadzając wysoce innowacyjne, nowe terapie w zakresie chorób rzadkich, onkologii/hematologii, opieki specjalistycznej i szczepionek.

SWIXX BIOPHARMA SP. Z O.O.
UL. PROSTA 51, 00-838 WARSZAWA
TELEFON: +48 22 460 07 20
E-MAIL: poland.info@swixxbiopharma.com

PM-PL-2024-6-3845
Data zatwierdzenia materiału 21.06.2024 r.

Elita polskiej medycyny docenia pracę zespołową

„Oskary medycyny” rozdane! Najbardziej wpływowe osoby polskiej medycyny i systemu ochrony zdrowia spotkały się podczas uroczystej gali ogłoszenia wyników 23. edycji Listy Stu. Ranking po raz kolejny udowodnił, że siłą polskiej ochrony zdrowia są ludzie, którzy potrafią łączyć pasję naukową z odwagą w wyznaczaniu kierunków medycyny przyszłości.



Laureaci Listy Stu 2025.

Gala ogłoszenia wyników Listy Stu 2025 tradycyjnie stała się miejscem spotkania osób, mających szczególnie wpływ na rozwój polskiej medycyny. Ranking od lat wskazuje liderów opinii i praktyków, których działania – zarówno w obszarze klinicznym, naukowym, jak i systemowym – przekładają się na realne zmiany w funkcjonowaniu ochrony zdrowia.

„Lista Stu jest wyjątkowym zestawieniem, ponieważ pokazuje różnorodność środowiska odpowiedzialnego za rozwój medycyny i organizację opieki nad pacjentami” – podkreśliła prowadząca galę Katarzyna Matusiewicz, p.o. redaktor naczelnej „Pulsu Medycyny”.

Inspiracja dla kolejnych pokoleń

W obecnej edycji wybitną rolę odegrała Kapituła Honorowa, powołana po raz pierwszy w historii rankingu. Zaproszono do niej laureatów poprzednich edycji – osoby, które zajmowały pierwsze miejsca lub wielokrotnie znajdowały się w ścisłej czołówce zestawienia. Dzięki temu proces wyboru laureatów zyskał unikatową perspektywę, opartą na wieloletnim doświadczeniu i autorytecie środowiska. Jednocześnie członkowie Kapituły Honorowej zdecydowali się zrezygnować z udziału w tej edycji rankingu, aby zachować pełny obiektywizm i stworzyć przestrzeń dla nowych liderów polskiej medycyny.

Przewodniczący kapituły, prof. Henryk Skarżyński, podkreślił, że Lista Stu ma znaczenie nie tylko jako ranking wpływowych osób, ale przede wszystkim jako impuls do dalszego rozwoju środowiska medycznego. Wybór stu najbardziej wpływowych osób spośród setek tysięcy pracowników systemu ochrony zdrowia pokazuje skalę prestiżu tego wyróżnienia. „Jeśli z kilkuset tysięcy osób pracujących w ochronie zdrowia wybieramy finałową setkę, to mówimy o absolutnej elicie. Gratuluję wszystkim laureatom!” – powiedział prof. Henryk Skarżyński.



Galę prowadziła Katarzyna Matusiewicz, p.o. redaktor naczelnej „Pulsu Medycyny”.



PROF. MICHAŁ GRĄT: transplantologia uhonorowana

Pierwsze miejsce w tegorocznym rankingu zajął prof. dr hab. n. med. i n. o zdr. Michał Grąt, specjalista w dziedzinie chirurgii ogólnej i onkologicznej oraz transplantologii klinicznej, kierownik Katedry i Kliniki Chirurgii Ogólnej, Transplantacyjnej i Wątroby Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Jego działalność naukowa i kliniczna koncentruje się na transplantologii oraz chirurgii wątroby.

Odbierając statuetkę, prof. Grąt podkreślił, że największą wartością w medycynie pozostaje praca zespołowa. „To ogromna przyjemność móc realizować swoją pasję i czerpać z niej tak wielką satysfakcję. Chciałbym podziękować wielu osobom obecnym na tej sali – nie będę wymieniał wszystkich z nazwiska, by nikogo nie pominąć, ale państwo doskonale wiedzą, o kim mówię. Moją pasją jest chirurgia wątroby oraz transplantologia. To, czego udało nam się dokonać, to sukces całego zespołu ludzi, którzy oddają tej pracy swoje życie” – powiedział laureat 1. miejsca.



PROF. MIROSŁAW ŻĄBEK: primus inter pares

Drugie miejsce w rankingu zajął dr hab. n. med. Mirosław Żąbek, prof. CMKP, specjalista w dziedzinie neurochirurgii, kierownik Kliniki Neurochirurgii Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego (CMKP), ordynator Oddziału Neurochirurgii CMKP, kierownik Zakładu Inżynierii Genetycznej w Mazowieckim Szpitalu Bródnowskim, dyrektor Interwencyjnego Centrum Neuroterapii oraz Centrum Gamma Knife w Warszawie.

Odbierając wyróżnienie, dr hab. Mirosław Żąbek w pierwszej kolejności skierował słowa uznania do zgromadzonych gości. „Czuję się tu jako primus inter pares – pierwszy wśród równych sobie. Patrząc na Państwa twarze, wiem, jak wielkie rzeczy robicie i jestem przekonany, że każdy z Was mógłby tu dzisiaj stać” – wskazał.

Dziękując za uhonorowanie, zwrócił uwagę na szczególny charakter Listy Stu, która łączy przedstawicieli medycyny i systemu ochrony zdrowia. „Jestem ogromnie wzruszony i dziękuję kapitule oraz redakcji „Pulsu Medycyny”. To, co państwo stworzyli, to swoiste „Oskary medycyny”. Po raz kolejny administracja i medycyna spotykają się w jednym rankingu stu najbardziej wpływowych osób” – przypomniał laureat 2. miejsca.

On również zaznaczył, że współczesna medycyna nie jest już indywidualną działalnością lekarza, lecz efektem pracy całych zespołów.



BEATA MAŁECKA-LIBERA: czas na profilaktykę

Dr n. med. Beata Małecka-Libera, specjalistka w dziedzinie laryngologii i zdrowia publicznego, senator RP, przewodnicząca Komisji Zdrowia Senatu RP oraz Parlamentarnego Zespołu ds. Adherencji, zajęła 3. miejsce na Liście Stu 2025.

W kilku słowach nawiązała do wieloletniej drogi budowania znaczenia profilaktyki w systemie ochrony zdrowia. „Jestem ogromnie wzruszona i szczęśliwa. Nie spodziewałam się tak wysokiego wyróżnienia po tylu latach pracy. Ta nagroda należy się wszystkim, którzy wspierali moją pasję, a jest nią zdrowie publiczne, edukacja zdrowotna i dbałość o zdrowie nas wszystkich” – podkreśliła.

Dodała, że działania profilaktyczne często pozostają niewidoczne, ponieważ ich efektem jest brak choroby.



PROF. MACIEJ BANACH: polska medycyna coraz silniej obecna w Europie

Czwarte miejsce w rankingu zajął prof. dr hab. n. med. Maciej Banach, specjalista w dziedzinie kardiologii, hipertensjologii i lipidologii, prorektor ds. Collegium Medicum Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego Jana Pawła II, przewodniczący Polskiego Towarzystwa Lipidologicznego.

Dziękując za uznanie, zauważył, że jednym z kluczowych wyzwań dla polskiej medycyny jest zwiększenie jej wpływu na kształt międzynarodowych rekomendacji. Wskazał też na znaczenie wspólnych programów prewencji chorób sercowo-naczyniowych oraz współpracy europejskiej. „Czas głośno powiedzieć: merytorycznie nie odbiegamy od kolegów z Zachodu. Teraz to oni mogą uczyć się od nas” – stwierdził.

Ocecił również, że w budowaniu polskiego systemu ochrony zdrowia najważniejsza jest współpraca. „Nieważne, po której stronie stołu siedzimy: czy jako kapituła, czy jako laureaci” – powiedział prof. Banach.



PAWEŁ GRZESIOWSKI: na straży zdrowia publicznego

Na piątym miejscu Listy Stu 2025 uplasował się dr n. med. Paweł Grzesiowski, specjalista w dziedzinie pediatrii, Główny Inspektor Sanitarny. W swoim wystąpieniu podkreślił znaczenie współpracy między instytucjami publicznymi a środowiskiem medycznym: „Nagroda przyznana przez tak utytułowane gremium medyczne jest dla mnie czymś więcej niż statuetką. To sygnał, że nasza praca została dostrzeżona i doceniona przez środowisko, z którego się wywodzimy”.

Przypomniał, że Państwowa Inspekcja Sanitarna odpowiada za bezpieczeństwo zdrowotne całego kraju. „Mam pod sobą zespół 17 tys. ludzi. To armia profesjonalistów absolutnie zdeteminowanych, by działać na rzecz zdrowia publicznego” – zapewnił dr Grzesiowski.



PROF. JAROSŁAW CZUBAK: wykorzystanie nowych technologii w ortopedii

Prof. dr hab. n. med. Jarosław Czubak, specjalista w dziedzinie ortopedii i traumatologii narządu ruchu, dyrektor Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego im. prof. A. Grucy Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego w Otwocku, znalazł się na 6. miejscu w rankingu. Odbierając statuetkę, zwrócił uwagę na kształcenie specjalistów i rozwój nowych technologii w medycynie. „Reprezentuję dziedzinę, w której praca zespołowa jest absolutnym fundamentem – bez niej nie da się osiągnąć sukcesu” – skonstratował.

Prof. Czubak z dumą wspominał o stworzeniu w Szpitalu im. prof. Grucy nowoczesnego centrum edukacyjnego – Collegium Orthopaedicum, szkolącego lekarzy w specjalnościach zabiegowych.



Znalezienie się w gronie stu najwybitniejszych osób w medycynie i systemie ochrony zdrowia to wielkie wyróżnienie, bez względu na to, które zajęło się miejsce.

Prof. Henryk Skarżyński



PROF. PIOTR H. SKARŻYŃSKI:
nasze zespoły na kilku kontynentach
Siódmym miejscem w rankingu wyróżniono prof. dr. hab. n. med. i n. o zdr., mgr. zarz. Piotra H. Skarżyńskiego, specjalistę w dziedzinie otorynolaryngologii, otorynolaryngologii dziecięcej, audiologii i foniatrii oraz zdrowia publicznego, zastępcę kierownika Zakładu Teleaudiologii i Badań Przesiewowych Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu, dyrektora ds. nauki i rozwoju Instytutu Narządów Zmysłów. „W życiu chodzi o to, by robić to, co się kocha, tam, gdzie się chce i z ludźmi, którym się ufa” – przyznał laureat, odbierając statuetkę. Prof. Piotr H. Skarżyński dedykował nagrodę swoim współpracownikom.
„To wyróżnienie dedykuję mojemu zespołowi – setkom osób pracujących w naszych placówkach na kilku kontynentach” – powiedział.



JOLANTA SOBIERAŃSKA-GRENDA:
udział w ministerialnej sztafecie
Ósme miejsce na Liście Stu 2025 przypadło minister zdrowia Jolancie Sobierańskiej-Grendzie, mgr prawa, dr n. społ. w dyscyplinie ekonomia i finanse.
Odbierając nagrodę, minister podkreśliła znaczenie współpracy i ciągłości działań w systemie ochrony zdrowia. „Traktuję to wyróżnienie jako przejęcie pałeczki w sztafecie, która nieustannie trwa w Ministerstwie Zdrowia. To nagroda dla całego zespołu resortu oraz wszystkich jednostek z nami współpracujących” – zaakcentowała Jolanta Sobierańska-Grenda.



PROF. KRZYSZTOF J. FILIPIAK:
kształcenie lekarzy przyszłości
Na dziewiątym miejscu Listy Stu 2025 uplasował się prof. dr hab. n. med. dr h.c. multi Krzysztof J. Filipiak, specjalista w dziedzinie chorób wewnętrznych, kardiologii, hipertensjologii i farmakologii klinicznej, od sierpnia 2025 r. dyrektor-rektor Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego (CMKP). Jego działalność od lat łączy praktykę kliniczną z organizacją systemu kształcenia lekarzy w Polsce.
Prof. Filipiak zaznaczył, że nagrodę odbiera w szczególnym momencie swojej kariery – jako dyrektor-rektor Cen-

trum Medycznego Kształcenia Podyplomowego. „CMKP to nie tylko uczelnia, to serce systemu specjalizacji w Polsce. Obecnie kształcimy około 35 tys. lekarzy, a w najbliższych latach liczba ta może wzrosnąć nawet do 50 tys.” – powiedział.
Profesor podkreślił również, że sukcesy są zawsze wynikiem pracy wielu osób. „Cieszę się, że w pierwszej dziesiątce Listy Stu nie jestem jedynym pracownikiem CMKP. To pokazuje, jak ważną rolę odgrywa dziś nasza instytucja w systemie ochrony zdrowia” – dodał prof. Filipiak.

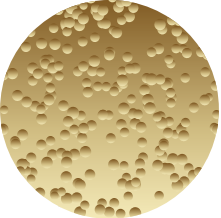


MATEUSZ OCZKOWSKI:
podejmujemy decyzje, które wpływają na życie pacjentów
Mgr farm. Mateusz Oczkowski, dyrektor Departamentu Polityki Lekowej i Farmacji Ministerstwa Zdrowia zajął 10. miejsce w rankingu. Jak zauważył: „Słowa w naszej pracy wiążą się z ogromną odpowiedzialnością i należy ich używać z dużą rozważą”.
Jego zdaniem, decyzje podejmowane w obszarze refundacji leków mają bezpośredni wpływ na życie pacjentów. „Rola decydenta bywa trudna, ale musimy te decyzje podejmować dla dobra systemu” – podkreślił Mateusz Oczkowski.

PROMOTORZY WIEDZY:
edukacja jako fundament współczesnej medycyny
Podczas gali przyznano także wyróżnienia „Promotor wiedzy” – osobom szczególnie zaangażowanym w popularyzację rzetelnej wiedzy medycznej. Za tę działalność w 2025 r. uhonorowani zostali: prof. Marzena Dębska, prof. Robert Gasik oraz dr Eryk Matuszkiewicz.



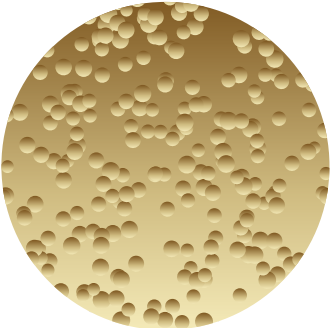
PROF. DR HAB. N. MED. MARZENA DĘBSKA, specjalistka w dziedzinie położnictwa i ginekologii oraz perinatologii z Kliniki Położnictwa i Perinatologii Państwowego Instytutu Medycznego MSWiA w Warszawie, właścicielka przychodni Dębski Clinic w Warszawie, podkreślała znaczenie edukacji pacjentów i komunikacji w przestrzeni publicznej. „Piszę prostym językiem o podstawach, np. o cytologii płynnej czy testach HPV. Te treści mają milionowe zasięgi. To dowód na to, że ludzie chcą się uczyć” – zaznaczyła.



Na rolę edukacji w walce z chorobami cywilizacyjnymi zwrócił uwagę **PROF. DR HAB. N. MED. ROBERT GASIK**, specjalista neurologii oraz ortopedii i traumatologii narządu ruchu, kierownik Kliniki i Polikliniki Neuroortopedii i Neurologii Narodowego Instytutu Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji.
Odbierając statuetkę, przyznał, że „największym sensem pracy lekarza nie są statystyki, ale moment, w którym zaszczerpiona przed laty idea wraca do człowieka i przynosi owoce”.



Z kolei **DR N. MED. ERYK MATUSZKIEWICZ**, specjalista chorób wewnętrznych i toksykologii klinicznej z Katedry i Zakładu Medycyny Ratunkowej Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu, konsultant wojewódzki w dziedzinie toksykologii klinicznej dla województwa lubuskiego, wskazywał na znaczenie profilaktyki wśród młodych ludzi. „Często mówię młodzieży, że opowiadam im to wszystko, by dealer nie musiał – bo on nie mówi im całej prawdy” – wyjaśnił.



LISTA STU 2025:
wielkie wyróżnienie, bez względu na miejsce
Tegoroczna gala Listy Stu była nie tylko momentem wręczenia prestiżowych wyróżnień, ale także symbolicznym spotkaniem środowiska medycznego – lekarzy, naukowców, menedżerów ochrony zdrowia, edukatorów i decydentów odpowiedzialnych za kształt systemu. Uroczystość zgromadziła przedstawicieli wielu dziedzin medycyny oraz instytucji publicznych. Działania tych osób – choć prowa-

dzone w różnych obszarach – łączy wspólny cel: rozwój systemu ochrony zdrowia i poprawa jakości opieki nad pacjentami w Polsce.
Jak wielokrotnie podkreślano podczas gali, wyróżnienia trafiają wprawdzie do konkretnych osób, jednak w rzeczywistości stoją za nimi całe zespoły, instytucje i środowiska eksperckie. To właśnie ich wspólna praca pozwala wprowadzać rozwiązania, które zmieniają polską medycynę – zarówno w wymiarze naukowym, jak i systemowym.

„Znalezienie się w gronie stu najwybitniejszych osób w medycynie i systemie ochrony zdrowia to wielkie wyróżnienie, bez względu na to, które zajęło się miejsce” – zaznaczył przewodniczący Kapituły prof. Henryk Skarżyński.
Lista Stu po raz kolejny pokazała, że siłą polskiej medycyny są ludzie – ich wiedza, odwaga i gotowość do wspólnego budowania systemu, który służy pacjentom.
Anna Rogala, zdjęcia: Emilia Zielińska



Kapituła Listy Stu 2025.



Prof. Henryk Skarżyński, przewodniczący Kapituły Listy Stu 2025.

partnerzy główni



partnerzy



Wizja dla zdrowia – pacjent, etyka i innowacje

Misją Swixx BioPharma jest wspieranie dostępu do przełomowych terapii

Swixx BioPharma to kompleksowa platforma komercyjna, pomagająca międzynarodowym firmom farmaceutycznym i biotechnologicznym dotrzeć z ich innowacyjnymi produktami do pacjentów w Eurazji (w tym w Europie Środkowo-Wschodniej), na Bliskim Wschodzie i w Ameryce Łacińskiej. Polska pozostaje jednym z wiodących rynków w strategii Swixx.

Perspektywy dla Swixx BioPharma Polska na 2026 rok są bardzo dobre i wpisują się w dynamiczny, globalny rozwój całej grupy. Nadal będziemy rozwijać koncepcję działalności, reprezentowaną na wszystkich rynkach, na których jesteśmy obecni (nie tylko w Polsce), to jest dalsze umacnianie naszej roli jako kluczowego i zaufanego partnera dla licznych innowacyjnych firm farmaceutycznych.

Naszą misją niezmiennie pozostaje dążenie do szybkiej poprawy dostępności pacjentów, także w Polsce, do innowacyjnych, często ratujących życie terapii

lekowych. Chcemy i robimy wszystko, by nasza praca prowadziła do realnej zmiany – poprawy stanu zdrowia oraz jakości i długości życia pacjentów na całym świecie.

W lutym 2026 r. firma Swixx BioPharma Polska uzyskała certyfikację Great Place To Work™, która jest przyznawana pracodawcom tworzącym wyjątkowe doświadczenia pracowników. Jest to dla nas jedno z najcenniejszych wyróżnień, jakie możemy otrzymać, ponieważ opiera się wyłącznie na doświadczeniach i opiniach pracowników firmy.

Dla nas to nie tylko nagroda, ale przede wszystkim namacalny dowód na to, że takie wartości, jak współpraca, wzajemne zaufanie oraz głębokie zaangażowanie każdego z naszych pracowników stanowią najcenniejszy kapitał naszej organizacji. To wyróżnienie potwierdza także, że budowanie wyjątkowej kultury pracy i spójnej kultury organizacyjnej jest i pozostanie jednym z naszych absolutnych priorytetów.

Sam proces certyfikacji i jego wyniki pozwalają nam też jeszcze lepiej zrozumieć, co już teraz jest mocną stroną naszej organizacji, a którym aspektem należałoby poświęcić więcej uwagi. Oczywiście nie byłibyśmy Great Place to Work bez tych, którzy każdego dnia tworzą teraźniejszość i przyszłość Swixx BioPharma Polska, czyli bez naszych pracowników.

Michał Opuchlik
dyrektor generalny
firmy Swixx BioPharma w Polsce



Innowacyjne terapie szansą stabilizowania budżetu ochrony zdrowia

Nowoczesne metody leczenia nie tylko zapewniają wyższą skuteczność terapeutyczną, ale przede wszystkim stwarzają możliwość zrównoważenia finansowego systemu opieki zdrowotnej. Według Aleksandra Kwiecińskiego, dyrektora generalnego firmy biofarmaceutycznej AbbVie w Polsce, innowacje w medycynie oraz szeroko zakrojone programy profilaktyczne, takie jak „Moje Zdrowie”, stanowią fundament nowoczesnego i efektywnie działającego państwa.

Rola innowacyjnych terapii w kontekście zrównoważenia budżetu państwa jest kluczowa i dostrzegam w tym obszarze olbrzymi potencjał. Nowoczesne metody leczenia dostarczają nowych możliwości nie tylko w zakresie osiągania lepszych efektów terapeutycznych, co stanowi absolutną podstawę, ale oferują również konkretne rozwiązania systemowe. Są to często terapie pozwalające na krótsze leczenie oraz trwalsze utrzymanie jego wyników, dzięki czemu w zdecydowanie mniejszym stopniu angażują one system ochrony zdrowia. Należy bowiem pamiętać, że nakłady na zdrowie to nie tylko wydatki na leki, lecz także wynagrodzenia lekarzy oraz koszty utrzymania całej infrastruktury i zasobów, które stoją za personelem medycznym.

Z drugiej strony innowacyjne rozwiązania oferują możliwość rzadszego podawania leków oraz mniej skomplikowane metody ich przechowywania, czego doskonałym przykładem jest przejście z terapii doustnych na tabletkowe. Stanowi to znaczące odciążenie systemu, pozwalając na lepsze wykorzystanie dostępnych zasobów i leczenie większej liczby pacjentów przy tej samej obsadzie kadrowej i liczbie placówek. Innowacja, służąca jednocześnie pacjentowi i systemowi, jest właściwą drogą do budowania stabilności budżetowej w obliczu wyzwań, przed którymi obecnie stoimy.

W zakresie projektów edukacyjnych i podnoszenia świadomości społecznej za

wartościowy uznaje każdy program, który wykazuje realną skuteczność. Przykładem może być ostatnio wdrożony na szeroką skalę program profilaktyczny „Moje Zdrowie”, już teraz osiągający bardzo dobre rezultaty. U podstaw jego sukcesu leży przede wszystkim prostota zastosowania, ponieważ pacjent może zrealizować badania w każdym oddziale podstawowej opieki zdrowotnej, bez konieczności skomplikowanych poszukiwań.

Program ten jest również niezwykle przydatny dla lekarzy, pozwalając budować optymalną ścieżkę zdrowotną dla pacjenta, opartą na rzetelnej diagnostyce. Każda inicjatywa profilaktyczna włączająca pacjentów zasługuje na wyróżnienie, ponieważ prewencja i wczesne wykrywanie chorób to ogromna korzyść dla systemu. Im wcześniej ustalone zostanie rozpoznanie, tym szybciej możemy podjąć skuteczne, a zarazem tańsze leczenie, co jest naszym wspólnym celem.

Aleksander Kwieciński
dyrektor generalny AbbVie w Polsce,
przewodniczący rady nadzorczej INFARMY.



Ochrona zdrowia potrzebuje nowego otwarcia i realnej współpracy

Największe wyzwania w ochronie zdrowia pozostają niezmiennie od lat, ale sama ich diagnoza już nie wystarcza. Paweł Łangowski, dyrektor ds. public affairs w firmie Medcover, wskazuje na potrzebę zapoczątkowania nowej debaty o systemie, większą gotowość do szukania synergii oraz pełniejsze wykorzystanie doświadczeń sektora prywatnego i partnerów społecznych.

Kluczowe bariery i wyzwania, stojące zarówno przed publicznym, jak i prywatnym sektorem ochrony zdrowia, są ogólnie dobrze znane od wielu lat. To przede wszystkim niedobory kadr medycznych oraz spory dotyczące modelu finansowania systemu. Te kwestie stanowią tylko część problemów, z którymi mierzy się dziś cały system ochrony zdrowia, ale to one są najczęściej przywoływane w debacie publicznej.

Jednocześnie odnoszę wrażenie, że współpraca i dyskusja nad tymi zagadnieniami wciąż oscylują wokół

tych samych argumentów i rozwiązań. Dlatego kluczowe wydaje się dziś ponowne otwarcie tej debaty i zastanowienie się, w których obszarach rzeczywiście możemy szukać synergii, uznać argumenty drugiej strony oraz w jaki sposób skuteczniej wykorzystywać już dostępne rozwiązania, zamiast po raz kolejny próbować wymyślać wszystko od początku.

W tym kontekście prywatna ochrona zdrowia od dawna pozostaje wartościowym partnerem i konsekwentnie deklaruje gotowość do dzielenia się najlep-

szymi rozwiązaniami zarówno z Polski, jak i z zagranicy. Chodzi o przemyślane, sprawdzone i wdrożone już na innych rynkach modele, które z powodzeniem mogą służyć jako dobre praktyki także w polskim systemie ochrony zdrowia.

Bardzo ważnym ogniwem tego procesu są również partnerzy społeczni oraz takie instytucje, jak Rada Dialogu Społecznego czy zespół trójstronny. To nadal jest przestrzeń, w której można znacznie lepiej spożytkować potencjał i wiedzę partnerów społecznych do skuteczniejszego formułowania polityki zdrowotnej – z troską o pacjenta, ale też z pełnym wykorzystaniem zasobów kadrowych, doświadczenia oraz instrumentów dostępnych również przedstawicielom medycyny prywatnej.

Paweł Łangowski
dyrektor ds. public affairs w Medcover





porozmawiajmy
szczerze
o otyłości

X



**Słuchaj serca.
Lecz otyłość.**



Patroni merytoryczni:

