



BIULETYN BYDGOSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

primum

ISSN 2353-6055

nr 2 (343) / luty 2020

Transplantologia
**STAGNACJA
Z TENDENCJĄ
SPADKOWĄ**





BALATON
APARTAMENTY

Apartamenty nad Balatonem

Bydgoszcz - Bartodzieje

MIESZKAJ I WYPOCZYWAJ JAK LUBISZ

- Apartamenty od 40 do 114 m²
- Blisko centrum, z dala od zgiełku
- Widok na park i wodę
- Wielkoformatowe, szerokie okna
- Duże, przestronne balkony
- Podziemny garaż
- Monitoring i ochrona całodobowa
- Stylowe wykończenie części wspólnych

APARTAMENT Z WIDOKIEM NA ZYSK

Inwestycja premium w standardzie hotelowym od uznanego dewelopera.

- Skorzystaj z wykończenia „pod klucz”
- Zleć nam kompleksową obsługę najmu
- Zyskuj nawet 6% rocznie* nie przejmując się resztą

*Inwestowanie w mieszkania wiąże się z ryzykiem zmiany ceny nieruchomości i zmiany stawek najmu, co niesie ze sobą możliwość zmiany stopy zwrotu, zysku z wynajmu takiej inwestycji.

Arkada Invest

tel. 663 959 608
www.arkada-invest.pl

BIURO SPRZEDAŻY
Bydgoszcz, ul. Fordońska 2

W NUMERZE:

WYDARZENIA

Czy powstanie Bydgoski Uniwersytet Medyczny?	2
Własny sztyd to nie wszystko	3

INFORMUJEMY

4-7

TAK MYŚLĘ

Dyrektorze, jak z panem żyć?!	8
-------------------------------	---

FELIETON

Reglamentacja, która zabija	9
Mój jest ten kawałek podłogi	19

DIAGNOZUJEMY POLSKĄ OCHRONĘ ZDROWIA

Transplantologia w kryzysie: Stagnacja z tendencją spadkową... – rozmowa z prof. Zbigniewem Włodarczykiem	10
--	----

XXX LAT SAMORZĄDU LEKARSKIEGO

Nigdy nie chciałem, żeby Izba była tylko biurem – rozmowa z dr. Andrzejem Nagórny Martynowskim	12
Powstanie samorządu oczami Jubilatów	13

NAJWYŻSZE ODZNACZENIE BIL PRYZNANE

14

POZ BEZ TAJEMNIC

Badania diagnostyczne	15
-----------------------	----

Z LEKARSKIEJ PRAKTYKI

Primum non nocere czyli jak chronić pacjenta przed BRONJ	16
--	----

RADCA PRAWNY BIL INFORMUJE

Obowiązek prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej	18
---	----

W PIGUŁCE

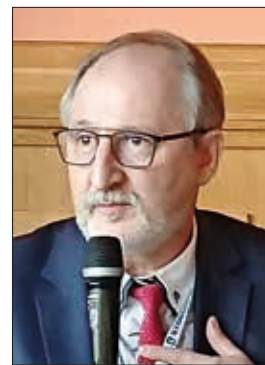
20

ZMIANA NUMERÓW KONT BANKOWYCH

Informujemy, że uległy zmianie indywidualne numery kont bankowych, na które wysyłacie Państwo składki członkowskie. Można je sprawdzić w ten sam sposób, jak dotychczas – wpisując nr PWZ na stronie Bydgoskiej Izby Lekarskiej lub telefonicznie.

Krzysztof Gawet, Skarbnik BIL

Szanowne Koleżanki i Koledzy!



Rok 2020 jest pełen wyzwań – zarówno indywidualnych, jak i zbiorowych. Przebrnęliśmy z sukcesem przez e-zwolnienie, pokonujemy kolejny stopień wtajemniczenia w cyfryzacji – e-receptę. Minister zdrowia chwali dokonania resortu, nakreśla nowe plany i priorytety. Rezydenci utracili do niego zaufanie i szykują się do protestu. Płaca minimalna 2600 zł i pensja lekarza stażysty 2600 zł – czy to właściwe? Oceńcie Państwo sami.

Problemy i wyzwania są znane, nie trzeba ich wciąż przywoływać. Interesujące są ich rozwiązania. Zarówno samorząd lekarski, jak i szeroko pojęta opozycja polityczna wskazują na konieczność wzrostu nakładów na opiekę zdrowotną. Niezmienna odpowiedź rządzących – nie stać nas na to! Ciekawe, czy obywatele podzielają ten pogląd?! Polska choruje, starzeje się i wymiera. Wskaźniki demograficzne pokazują to dobitnie (współczynnik dzietności 1,45; zastępowalność pokoleń zapewnia wsp. 2,1). Poza pieniędzmi potrzebne jest dobre prawo i zarządzanie. Tymczasem nowy projekt ustawy o zawodzie lekarza nie bardzo przypomina dokument zgłoszony przez samorząd, podobnie uwagi wnoszone w ramach konsultacji społecznych pozostały bez wpływu na jego kształt. Dlaczego nas lekceważą, dlaczego nie bierze się pod uwagę opinii praktyków i medycznych ekspertów? Polityka i finanse stoją na przeszkodzie zaspokojeniu fundamentalnych potrzeb społeczeństwa, chociaż ze wszystkich stron słychać głosy, że zdrowie i życie obywateli to sprawa najważniejsza. Czy rzeczywiście?!

Samorząd BIL będzie uczestniczył w dalszych staraniach środowisk medycznych o poprawę systemu opieki zdrowotnej w Polsce. Liczę w tym zakresie na dalszą, owocną współpracę z OZZL i wszystkimi organizacjami oraz samorządami, które ten problem uważają za istotny.

W bieżącym roku priorytetem będzie również przygotowanie dla Państwa obiektu zakupionego z myślą o nowej siedzibie naszego samorządu. Mam nadzieję, że będzie on nie tylko miejscem pracy organów Izby Lekarskiej, ale także aktywności dydaktycznej, konferencyjnej, kulturalnej i towarzyskiej.

Aby rozpocząć Nowy Rok w dobrym nastroju, zapraszam wszystkich Państwa na tradycyjny bal lekarza i życzę wielu radosnych przeżyć w 2020 roku!

Dr n. med. Marek Bronisz

Prezes Bydgoskiej Izby Lekarskiej

BIULETYN BYDGOSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ
primum

e-mail: primum@bil.org.pl
tel. 52 346 07 85

RADA PROGRAMOWA:

prof. Aleksander Araszewicz,
red. Agnieszka Banach-Dalke,
red. Teodora Bogdańska,
lek. Mieczysław Boguszyński,
red. Magdalena Godlewska,
dr n. med. Stanisław Prywiński,
lek. dent. Marek Rogowski
(przewodniczący),
dr n. med. Zofia Ruprecht

REDAKTOR NACZELNA:

Agnieszka Banach-Dalke
agnieszka.banach@hipokrates.org

REDAKTOR:

Magdalena Godlewska
magodlewska@poczta.onet.pl

CZEKAMY na Państwa opinie, uwagi i propozycje!

Redakcja zastrzega sobie prawo do skracania
i poprawiania materiałów oraz zmian w tytułach.
Za treść reklam nie odpowiadamy.

WYDAWCA:

Bydgoska Izba Lekarska
85-681 Bydgoszcz, ul. Powstańców Warszawy 11
telefony: 52 346 00 84, 52 346 07 80

Numer konta BIL:

PKO BP II O/Bydgoszcz 95102014750000830200191197
e-mail: bil@bil.org.pl, www.bil.org.pl

• Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej:

dr n. med. Elżbieta
Narolska-Wierczińska,
e-mail: rzecznik@bil.org.pl
tel. 52 346 12 57

• Pełnomocnik ds. zdrowia lekarzy i lekarzy dentystów:

dr n. med. Wojciech Kosmowski
tel. 605 550 017

DRUK:

Abedik, Bydgoszcz, tel. 52 370 07 10

SKŁAD:

Magraf s.c., Bydgoszcz, tel. 52 379 14 35

Nakład: 4340 egzemplarzy





Czy powstanie Bydgoski Uniwersytet Medyczny?

Obywatelski projekt ustawy, na mocy której w Bydgoszczy miałby powstać uniwersytet medyczny na bazie funkcjonującego przy UMK Collegium Medicum, ponownie został skierowany do dalszych prac w komisjach sejmowych. Pięć lat temu pod inicjatywą podpisało się 160 tys. bydgoszczan. Wspiera ją prezydent miasta Rafał Bruski, lokalni posłowie PiS, PO i Lewicy. Negatywną opinię wystawiła mu za to strona rządowa. Rozłam w UMK krytycznie ocenia też minister nauki i szkolnictwa wyższego Jarosław Gowin, sprzeciwiają mu się również parlamentarzyści z Torunia.

**AGNIESZKA
BANACH**

Projekt 19 grudnia ponownie przedstawiał w Sejmie Zbigniew Pawłowicz – autor obywatelskiej inicjatywy na rzecz powołania bydgoskiej uczelni medycznej, w poprzedniej kadencji poseł Platformy Obywatelskiej. W swojej kolejnej prezentacji zwracał uwagę na słabą kondycję CM pod szyldem UMK i podkreślał, że w Bydgoszczy na bazie Collegium może powstać uniwersytet medyczny z wydziałem lekarskim, farmaceutycznym i nauk o zdrowiu. W poprzedniej kadencji projekt po pierwszym czytaniu został skierowany do komisji – zdrowia oraz edukacji, nauki i młodzieży. Te w listopadzie 2018 r., z inicjatywy toruńskiej postanki PiS Iwony Michałek (obecnie wiceminister edukacji narodowej), zarekomendowały go Sejmowi do odrzucenia... Projekt w poprzedniej kadencji pod obrady Sejmu jednak ponownie nie trafił. Wraca teraz, ponieważ „projekt ustawy, w stosunku do którego postępowanie ustawodawcze nie zostało zakończone w trakcie kadencji Sejmu, w której został wniesiony, jest rozpatrywany przez Sejm następnej kadencji”. Procedura rozpoczyna się więc od nowa. W listopadzie marszałek Sejmu Elżbieta Witek skierowała projekt ponownie do pierwszego czytania. Sejm 20 grudnia wystąpił go do komisji: edukacji, nauki i młodzieży oraz zdrowia.

Nowe możliwości obywatelskiej inicjatywy bydgoszczan mają dawać też zapisy ustawy o szkolnictwie wyższym i nauce (tzw. ustawa 2.0), m.in. te mówiące o tym, że uczelnie publiczne powoływane lub likwidowane są na drodze ustawy. Nie potrzeba już, jak to było do tej pory: „zaśnięć opinii senatu lub senatów uczelni, których akty te dotyczą”. Oznacza to, że UMK nie musi wyrażać zgody na odłączenie się CM, jeżeli ono miałoby taką wolę.

Wiadomo jednak, że decydujący głos w sprawie tego, czy Bydgoszcz zbuduje swój uniwersytet medyczny na bazie Collegium Medicum będzie miała parlamentarna większość.

Czy Collegium Medicum powinno przekształcić się w samodzielny Bydgoski Uniwersytet Medyczny, czy pozostać częścią UMK?
Czekamy na Państwa opinie na primum@bil.org.pl

Art. 3. Uniwersytet tworzy się z jednostek organizacyjnych tworzących w dniu wejścia ustawy w życie Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu, zwane dalej Collegium Medicum UMK. Z dniem utworzenia Uniwersytetu znosi się Collegium Medicum UMK – z obywatelskiego projektu ustawy

Dziekan Wydziału Lekarskiego CM UMK apeluje

Z troską i niepokojem przyjąłem informację o poselskim projekcie ustawy mającej na celu utworzenie nowej szkoły medycznej w Bydgoszczy – a de facto – rozbić istniejących struktur Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu i Collegium Medicum w Bydgoszczy.

Głęboko wierzę, że dla całej społeczności akademickiej Wydziału Lekarskiego najważniejszym celem było, jest i pozostanie nauczanie medycyny na jak najwyższym poziomie.

Jako lekarz klinicysta z kilkudziesięcioletnim doświadczeniem doskonale wiem, że medycyna nie powinna mieć granic dzielnic lub miasta, a jej rozwój i doskonalenie nie może wynikać z być może szczerych, ale partykularnych interesów środowisk lokalnych lub partyjnych. Współczesna medycyna nie będzie się rozwijać bez współpracy bazującej na silnych ośrodkach uniwersyteckich. O sile i znaczeniu Wydziału Lekarskiego i Collegium Medicum w strukturach Uniwersytetu Mikołaja Kopernika decydujemy my – nauczyciele akademicy, lekarze klinicyści, pracownicy Collegium Medicum i studenci. To od nas zależy, czy badania naukowe prowadzone przez jednostki Collegium Medicum będą na najwyższym poziomie. To od nas zależy, czy nauczanie medycyny będzie odpowiadało najwyższym standardom współczesnej dydaktyki. To również od nas zależy, czy w pełni wykorzystamy możliwości, które daje nam działanie w strukturach jednego z dziesięciu uniwersytetów badawczych.

Apeluję do Państwa, aby – z poszanowaniem dla indywidualnych opinii i różnic w ocenie drogi, jaką powinniśmy kroczyć – mieć na względzie przede wszystkim dobro, jakim jest integralność Collegium Medicum i Uniwersytetu Mikołaja Kopernika.

Dziekan Wydziału Lekarskiego
Collegium Medicum w Bydgoszczy,
UMK w Toruniu
Prof. dr hab. Zbigniew Włodarczyk



Własny szyld to nie wszystko

Z dziekanem Wydziału Lekarskiego Collegium Medicum Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu – profesorem Zbigniewem Włodarczykiem – rozmawia Agnieszka Banach

Wraca temat powołania w Bydgoszczy Uniwersytetu Medycznego na bazie CM UMK. Pole do tego dała ustawa 2.0, gdzie nie ma już m.in. zapisów o tym, że likwidacja uczelni publicznej, zmiana nazwy lub jej połączenie z inną, następuje po zasięgnięciu opinii senatu lub senatów uczelni, których te akty dotyczą. Czy Pana zdaniem Bydgoszcz powinna mieć swoją uczelnię medyczną, a Collegium Medicum stanowić jej bazę?

Nie jest tu istotna zmiana przepisów, która na takiej czy innej drodze pozwoli na odłączenie samodzielnej jednostki dydaktycznej. Istotne jest, czy to ma sens. W moim przekonaniu nie ma.

Dlaczego?

14 lat temu CM z własnej woli, na określonych zasadach, przyłączyło się do UMK. Pomijam fakt, że pod aktem zjednoczeniowym podpisały się osoby, które teraz są głośnymi przeciwnikami tegoż statusu. Jak więc widać, stanowisko można zmienić... Wtedy o przyłączeniu zdecydował argument, że słaba uczelnia w Bydgoszczy ma nikłe szanse na rozwój i mocne istnienie. Moim zdaniem to była dobra decyzja. Staliśmy się częścią jednego z najbardziej rozpoznawalnych uniwersytetów w Polsce i w Europie, od niedawna badawczego. Nie rozumiem lokalnych animozji, ponieważ nie pochodzę ani z Bydgoszczy, ani z Torunia. Nie trafia też do mnie argumentacja, że powinno być tak, jak kiedyś. Ci, którzy tak mówią, nie pojmują współczesnego świata, który polega na łączeniu, nie na dzieleniu. Nie rozumieją też sposobu finansowania nauki, który obecnie opiera się na wspieraniu jednostek silnych, te słabe giną. Nie jest tak jak kiedyś, że wszyscy dostaną po równo. Zaczynający dostaną mizerne finansowanie. No, ale jeżeli Bydgoszczy zależy na utworzeniu zawodowej szkoły medycznej, to jest to dobry kierunek... Ale czy tego chce rzeczywistość? Czy to jej ambicja? UMK bez CM przeżyje. Na pewno stworzy swój niezależny, silny wydział lekarski. Ale czy przetrwa zawodowa szkoła medyczna w Bydgoszczy? Tego już nie jestem pewien... Ci, którzy teraz mówią o secesji albo biorą pod uwagę własny interes polityczny, albo nie zdają sobie sprawy z konsekwencji, które taka decyzja może wywołać.

Czy rektor powinien zaskarżyć ewentualną ustawę powołującą Uniwersytet Medyczny w Bydgoszczy na bazie CM?

Myślę, że większość postów jest na tyle rozsądnych, że zgłasza przeciw takiemu projektowi. Głosowanie za zaszkodziłoby Bydgoszczy. Już wiemy, że strona rządowa wydała negatywną opinię. Wiele zadziwiam Bydgoszcz – pracuję tu od 20 lat, moje nazwisko jest na ulicy Długiej – ale wyraźnie chcę powiedzieć, że powstanie wyższej medycznej szkoły zawodowej w Bydgoszczy zaszkodzi, zamiast pomóc. Razem powinniśmy dążyć do silnego Collegium Medicum w silnym Uniwersytecie. A mocne CM możemy budować tylko siłą nas samych – m.in. naszych badań i prac naukowych. To, jakie miejsce w Uniwersytecie sobie wyrobimy, zależy od nas. Proszę przyrzeć się publikacjom naukowym pracowników. Niektórzy publikują dużo, ale są tacy, którzy nie robią tego wcale. Naprawdę – własny szyld to nie wszystko.

Bydgoszcz obawia się, że medycyna z czasem i tak przeniesie się do Torunia. Właśnie powstaje tu najnowocześniejszy w Polsce szpital, który może stać się najbardziej liczącą jednostką UMK...

Najprostszy sposób, by medycyna przeniosła się do Torunia – to utworzyć w Bydgoszczy zawodową szkołę medyczną. Uniwersytet, który nie będzie miał innego wyjścia, stworzy wydział lekarski u siebie. Jeżeli ci posłowie, którzy dążą do rozdzielenia, tego nie rozumieją, to bardzo mi przykro. Nie ma medycyny bydgoskiej czy toruńskiej. Jest albo zła, albo dobra; albo słaba, albo silna.

Biziel ma dyrektora ds. leczenia



Konkurs na nowego dyrektora

ds. leczenia Szpital Uniwersytecki nr 2 ogłosił w sierpniu 2019 r. W grudniu zeszłego roku został rozstrzygnięty. W jego wyniku stanowisko objęła Agnieszka Rogalska. Przed nią te obowiązki, po odwołaniu w marcu wieloletniego dyrektora – Zbigniewa Sobocińskiego (o czym pisaliśmy na łamach *Primum*) – pełniła tymczasowo doktor Dorota Arszyńska-Łopatka.

„Nie ukrywam, że objęcie stanowiska dyrektora ds. medycznych szpitala jest dla mnie wielkim wyróżnieniem i wyzwaniem jednocześnie; niemniej podejmuję je z wielką przyjemnością, ponieważ to tu stawiałam swoje pierwsze kroki jako lekarz i zdobyłam bezcenne doświadczenie. – mówiła doktor Rogalska dla biuletynu Szpitala Biziel. Dalej dodawała: „Swoją misję na tym stanowisku postrzegam jako znalezienie zdrowego balansu pomiędzy potrzebami naszych pacjentów, których chcemy leczyć skutecznie, nowoczesnie, a zapewniением optymalnych warunków pracy całego personelu szpitala”.

Dr n. med. Agnieszka Rogalska ukończyła Akademię Medyczną w Gdańsku. Jest specjalistą z dziedziny ortopedii i traumatologii narządu ruchu. Ukończyła podyplomowe studia menedżerskie oraz studia MBA. Ma ponad 10-letnie doświadczenie na stanowiskach kierowniczych w ochronie zdrowia. Przez ostatnie lata pracowała jako lekarz w lecznictwie ambulatoryjnym, równolegle pełniąc rolę menadżera w sektorze prywatnej służby zdrowia. W Bizielu pracowała przez 11 lat – od 2003 r. – jako lekarz i kierowniczka bloku operacyjnego.

Agnieszka Banach

Kujawsko-Pomorskie Centrum Pulmonologii...

...jest pierwszym ośrodkiem w kraju, który wprowadził w 1999 r. nowy, ratujący życie standard w leczeniu niewydolności oddechowej w przebiegu przewlekłych chorób płuc – czwartej przyczyny zgonów w Polsce. Szpital, wzorem ośrodków zachodnich, stosuje w takich przypadkach nieinwazyjną wentylację mechaniczną (NWM) – wspomaganie oddychanie z użyciem respiratora połączonego z maską zakładaną na nos lub nos i usta pacjenta. Badania pokazują, że takie rozwiązanie pozwala zmniejszyć o połowę śmiertelność wśród chorych.

– Kujawsko-Pomorskie Centrum Pulmonologii było jedną z pierwszych polskich placówek, które zdecydowały się tę metodę zastosować jako standard leczenia – podkreśla marszałek Piotr Ciałbecki.

W 1999 r. stworzono w K-PCP pierwszy w Polsce ośrodek leczenia przewlekłej obturacyjnej choroby płuc i niewydolności oddychania. Stosowano tu m.in. terapię z użyciem NWM (w sytuacji krytycznej), diagnozowano i otaczano opieką ambulatoryjną chorych, leczono tlenem i respiratorem w warunkach domowych.

Ministerstwo Zdrowia wyznaczyło K-PCP do koordynowania rządowego programu polegającego na stworzeniu właściwie wyposażonych stanowisk nieinwazyjnej wentylacji mechanicznej i właściwej opieki nad wymagającymi jej pacjentami, a także zbudowaniu ogólnopolskiej bazy danych takich chorych. Program trwał trzy lata. W rezultacie w całym kraju powstało 36 sal ze stanowiskami NWM i pilotaż rehabilitacji pulmonologicznej w warunkach domowych.

Efekty programu są przełomowe. Porównuje się je do wprowadzenia inwazyjnych metod w leczeniu zawału serca i dializoterapii w niewydolności nerek.

a.b.

Z wielkim bólem informujemy, że 3 stycznia 2020 r. zmarł

dr Włodzimierz Kasierski

z Bydgoszczy, jeden z założycieli Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy



Dr Kasierski współtworzył pierwszy niezależny związek zawodowy lekarzy w III RP, jakim był Związek Zawodowy Lekarzy Medycyny Województwa Bydgoskiego, który powstał już 15 października 1990 r. Związek ten później – jako pierwsza organizacja regionalna – wszedł w skład Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy. Z tego powodu siedzibą władz krajowych OZZL została i pozostaje nadal Bydgoszcz.

Dr Włodzimierz Kasierski włożył wielki osobisty wkład w organizację struktur oraz Zarządu Krajowego OZZL i jego siedziby, która przez ponad 20 lat mieściła się w szpitalu im. Bizielu w Bydgoszczy, gdzie przez wiele lat pracował dr Kasierski.

Przez kilka kadencji dr Włodzimierz Kasierski był wiceprzewodniczącym Zarządu Krajowego OZZL i jednym z najaktywniejszych działaczy na szczeblu krajowym i regionalnym. Współorganizował i brał udział we wszystkich działaniach związku w latach 90. ub. wieku i w pierwszej dekadzie lat 2000, łącznie z organizowanymi wówczas ogólnopolskimi strajkami, protestami, akcjami informacyjnymi, działaniami na rzecz reformy ochrony zdrowia (w tym zwłaszcza tworzeniem projektu tzw. racjonalnego systemu ochrony zdrowia w efekcie konferencji w Myślicinku).

Pracę w OZZL traktował zawsze jako działania na rzecz środowiska lekarskiego i pacjentów, w OZZL pracował społecznie i przez wszystkie lata, do ostatnich dni życia, był aktywnym zawodowo lekarzem, służąc swoim chorym.

W imieniu ZK OZZL, a także wszystkich lekarzy, na rzecz których dr Kasierski przez lata pracował, składamy Mu publicznie ogromne podziękowania i wyrazy wielkiego uznania. Dziękujemy Ci, Włodek!

Rodzinie Zmarłego składamy wyrazy serdecznego współczucia
Zarząd Krajowy OZZL, Krzysztof Bukiel – przewodniczący ZK OZZL

Zapraszamy



do BIURA RACHUNKOWO-PODATKOWEGO

- ▶ Specjalizujemy się w rozliczaniu podatkowym podmiotów świadczących **USŁUGI MEDYCZNE**.
- ▶ Nasze Biuro łączy **TRADYCYJNĄ KSIĘGOWOŚĆ Z NOWOCZESNYMI TECHNOLOGIAMI**, opartymi m.in. na komunikacji online/ e-mail/sms/tel.
- ▶ **SZANUJĄC PAŃSTWA CZAS** wychodzimy naprzeciw, dojeżdżamy i odbieramy dokumenty bezpośrednio u zainteresowanego.

BIURO RACHUNKOWE



Kancelaria Podatkowa

Grygier i Wspólnicy sp. jawna

e-mail: poczta_big@wp.pl

☎ 508 303 873 • 52 3070576

www.bigbiuro.pl

Bydgoszcz, ul. Towarowa 36 bud. C lok. 14



Podpisanie umowy na dofinansowanie realizacji projektu „Prawa jakości realizowanych świadczeń zdrowotnych w zakresie chorób układu krążenia i oddechowego poprzez przebudowę Oddziału Kardiologii z Pododdziałem Chorób Wewnętrznych wraz z wyposażeniem w sprzęt i wyposażenie medyczne oraz w zakresie chorób nowotworowych układu moczowo-płciowego i pokarmowego poprzez zakup sprzętu i wyposażenia medycznego”. Od lewej: członek Rady Ministrów, przewodniczący Stałego Komitetu Rady Ministrów, sekretarz Rady Ministrów Łukasz Schreiber, podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia Sławomir Gadowski, dyrektor Szpitala Marek Lewandowski.

4 mln dotacji dla bydgoskiego Szpitala MSWiA

Przebudowa Oddziału Kardiologii z Pododdziałem Chorób Wewnętrznych, doposażenie go w sprzęt oraz zakup aparatury stosowanej w leczeniu chorób układu moczowo-płciowego i pokarmowego – tak wyglądają plany SPW ZOZ MSWiA na wykorzystanie dotacji otrzymanej z Ministerstwa Zdrowia. W 2019 r. placówka wyremontowała już izbę przyjęć dzięki wsparciu w wysokości 500 tys. zł przez Ministerstwo Spraw Wewnętrznych.

Uroczyste podpisanie umowy – dzięki której dobrze znany bydgoszczanom szpital, oprócz przeprowadzenia remontu, zakupi m.in. dla kardiologii: defibrylator dwufazowy, echokardiograf, przenośny aparat USG do badań serca i naczyń, aparat EKG, łóżko intensywnej terapii, system telemetrycznego monitorowania pacjentów; dla urologii: wieżę laparoskopową HD z systemem obrazowania w wąskim paśmie światła z narzędziami i elektrokoagulacją, zestaw giętkich videoureterorenoskopów, giętki cystoskop z torem wizyjnym oraz laser do zabiegów w zakresie leczenia onkologicznego układu moczowo-płciowego, zestaw respektoskopów bipolarnych z możliwością wprowadzania włókna laserowego wraz z elektrokoagulacją, aparat do znieczulania – nastąpiło 10 stycznia.

Rocznie w MSWiA hospitalizowanych jest 9 tysięcy pacjentów, udziela się tu 130 tys. porad ambulatoryjnych, przyjmuje ponad 2 tysiące porodów. W zeszłorocznym rankingu Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia Szpital zajął 3 miejsce w województwie, 24 w kraju. W rankingu: najlepiej zarządzane szpitale publiczne według BFF Banking Grup i „Rzeczpospolitej” w kategorii szpitali z kontraktem NFZ od 30–69 mln zajął 7 miejsce w Polsce.

a.b.

Centrum Onkologii po raz kolejny najlepsze!



W 16. edycji rankingu szpitali przygotowanego przez Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia (CMJ) we współpracy z „Rzeczpospolitą” (rozstrzygniętego 16 grudnia 2019) w trzech kategoriach – sieć szpitali: szpitale onkologiczne lub pulmonologiczne, ranking szpitali zabiegowych, wielospecjalistycznych i onkologicznych oraz najlepszy szpital w województwie kujawsko-pomorskim – wygrało Centrum Onkologii. W rywalizacji brały udział 202 szpitale.

Bydgoski szpital onkologiczny im. prof. Franciszka Łukaszczyka na podium wrócił po rocznej przerwie (wtedy zajął 2 miejsce), zdobywając 897,09 punktów. Drugie miejsce w rankingu 2019 zajął rzeszowski Szpital Specjalistyczny Pro-Familia (890,46 pkt), trzecie – ubiegłoroczny zwycięzca – Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Białej Podlaskiej.

Zestawienie powstaje m.in. na podstawie ankiet wypełnionych przez dyrektorów lecznic. Oceniany jest sprzęt, jakim dysponuje placówka, wyposażenie bloku operacyjnego, diagnostyka, systemy informatyczne, jakość usług, polityka lekowa, a także certyfikaty, komfort pobytu pacjenta, analiza skarg czy kwalifikacje personelu.

CO – jeden z najnowocześniejszych szpitali onkologicznych w Polsce – obecnie stawia na tworzenie modułów dedykowanych diagnostyce, skojarzonemu leczeniu, rehabilitacji po terapii i wsparciu psychologicznemu pacjentów z chorobami nowotworowymi konkretnych narządów. Posiada już moduł leczenia raka piersi (z międzynarodowym certyfikatem Breast Cancer Unit), buduje moduł leczenia raka płuca i przygotowuje się do stworzenia jednostek narządowych w leczeniu nowotworów jelita grubego i prostaty.

Wcześniej, na początku grudnia, dyrektor placówki profesor Janusz Kowalewski został wyróżniony tytułem Menedżera Roku w Ochronie Zdrowia 2019 w konkursie pisma „Menedżer Zdrowia”. Wyboru dokonała kapituła złożona z 29 ekspertów, m.in. byłych ministrów zdrowia, dyrektora Centrum Monitorowania Jakości, prezesów stowarzyszeń oraz dyrektorów szpitali. O ostatecznym zwycięstwie kandydata zadecydowała między innymi prelekcja profesora Kowalewskiego, podczas której przedstawił ubiegłoroczne osiągnięcia szpitala – w tym stosowaną od niedawna nowoczesną metodę napromieniania kobiet z nowotworem piersi i innowacyjne badania w zakresie diagnostyki genetycznej nowotworów.

Prof. dr hab. n. med. Janusz Kowalewski jest specjalistą w dziedzinie chirurgii ogólnej i chirurgii klatki piersiowej. Od 2000 r. pracuje w CO. Stworzył oddział zajmujący się diagnostyką i leczeniem nowotworów płuca. Pełnił funkcję dyrektora ds. medycznych Centrum Onkologii, a od 2014 roku jest dyrektorem Szpitala.

a.b.

NASZE SZPITALA W RANKINGU

Miejsce w rankingu	Nazwa szpitala	Miejsce w setce
1	Centrum Onkologii im. prof. F. Łukaszczyka , Bydgoszcz	1
2	Wielospecjalistyczny Szpital Miejski im. dr. E. Warmińskiego SPOZOZ , Bydgoszcz	22
3	SP ZOZ Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji: Szpital MSWiA , Bydgoszcz	24
4	Szpital Uniwersytecki nr 1 im. dr. A. Jurasza , Bydgoszcz	28
5	Eskulap Bis s.c. Ewa Molska, Stanisław Molski: Szpital Eskulap Centrum Leczenia Serca i Naczyń , Osielsko	39
6	Szpital Uniwersytecki nr 2 im. dr. J. Biziela , Bydgoszcz	52
7	10. Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką SP ZOZ , Bydgoszcz	53
8	Wojewódzki Szpital Zespolony im. L. Rydygiera , Toruń	56
9	Szpital Wielospecjalistyczny im. dr. L. Błażka , Inowrocław	65
10	SP ZOZ: Kujawsko-Pomorskie Centrum Pulmonologii , Bydgoszcz	8

Okrągły jubileusz Miejskiego



Fot. Szpital Miejski



60 lat temu – 30 grudnia 1959 roku, po trwającej 6 lat budowie, otwarto bydgoski Szpital Miejski. Nadano mu imię doktora Emila Warmińskiego – zasłużonego dla Bydgoszczy lekarza i społecznika.

W marcu 1953 r. Urząd Miejski uzyskał zgodę i odpowiednie środki z budżetu państwa na budowę nowego, 120-lóżkowego szpitala. Ustalono, że powstanie przy tworzącym się osiedlu na Kapuściskach. Opracowanie dokumentacji zlecono Przedsiębiorstwu „Miastoprojekt” w Poznaniu. Głównym projektantem była inż. arch. Janina Czarnecka. Budowa trwała 6 lat. Po drodze były kłopoty z terminowym przekazywaniem dokumentacji, co utrudniało pracę wykonawcy – Zjednoczeniu Budownictwa Miejskiego w Bydgoszczy.

Fot. Szpital Miejski



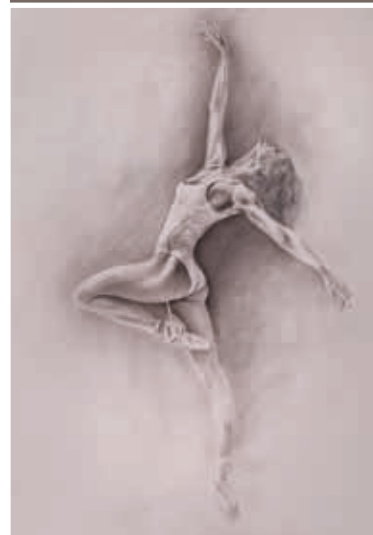
Oficjalne otwarcie nastąpiło 30 grudnia 1959 r. Przy ulicy Szpitalnej 19, z wejściem głównym od strony ul. Solnej powstał 250-lóżkowy Szpital Ogólny nr 2, zwany też Szpitalem Miejskim. Otrzymał imię dr. Emila Warmińskiego. Dyrektorem został znany bydgoski laryngolog dr Jan Masełkowski. Przekazywanie poszczególnych komórek organizacyjnych odbywało się etapowo. Najpierw otwarto oddziały: chorób wewnętrznych, położniczy, ginekologiczny i noworodkowy (razem 120 łóżek). Ordynatorem Oddziału Wewnętrznego został dr Kazimierz Jachótkowski, Noworodkowego dr Jadwiga Bobrowska-Michalak. Oddziałem Ginekologicznym i Położniczym kierowali przemennie dr Edmund Dzionara i dr Zenon Bardowski. W styczniu 1960 r. powstały kolejne oddziały: Chirurgiczny dr. Bogumiła Suszko, Gruźlicy Dziecięcej dr Wiesławy Sucharskiej i dr. Stanisława Górskiego oraz Laryngologiczny dr. Jana Masełkowskiego.

W planach nie przewidziano miejsca dla pediatrii. Wszystkie dzieci, poza chorymi na gruźlicę, kierowane były nadal do szpitala przy ul. Karola Chodkiewicza 44. Dopiero w 1981 r., po rozbudowie, uruchomiono 60-lóżkowy oddział dziecięcy. Pierwszym ordynatorem został dr Andrzej Nagórny-Martynowski. W skład skromnej obsady lekarskiej weszli początkowo dr. Krzysztofa Nowicka-Sypniewska i dr Eugeniusz Kucharski, jako zastępcy ordynatora, oraz dr Krystyna Stąboszewska, neurolog dziecięcy.

Fragment z książki Mieczysława Boguszyńskiego „Od warsztatu balwierskiego do szpitala klinicznego. Z historii bydgoskiego leczenia”.

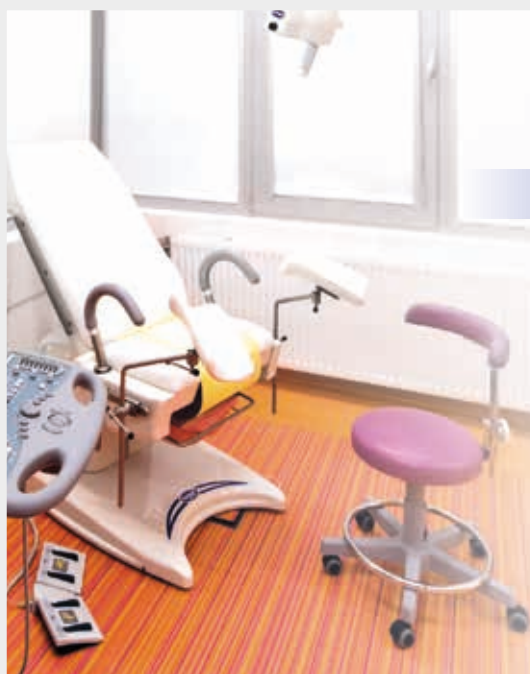
Sztuka jest nieodzowna dla życia cywilizowanego i postępu, zarówno indywidualnego, jak i zbiorowego „Historia Sztuki w Zarysie”
Karol Estreicher

Obraz miesiąca



Autorem pracy jest Marek Pietras. Technika: węgiel na kartonie, wymiary 50x70 cm.

Zainteresowanych uzyskaniem szczegółowych informacji dotyczących prezentowanego obiektu oraz jego dostępności prosimy o kontakt z Arturem Cichoszem: tel. 667 555 222, art.@edofb.eu



Klinika Leczenia Niepłodności
nr 1 w Polsce!

INVICTA Sp. z o.o. do Oddziałów w Warszawie, Bydgoszczy i we Wrocławiu poszukuje:



lekarzy specjalistów ginekologii i położnictwa

Zainteresowanych:

Rozwojem w zakresie diagnostyki i leczenia niepłodności

Oferujemy:

- kompleksowe szkolenie w zakresie zabiegów i procedur leczenia niepłodności
- możliwość otwarcia specjalizacji w zakresie endokrynologii ginekologicznej i rozrodczości
- atrakcyjne wynagrodzenie godzinowe z możliwością szybkiego wzrostu zależnie od kolejnych etapów samodzielności
- zatrudnienie w ramach kontraktu od 3 dni w tygodniu plus 1-2 soboty w m-cu; chętnie szerszy harmonogram
- przyjazną atmosferę w pracy

Zapraszamy także lekarzy na końcu specjalizacji

www.klinikainvicta.pl

Osoby zainteresowane prosimy o wysłanie CV na adres e-mail: rekrutacja@invicta.pl (podając w temacie maila lekarz ginekolog) lub kontakt telefoniczny pod nr +48 609 808 468.

Zainteresowanych:

Diagnostyką prenatalną i/lub opieką nad pacjentką ciężarną

Oferujemy:

- atrakcyjne wynagrodzenie
- przyjazną atmosferę w pracy
- zatrudnienie w ramach umowy cywilno-prawnej

www.kobieta.invicta.pl



Zadbaj o zdrowie #zanim zajdziesz!

POD PATRONATEM
primum

MAŁGORZATA
SIEMIANOWSKA

Pierwsze spotkanie sprzymierzeńców kampanii #zanimzajdziesz odbyło się w Klinice Stomatologicznej Zagalak w Bydgoszczy (7 grudnia 2019 r.). Wzięły w nim udział specjalistki, które w swojej pracy spotykają się z kobietami ciężarnymi lub przygotowującymi się do roli mamy: położne, fizjoterapeutki, dietetyczka, higienistka stomatologiczna, psycholożka, makijażystka, dentystka i doula.



Wydarzenie miało na celu zainicjowanie dyskusji o sposobach wsparcia kobiet, które świadomie chcą zadbać o swoje zdrowie, emocje i ciało przed zajściem w ciążę. W kameralnej atmosferze każda z ekspertek zadeklarowała konkretną pomoc w edukowaniu przyszłych mam. Zebrane podzieliły się również swoimi doświadczeniami i spostrzeżeniami dotyczącymi opieki nad kobietami chcącymi zajść w ciążę, nieuporządkowanymi kwestiami zdrowotnymi, które „wychodzą” w trakcie ciąży lub podczas porodu oraz swoimi perypetiami ciążowymi i porodowymi.

Uczestniczki i organizatorki bardzo pozytywnie oceniają spotkanie. – *To pierwsza inicjatywa edukacyjna, w którą się angażuję. W trakcie ciąży doświadczyłam problemów skórnych, z którymi nie umiałam sobie poradzić. Wiele moich klientek również nie wie, o co w zakresie zdrowia i cery powinny zadbać przed zajściem w ciążę* – poinformowała Anna Siemińska, bydgoska makijażystka.

Zadowolone są także inicjatorki projektu #zanimzajdziesz – Maria Lorentowicz-Zagalak i Justyna Chmiel. – *Cieszymy się, że na nasze zaproszenie odpowiedziały nie tylko kobiety reprezentujące stricte medyczne profesje, ale również inne osoby, które pracują z przyszłymi mamami. Zainteresowanie przed spotkaniem utwierdziło nas w przekonaniu, że to wartościowe przedsięwzięcie i będziemy je kontynuowały w 2020 r. Chcemy, aby społeczeństwo miało świadomość, że nie jest to projekt dla specjalistów, ale przede wszystkim dla przyszłych rodziców* – twierdzą zgodnie.

Jeśli Państwo chcecie się przyłączyć do akcji, np. pisząc artykuły na stronę internetową www.zanimzajdziesz.pl, prosimy o kontakt drogą elektroniczną na adres: zanimzajdziesz@gmail.com.

Małgorzata Siemianowska
www.fabrykatresci.pl

Opiekun treści projektu #zanimzajdziesz

Dwie gwiazdki z



Starsi i młodszy spotkali się na dwóch świątecznych spotkaniach zorganizowanych przez Bydgoską Izbę Lekarską. Ci pierwsi gościli w siedzibie Izby 7 grudnia na uroczystej Wigilii.

Dzieci (a było ich łącznie prawie 400!) zaproszone zostały 8 grudnia do świeżo wyremontowanego Pałacu Młodzieży na spotkanie z Mikołajem (były oczywiście prezenty) i szaloną zabawę!

a.b.





Tak myślę

Dyrektorze

jak z panem żyć?!

W latach sześćdziesiątych I sekretarz PZPR Władysław Gomułka stwierdził, iż „lekarze sami sobie poradzą” i w związku z tym nie ma sensu poświęcać ich dziedzinie więcej uwagi. Mam wrażenie, że ta doktryna obowiązuje po dziś dzień. Kolejne rządy dbają jedynie o zachowanie względnego spokoju, ewentualnie gaszą lokalne pożary. Przekaz indywidualny (choć nigdy oficjalnie się tego nie mówi) – niezależnie od miejsca pracy – brzmi: nie wychylaj się, bo możemy sprawić, że będziesz miał gorzej.

JERZY
KOCHAN

Obietnica podwyższenia nakładów finansowych bez zmian systemowych niczego nie poprawi – system skonsumuje dowolne pieniądze, a opowiadanie o skróceniu kolejek bez zwiększenia liczby specjalistów to fikcja. Obecni na rynku pracują, przekraczając wszelkie dopuszczalne normy obowiązujące w cywilizowanym świecie. Kształcenie nowych kadr coraz bardziej mnie zadziwia. Znam klinikę i katedrę, gdzie 5 rezydentów ze studentami samodzielnie wykonuje zakontraktowane w NFZ procedury medyczne, zapisując je i rozliczając na nieobecnego profesora. Legitymuje się on trzema specjalizacjami, ale nie tą, z której prowadzi specjalizację. Niedawno pracowałem z młodym lekarzem po specjalizacji. Nie radził sobie z najprostszymi procedurami. Nie widząc innego wyjścia, otworzył przewód doktorski i niedługo będzie uczył zawodu innych. Na szczęście opisywane powyżej sytuacje mają miejsce w dwóch różnych ośrodkach akademickich. Strach pomyśleć, co by mogło być, gdyby połączyli siły. We wzmiankowanej dyscyplinie w większości wojewódzkich po-

radni specjalistycznych w Polsce tak właśnie wygląda praca i kształcenie. Nic dziwnego, że w efekcie końcowym dyplom specjalistyczny coraz bardziej oddala się od potwierdzonych w nim umiejętności. Jeżeli warunkiem koniecznym do kształcenia jednego rezydenta jest obecność dwóch specjalistów, to nasuwa się pytanie, jak ich liczyć. Jeden pełny etat specjalistyczny czy powszechne dzisiaj umowy na godziny stanowiące nierzadko 0,2 lub 0,3 etatu? Zwycięża drugi wariant ze wszystkimi negatywnymi konsekwencjami dla wszystkich.

Byłem obecny podczas rozmowy kwalifikacyjnej z młodym lekarzem. Gdy dowiedział się, że w poradni nie mamy podpisanej umowy z NFZ, odmówił i stwierdził, że prywatni pacjenci są zbyt wymagający, a tym z NFZ-u to on będzie robił łaskę podczas przyjmowania. Taka postawa nie jest wyjątkowa. To, co opisuję, jest tylko drobnym wycinkiem problemów podyplomowej edukacji. Jednak musi się to wszystko dziać choćby za cichą zgodą (brakiem sprzeciwu) odpowiedzialnych za poszczególne podmioty dyrektorów. Bo skoro widzą nieprawidłowości i nie protestują, to prawdopodobnie muszą mieć w tym jakiś interes. Inny wariant to dobór ludzi na te stanowiska zgodnie z kluczem dyspozycyjności. W tej sytuacji kompetencje stają się fikcją, a decyzje podejmuje bliżej nieznanym zleceniodawca. Taki dyrektor – nawet gdyby w przebytku intelektu chciał zachować własne zdanie – jest przyparty do muru i nie ma gdzie się wycofać (zwolnić) – no bo co dalej? Znałem lekarza wojskowego pracującego w jednostce polowej, gdzie nie było kobiet. Zrobił specjalizację z ginekologii. Mamy więc trzecią możliwość – służba lub specjalizacja były fikcją. Ta ostatnia to przykład na realne istnienie niewidzialnej ręki. Po zderzeniu z pacjentem kolega zdecydował się jednak na karierę administracyjną. Można powiedzieć, że kobiety odetchnęły z ulgą i mogą spać spokojnie, sprawy urzędowe już jednak nie. Piszę to jako przykład zmuszenia przez życie do służebności innym czynnikom. Po prostu nie ma innego wyjścia, a życie kosztuje i jakoś trzeba na nie zarabiać. Swoją drogą czasami zastanawiam się, ilu decydentów w całej Polsce poradziłoby sobie z tak skomplikowanym biznesem, jak np. osiedlowy warzywniak, gdyby zostawić ich samym sobie?

Poprzednia władza na pewnym etapie chciała zastąpić specjalizacje umiejętnościami. Oczywiście umiejętności nabywa się szybciej, taniej, więc wydaje się, że byłby to jakiś sposób. Niestety, nigdzie na świecie nie wycofano się ze specjalizacji. Umiejętności oczywiście prawie wszędzie istnieją, ale jako uzupełnienie ogólnego wykształcenia medycznego. Bo np. jeżeli ktoś posiada tytuł profesora, specjalizację jedną, drugą i do pracy jest mu potrzebny wąski zakres medycyny wchodzący w kompetencje trzeciej specjalizacji, to rozpoczynanie jej byłoby zarówno stratą czasu, jak i czynem z wielu względów niepolitycznym. Po to, panowie dyrektorzy, na całym świecie wymyślono umiejętności, nie zaś w celu zastąpienia nimi specjalizacji.

Reglamentacja która zabija

BARTOSZ
FIAŁEK

Publiczny system opieki zdrowotnej jest skrajnie niedofinansowany i wybrakowany kadrowo. Ale wyobraźmy sobie sytuację, w której lekarz jest, może przyjmować chorych... ale jednak nie może.

LIMITY

Moje doświadczenie zawodowe jest niewielkie, w zawodzie pracuję zaledwie trochę ponad 5 lat, ale jakież było moje zdziwienie, kiedy dowiedziałem się, że poradnie specjalistyczne (AOS) są zamknięte i nie mogą przyjmować kolejnych pacjentów, bo skończyły się finansowanie z Narodowego Funduszu Zdrowia. I to w październiku. Z taką sytuacją spotkałem się w ubiegłym roku.

Odkąd w życie weszła tzw. sieć szpitali, publiczną ochronę zdrowia toczy rywalka. Szpitale otrzymują daną kwotę na funkcjonowanie i – poza procedurami ratującymi życie – nie mogą ubiegać się o więcej pieniędzy. Nie ma mowy o, znanych sprzed kilku lat, nadwykonaniach. Tak więc przyjmujemy pacjentów, a gdy skończy się liczba przydzielonych odgórnie (przez NFZ) punktów, musimy wszystkich, którzy nie są w stanie zagrożenia zdrowia czy życia, przełożyć na rok kolejny. Taka sytuacja spotkała współpracujących ze mną w ramach jednego oddziału lekarzy. Tak więc chorzy, którzy i tak czekają w bardzo długich kolejkach (np. do reumatologów wydłużyły się one z 8,3 do 10,1 miesiąca), zostali przeniesieni z października na styczeń lub luty roku następnego, co sprawiło, że ich czas oczekiwania wydłużył się o kolejne miesiące. A ryczałtu przekraczać nie można z co najmniej dwóch powodów: po pierwsze wpędza się placówkę leczniczą w jeszcze większe długi (a już teraz wynoszą one, bagatela, ponad 14 miliardów złotych), po drugie zaś – zbyt duże przekroczenie ryczałtu może skutkować jego obniżeniem w kolejnych latach. Logiczne. I tutaj spotykamy się – chyba po raz pierwszy – z sytuacją, w której lekarz jest, może przyjmować, ale z powodu odgórnych reglamentacji zwyczajnie większej liczby pacjentów przyjąć nie może.

PRZENIESIENIE CIĘŻARU ZE SZPITALI DO OPIEKI AMBULATORYJNEJ

Każdy dobrze funkcjonujący system opieki zdrowotnej, z którego polski mógłby czerpać, charakteryzuje się m.in. zwiększeniem dostępności opieki ambulatoryjnej (podstawowa opieka zdrowotna, ambulatoryjna opieka specjalistyczna) względem dostępu do szpitalnictwa. W naszych realiach znane są hospitalizacje pacjentów niebędących w bezpośrednim stanie zagrożenia zdrowia czy życia, w celu wykonania podstawowej diagnostyki, która – z powodu złej organizacji publicznej ochrony zdrowia – jest w poradni specjalistycznej zwyczajnie nieoptymalna. Ba, najlepszą legitymacją przywiązania polskiego zdrowia do szpitali niech będzie liczba łóżek przypadająca na 100 tys. pacjentów – niemal 2,5-krotnie większa niż w Szwecji i Wielkiej Brytanii czy ponad 1,5-krotnie niż w Norwegii. To uwielbienie szpitalnictwa niejako zabija ważną profilaktyczno-diagnostyczno-leczniczą cechę opieki ambulatoryjnej. Pielęgniowaniu jej nie pomaga również niewspółmierne do potrzeb finansowanie. A to wszystko razem nie pozwala na optymalne wykorzystanie, i tak zbyt nielicznych, lekarzy.

Konieczna jest zmiana status quo, paradygmatu, który w polskim systemie opieki zdrowotnej stawia leczenie szpitalne ponad ambulatoryjnym. To jedna ze ścieżek, którymi trzeba iść, aby całościowo zreformować ochronę zdrowia w Polsce.

O autorze: Bartosz Fiałek jest przewodniczącym Regionu Kujawsko-Pomorskiego OZZL oraz Komisji Młodych Lekarzy przy BIL.



Szkoła już wspominałem o osobach z kilkoma specjalizacjami, to dodam, że powinny one służyć czemuś więcej niż zaspokajaniu ego posiadacza, ale bywa, że podczas pracy podyplomowej robimy doktorat, dwie specjalizacje i już w trakcie nauki wiemy, że nie będziemy leczyć ludzi, a zdziwionym znajomym opowiadamy, że „kolejny papier może się przydać”. Czy nie jest to hipokryzja – zajmowanie miejsc specjalizacyjnych młodym, a czasu nauczycielom? A opisuję tutaj zachowanie znanego polityka i byłego ministra zdrowia. Czego wyмагаć od innych?

Młodzi lekarze podczas rezydentury często dorabiają w prywatnych poradniach specjalistycznych, reklamowani w internecie i na tablicach informacyjnych już jako specjaliści. Jest to jakiś sposób na przynajmniej chwilowe zatrzymanie ich w kraju (pensja), rozładowanie kolejek w sektorze prywatnym (już takie istnieją), pozorne zmniejszenie braku specjalistów – tak bardzo pożądane przez władze. Gdy ten trend się utrwali, będziemy chyba jedynym krajem na świecie, gdzie w pełni zrealizowano ideę uznaniowego egzaminu specjalizacyjnego (są kraje, w których w pewnym momencie kierownik specjalizacji uznaje adepta za specjalistę, takich, w których robiłby to on sam, jeszcze nie ma).

Szpitale powiatowe stały się w wielu przypadkach azylami dla uciekinierów z dużych ośrodków. Nie piszę tu o ordynatorach oddziałów, tylko o wielu dobrych specjalistach, którzy – nie widząc dla siebie miejsca w klinikach – znaleźli na różnych zasadach zatrudnienie w zasięgu codziennego dojazdu. Próba ściągnięcia ich z powrotem do klinik, w których brakuje specjalistów (przede wszystkim rąk do czarnej, codziennej pracy), jest niemoralna z dwóch powodów. Po pierwsze nie po to ci lekarze z bólem odchodzili, żeby teraz wracać, a po drugie w ten sposób umożliwi się wieloletnie dalsze funkcjonowanie takim profesorom, jak opisany powyżej, i to bez wysiłku, pracy i odpowiedzialności z ich strony, ale za to z dobrą pensją wypracowaną przez dużą część zespołu. Strasznie więc likwidacją małych szpitali (np. w formie plotek lub pseudopoważnych dyskusji dyrektorskich) nie prowadzi do niczego innego, jak do finalnej katastrofy. Przynajmniej ze wspomnianych względów należy, moim zdaniem, te szpitale rozwijać, bo dużo łatwiej będzie tam zatrudniać wyselekcjonowanych speców (zatrzymując ich w kraju), niż w dużych ośrodkach zwalniać skompromitowane, ale ustosunkowane osoby. To może nawet w przyszłości uratować nas jako pacjentów.

O sanacji ochrony zdrowia rozmawiamy od dawna (ostatnio jakby ostrożnie). Potrzebę taką deklarują wszystkie siły polityczne. A realnie nie robi się jednak prawie nic. Czy nie wynika to z cichych interesów poszczególnych grup, które okopały się na swoich terenach i są zainteresowane takimi zmianami, które nic nie zmieniają? Naszym dramatem jest to, że interesy wspomnianych grup są krańcowo rozbieżne z interesem narodowego zdrowia. W czasie stanu wojennego Jerzy Urban przypomniał obywatelom znaną zasadę mówiącą, że władza się zawsze wyżywi, pozostali już niekoniecznie. Dlatego nie dziwi mnie, że dyrektor, który w pokoju lekarskim 20 lat temu powiedział: „po mnie choćby potop”, nadal kieruje.

O autorze: jest chirurgiem szczękowo-twarzowym i ogólnym, lekarzem dentystą.

Stagnacja z tendencją spadkową...

Z kierownikiem Kliniki Transplantologii
i Chirurgii Ogólnej Szpitala Uniwersyteckiego nr 1
– profesorem Zbigniewem Włodarczykiem
– rozmawia Agnieszka Banach

W jakiej kondycji jest polska transplantologia?

Chciałbym powiedzieć, że w coraz lepszej... Rzeczywiście tak jest, jeżeli weźmiemy pod uwagę stosowane metody lecznicze, techniki operacyjne czy leki immunosupresyjne. Tu jesteśmy na takim samym poziomie, jak inne europejskie ośrodki. Niestety, kilka elementów budzi mój niepokój. Pierwszy, chyba najważniejszy, to zachodzące zbyt wolno zmiany w świadomości społecznej. Mam tu na myśli także społeczność lekarską, a może przede wszystkim społeczność lekarską. Czasami mam nawet wrażenie, że się cofamy. Zaskakuje mnie, z jaką niechęcią transplantologia spotyka się w środowisku medycznym. Dzieje się tak nie ze względu na przekonania, co do rozpoznania śmierci pnia mózgu – tu metodyka badania jest opisana tak dokładnie, że trudno dyskutować, jeżeli ktoś rozsądnie traktuje medycynę. Niedawno byłem w jednym ze szpitali w regionie, skąd otrzymaliśmy zgłoszenie o możliwości pobrania narządów. Tam z wielkim oddaniem działa jedna z koordynatorek transplantacyjnych. W przypadku gdy w jej jednostce dochodzi do śmierci mózgu, to ona stara się, żeby zawsze była rozpoznawana i jeżeli jest możliwość pobrania narządów, robi wszystko, by to się powiodło. Przyjeżdża do szpitala, nawet jeżeli nie ma dyżuru, żeby zająć się zespołami transplantacyjnymi. Przygotowuje im np. kanapki, bo przecież czasami docierają w środku nocy, a przed sobą mają długą drogę powrotną. Ostatnio ze łzami w oczach zwierzyła mi się: „Wiesz, na mnie mówią, że jestem sęp, że poluję na narządy, a z pobrania robię święto, bo częściej kanapkami zespoły transplantacyjne”.

Ale chyba w taki sposób nie mówią lekarze?

To przerażające, ale niestety właśnie oni... Dla mnie ich zachowanie to obrona – reakcja na to, że ktoś robi za nas to, co my powinniśmy. To drażni i wtedy reagujemy atakiem na taką osobę, bo jest jak nasz wyrzut sumienia.

Wracając do moich niepokojów... Ciągłe oczekuję jasnego stanowiska Kościoła rzymsko-katolickiego! Wielokrotnie zostało wyrażone, ale powinno zabrzmieć o wiele wyraźniej. Trzeci element, który mnie martwi, to bezwład organizacyjny jednostek, które za transplantologię w Polsce odpowiadają.

Ministerstwo Zdrowia, Poltransplant, a może NFZ? Która z tych instytucji odpowiada za złą kondycję transplantologii?

Jestem głęboko rozczarowany postawą Ministerstwa Zdrowia i Poltransplantu. Ten ostatni nie prowadzi teraz żadnej przemyślanej działalności, zajmując się jedynie administrowaniem. Podobnie działa MZ oraz Krajowa Rada Transplantacyjna, która za kreowanie polityki transplantacyjnej powinna wręcz odpowiadać, a tymczasem jej działalności w ogóle nie widać. Ministerstwo Zdrowia natomiast ogranicza się tylko do wydawania pieniędzy, nierzadko bezcelowo, na akcje promocyjne, spoty czy specjalne programy w telewizji na temat

transplantacji. Podobno kosztują wielkie pieniądze. Czy w telewizji publicznej nie powinny być za darmo? Finansami na samą transplantologię MZ się już nie zajmuje. Tymczasem wycena procedury transplantacyjnej – kosztu pobrania, przeszczepienia i leczenia w pierwszym miesiącu z wszelkimi możliwymi powikłaniami – nie została zweryfikowana przez ostatnich kilkanaście lat! Nie zmienia się, pomimo tego, że ceny leków, wykonywanych czynności, wynagrodzenia i wielu innych składowych idą w górę. Jest najniższa w całej Europie i wynosi 42 tys. zł! Zupełnie więc nie pokrywa realnych kosztów, co prowadzi do tego, że szpitale nie są zainteresowane pobieraniem narządów, bo to oznacza dla nich dodatkowe koszty. Widzimy już wyraźnie, że liczba pobrań narządów stopniowo spada.

A więc – w jakiej kondycji jest polska transplantologia?

Jest w stagnacji z tendencją spadkową, a to najgorsze co może być dla tego typu dziedziny, która powinna się rozwijać. Czasami mam wrażenie, że jedynymi zainteresowanym losami transplantologii są pacjenci oczekujący na przeszczepienie narządów, lekarze transplantolodzy i niektórzy lekarze anestezjolodzy.

Podobno, jeżeli chodzi o stan transplantologii w Polsce możemy porównać się do Hiszpani, ale tej z lat 80. ubiegłego wieku... Czego nam brakuje, żebyśmy stali się Hiszpanią lat 20. tego wieku?

Wielokrotnie odwołujemy się do Hiszpanii jako do tzw. złotego standardu. Hiszpania, kraj bardzo podobny do nas społecznie, kulturowo i wielkościowo, wprowadziła u siebie bardzo istotną strukturę organizacyjną – sieć transplantacyjnych koordynatorów szpitalnych. Kształci ich w specjalnych centrach szkoleniowych i oferując przyzwoite zarobki, zatrudnia w szpitalach z tzw. potencjałem donacyjnym, czyli możliwością rozpoznawania śmierci mózgu. Hiszpańscy koordynatorzy są niezależni od dyrektorów placówek oraz zespołów anestezjologicznych. Zależą jedynie od centralnej organizacji transplantacyjnej.

Nasz system koordynatorów szpitalnych nazwał Pan karykaturą systemu hiszpańskiego... Co z nim nie tak?

U nas MZ stwierdziło, że jak skopiujemy ich system, to natychmiast staniemy się drugą Hiszpanią. Kalka jednak nie była dokładna. Opracowano program szkolenia koordynatorów transplantacyjnych – nieco bardziej ułomny niż ich. Funkcje koordynatorów najczęściej proponowane są osobom z zespołu anestezjologicznego szpitala, które za pracę otrzymują symboliczne wynagrodzenie. W rezultacie wygląda to tak, że taka osoba na rzecz Poltransplantu wykonuje usługę najczęściej tylko typu sprawozdawczego. Ma wprawdzie w obowiązkach asystowanie czy nadzór nad procedurą stwierdzenia śmierci mózgu, ale często nie może się w to zaangażować... W Polsce jest pracownikiem szpitala i jest zależna w sensie służbowym albo od ordynatora intensywnej terapii, albo od

dyrektora. Najczęściej jest to lekarz albo pielęgniarka z OIT ze szpitala. Jeżeli więc szpital albo ordynator oddziału jest niechętnie nastawiony do rozpoznawania śmierci mózgu, to koordynator, który jest podwładnym, nie może nic zrobić. Nie może przecież swojego szefa rozliczyć z nierozpoznanych śmierci mózgu, nie może tego zaraportować, bo jest pracownikiem. To jest właśnie karykatura systemu hiszpańskiego – któryś z urzędników pomyślał, że jak nazwie kogoś koordynatorem, to wszystko zadziała jak w Hiszpanii... Zupełnie nie zrozumiano istoty funkcjonowania systemu koordynatorów, którzy muszą być niezależni! Powinni być pracownikami Ministerstwa Zdrowia, nie szpitala!

Czego jeszcze brakuje naszemu systemowi?

Szpitala, które nie dokonują rozpoznania śmierci mózgu, nie są z tego powodu rozliczane. Obowiązek zgłoszenia możliwości pobrania narządów wynika z przepisów ustawy i z Kodeksu Etyki Lekarskiej. Zaniechanie go nie jest jednak w żaden sposób obwarowane w ustawie sankcjami. Inaczej jest w Hiszpanii. Jeżeli szpitala nie dokonują tam rozpoznania śmierci mózgu, to analizuje się ich dokumentację i jednostka musi udzielić wyjaśnień, dlaczego w przypadkach, w których do śmierci mózgu doszło – nie została rozpoznana. W Polsce takiego nadzoru nie ma. Nie ma też prób wyjaśniania, dlaczego szpital nie dokonuje rozpoznania śmierci mózgu. Jednostki powinny być z tego rozliczane w taki sam sposób, jak za niezgłaszanie zakażeń wewnątrzszpitalnych. W każdym mieście, także w Bydgoszczy, są szpitale, w których rozpoznania śmierci mózgu się nie dokonuje albo są bardzo sporadyczne, pomimo tego, że funkcjonują tam oddziały intensywnej terapii. Tymczasem śmierć mózgu występuje z tą samą częstotliwością w każdym szpitalu z OIT, neurochirurgią czy neurologią. Sytuacje, w których była możliwość pobrania narządów, powinny być traktowane, jak zaniechanie leczenia pacjentów, którzy mogliby być biorcami narządów.

Mogłaby być to sprawa dla rzeczników odpowiedzialności zawodowej przy izbach...

Uważam, że rzecznik odpowiedzialności zawodowej powinien w takich sytuacjach bezwzględnie reagować i rozpatrywać sprawę jako zaniechanie obowiązującego postępowania medycznego.

Nawiązując jeszcze raz do Hiszpanii – tam liczba dawców żywych jest dużo większa niż w Polsce...

Wyższa niż w Polsce, ale nieco mniejsza niż w krajach zachodnich, z tego powodu, że większość narządów pochodzi od dawców zmarłych i być może nie ma potrzeby zwracać się w kierunku dawców żywych. W USA żywi dawcy stanowią 50 proc., w Skandynawii około 40, w Niemczech około 20. W Polsce w 2019 r. mieliśmy zaledwie kilkanaście przeszczepień od dawców żywych, czyli około 5 proc. W naszym ośrodku zrobiliśmy tylko jedno takie przeszczepienie... To kolejny sygnał, który świadczy o słabości polskiej transplantologii w relacji do nefrologii. Bardzo mały odsetek osób dializowanych jest w naszym kraju kwalifikowanych do przeszczepienia, a jeżeli już są, to czas kwalifikacji jest zbyt długi. Zazwyczaj nie wynika to z niechęci nefrologów do transplantacji jako metody leczenia, ale z tego, że sam system kwalifikacji jest wadliwie skonstruowany. Został oparty o stacje dializ i to one są odpowiedzialne za kwalifikację pacjenta. Tymczasem wiele stacji działa bez oparcia o oddział nefrologiczny. Kiedyś, gdy były jego częścią, można było prowadzić diagnostykę potencjalnego biorcy i przygotować go do przeszczepienia. Teraz jest to niemożliwe. Stacje muszą potencjalnych dawców kierować na konsultacje do najbliższych oddziałów, które zechcą z nimi współpracować. To trwa i kosztuje. MZ nie jest skore do płacenia za przygotowanie biorcy. Refunduje je tylko jednokrotnie i jeżeli badania się przeterminują albo trzeba któreś powtórzyć, stacja dializ musi to już zrobić na własny koszt.

W USA 50 proc. narządów pochodzi od dawców żywych, u nas jak Pan mówi zaledwie 5... Nie chcemy pomagać swoim bliskim?

W Polsce nie ma, tak jak w USA, kategorii dawstwa altruistycznego – taka osoba deklaruje, że chce oddać nerkę komukolwiek, oczywiście

bez wynagrodzenia finansowego. W Polsce zabrania tego prawo. Myślę, że to się zmieni, ale najpierw musimy popracować nad świadomością społeczną. Na pewno jednak to nie sprawi, że znacznie przybędzie nam dawców żywych. Tu najbardziej istotna jest praca z kolegami nefrologami. W momencie gdy biorca jest już dializowany – za późno na rozpoczęcie rozmowy o możliwości przeszczepienia narządu od dawcy żywego. Mija moment, który sprzyjałby decyzji o oddaniu narządu potrzebującemu przez rodzinę. Pacjent już wie, że z dializami jakoś można żyć, tak samo jego bliscy. Nie martwią się już tak bardzo o jego życie. Informacja, że śmiertelność na dializach jest wielokrotnie wyższa niż po przeszczepieniu, nie dociera do nich. Rocznie umiera bowiem około 5-30 proc. chorych dializowanych. Tymczasem w porównywalnej grupie chorych kwalifikowanych do przeszczepienia jest to około 8-10 proc. rocznie, śmiertelność po przeszczepieniu w pierwszym roku nie przekracza 3 proc., a w każdym następnym wynosi tylko około 2 proc. Co niepokojące, docierają do nas czasami sygnały od pacjentów leczonych bezskutecznie z powodu niewydolności nerek w ich poradniach nefrologicznych, którym lekarz nefrolog jako jedyną terapię proponuje dializy. „O rodzinnym przeszczepieniu nie powiedział ani słowa, a ja o tym nie wiedziałem – mówią. – Rozpoczęły się dializy, a jak zapytałem o możliwość przeszczepienia, to powiedzieli, że muszę być przedializowany rok, żeby mnie do tego przygotować”. Wierzę, że to tylko sporadyczne przypadki... Właściwym momentem, kiedy należy mówić o możliwości przeszczepienia narządu od dawcy rodzinnego, jest czas, gdy już wiadomo, że progresja choroby nerek ma taką dynamikę, iż za 3–4 miesiące pacjent będzie wymagał dializ – właśnie w tym momencie rodzina jest też najbardziej skłonna podjąć decyzję o oddaniu nerki.

Wspomniał Pan, że kwalifikacja pacjenta do przeszczepienia trwa w Polsce zbyt długo...

Byłem kiedyś biegłym w sprawie, w której pacjent skarżył stację dializ o to, że jego kwalifikacja do przeszczepienia trwała 3 lata. Wydałem opinię potwierdzającą zasadność skargi. Z całą pewnością ten proces nie powinien tyle trwać! Nefrologowie zapominają, że pacjent mógłby być przeszczepiany w okresie pre-emptive, czyli przed okresem dializ. To wymaga oczywiście sprawnej organizacji i szybkiego przygotowania chorego do przeszczepienia, bo to okienko może być bardzo krótkie. W MZ czasami pojawia się pomysł, żeby obowiązek przygotowania pacjenta do zabiegu przerzucić na ośrodki transplantacyjne. Główne założenie jest dobre, ale obawiam się jego wykonania w naszym polskim stylu – przerzuci się na nas obowiązek przygotowania potencjalnego biorcy bez przekazania na to środków...

W ramach ryczałtu...

Dokładnie! A to już kompletnie zawali polską transplantologię.

Wyłonił się nam kolejny problem – leczenie niewydolności nerek w Polsce zbyt często oznacza skierowanie na długotrwałą dializoterapię, zamiast szybkiej kwalifikacji do przeszczepienia. Jaki odsetek chorych zamiast być poddawanych dializom powinien oczekiwać na przeszczepienie?

W większości krajów mniej więcej 20 proc. chorych dializowanych jest kwalifikowanych do przeszczepienia. W Polsce dwukrotnie mniej – zaledwie 10 proc...

Jaka przyszłość czeka polską transplantologię, jeżeli nadal będzie funkcjonowała w tych samych realiach, co obecnie?

Będziemy wykonywali coraz mniej transplantacji, co oznacza, że uratujemy mniej ludzi albo mniejszej liczbie osób damy szansę na lepsze życie. Po drugie – transplantologia stanie się zupełnie niepopularną specjalizacją wśród młodych ludzi i w efekcie zabraknie lekarzy tej dziedziny. Bardzo żałuję, bo bardzo dynamicznie się rozwijała. Zabrakło kilku osób, które były dobrymi duchami transplantologii np. prof. Wojciecha Rowińskiego – pioniera polskiej transplantologii, m.in. wieloletniego konsultanta krajowego w dziedzinie transplantologii i przewodniczącego Krajowej Rady Transplantacyjnej. Okazuje się, że są ludzie niezastąpieni...

Nigdy nie chciałem, żeby Izba była tylko biurem



Z dr. n. med. Andrzejem Nagórny Martynowskim, prezesem Izby dwóch pierwszych kadencji, obecnie prezesem honorowym – rozmawia Magdalena Godlewska

W pierwszej połowie 1989 r. zaczęła krążyć wiadomość o planach reaktywacji samorządu zawodowego lekarzy. Jak Pan zareagował? Jak reagowali inni lekarze?

Wiadomość, że powstaną izby lekarskie, faktycznie krążyła, ale nie do wszystkich docierała. Kiedy dotarła do lekarzy Szpitala im. Jurasza, zebrała się tam grupka ludzi, którzy dyskutowali, w jaki sposób izba ma powstać, czym się zajmować, jaki mieć kształt. Zaproszono mnie do rozmów na ten temat.

W maju weszła w życie ustawa o izbach lekarskich, jakiś czas później odbyły się wybory delegatów z byłego województwa bydgoskiego na zjazd okręgowy, a ja zostałem wydelegowany do Warszawy na spotkanie w tamtejszym klubie lekarza. Przybyli tam koledzy reprezentujący okręgi wyborcze całej Polski. To były takie przygotowania do pierwszego zjazdu krajowego. Już wtedy pojawiały się głosy, że narzucanie izbom obszaru działania (według ustawy np. nasza Izba miała obejmować być województwa: bydgoskie, toruńskie, włocławskie, płockie i pilskie) nie przejdzie, co znalazło swoje odbicie na Pierwszym Zjeździe Krajowym, gdzie uchwalono prawo do tworzenia izb o terytorium zgodnym z wolą delegatów.

Wybory delegatów z byłego województwa bydgoskiego na zjazd okręgowy nie cieszyły się wysoką frekwencją. Z czego – Pana zdaniem – wynikało tak niewielkie zainteresowanie?

Plany powstania samorządu zawodowego nie spotkały się na początku z wielkim entuzjazmem lekarzy. Idea samorządności została ludziom radykalnie wybita z głowy. Jedynie związki zawodowe służby zdrowia trochę o tym myślały i działały w tym kierunku, nota bene bez powodzenia. Więc jakiegoś specjalnego sentymentu do samorządu nie było, raczej: no dobrze – izby powstaną, ale zobaczymy, jak to będzie wyglądało dalej.

W listopadzie 1989 r. odbyły się wybory, które miały wyłonić delegatów na zjazd krajowy i władze bydgosko-toruńsko-włocławsko-płocko-pilskiej izby. Udało się wybrać delegatów, ale nie było zgody sąsiednich województw na utworzenia wspólnej izby z Bydgoszczą. A jednak już miesiąc później, na Pierwszym Zjeździe Krajowym, doszło do powstania Bydgosko-Pilskiej Izby Lekarskiej...

Praktycznie Pierwszy Zjazd Krajowy zatwierdził chęć samodzielności poszczególnych izb. Włocławek i Toruń założyły wspólną izbę lekarską, Płock samodzielnie, natomiast Piła miała dylemat, bo geograficznie i historycznie ciążyła ku Poznaniowi, ale Poznań nie bardzo miał ochotę przyjąć ją pod swoje skrzydła, więc delegaci byłego województwa pilskiego zwrócili się do nas z pytaniem, czy możemy utworzyć jedną całość. No i stworzyliśmy tę jedną całość na 10 lat. Byliśmy równorzędnymi partnerami i dobrze nam się pracowało. A potem nastąpiła reforma administracji państwowej i województwo pilskie przestało istnieć – zostało prawie w całości wchłonięte przez wielkopolskie i siłą rzeczy musieliśmy wziąć rozwód.

Podczas listopadowego zjazdu, już po opuszczeniu sali obrad przez delegatów województw: toruńskiego, włocławskiego, płockie-

go i pilskiego, został Pan pierwszym prezesem bydgoskiej izby lekarskiej. Jak wyglądały początki działalności samorządu?

Zacząłem się od tego, że nie mieliśmy żadnych pieniędzy. No bo skąd? Na pierwszym zjeździe zbieraliśmy więc do dziurawego cylindra środki na pierwsze działania. Siedziby też nie mieliśmy. Najpierw swoim maleńkim kącikiem w Urzędzie Wojewódzkim podzielił się z nami ówczesny lekarz wojewódzki Włodzisław Giziński. To były 2 małe pokoiki. Później, dzięki ówczesnemu prezydentowi miasta Edwinowi Warczakowi, uzyskaliśmy lokal na rogu Chodkiewicza i Gdańskiej. I tam zaczęliśmy tworzyć naszą siedzibę od podstaw.

Nigdy nie chciałem, żeby Izba była tylko biurem, chciałem, żeby była domem – domem, w którym każdy, kto do niego przychodzi, czuje się jak u siebie. I to się nam udawało. Organizowaliśmy spotkania towarzyskie, karnawałowe (kiedyś nawet grała dla nas orkiestra cygańska!), wieczory poetyckie, wystawy malarskie. Każdy z wystawiających u nas bydgoskich plastyków zawsze coś sprzedawał. Kupowali indywidualni odbiorcy – ja sam mam w domu około 10 obrazów kupionych w Izbie Lekarskiej – ale i izba kupowała. Większość obrazów, które teraz wiszą na ścianach naszej siedziby, pochodzi właśnie z aukcji izbowych.

Początki rzeczywiście nie były proste, ale – patrząc z perspektywy czasu – wszystko powoli się układało. Po prostu ludzie, którzy się tym zajmowali, dawali z siebie trochę więcej, niż wymagało poczucie obowiązku. Wkładali w pracę serce i dużo czasu. Ja nie miałem dyżurów w izbie, ale byłem tam codziennie – uważałem, że moja obecność w tym okresie, kiedy wszystko dopiero się tworzy, jest konieczna.

30 lat temu był Pan entuzjastycznie nastawiony do idei samorządu zawodowego lekarzy. Czy z perspektywy lat nadal uważa Pan, że powołanie izb lekarskich było dobrym pomysłem?

Najlepszym dowodem, że istnienie izb lekarskich ma sens, jest to, że przetrwały już 30 lat. A patrząc na samorząd z szerszej perspektywy, widać, że jego działanie jest naprawdę potrzebne – mamy możliwość opiniowania aktów prawnych, wywierania takich czy innych nacisków na rząd, polityków. To m.in. dzięki temu mamy Ustawę o zawodzie lekarza czy Kodeks Etyki Lekarskiej. Za sprawą izb nauczyliśmy się działać zespołowo. Organizowane przez nas imprezy kulturalne i sportowe, zjazdy polonijne – jednoczą środowisko, a tego nie da się przecenić.

Ale chyba nie wszyscy byli zadowoleni?

Oczywiście – nie każdemu podobało się to, co robimy. Ci, którzy mieli inklinacje związkowe, słusznie uważali, że izba nie wszystko może, że związek zawodowy pod pewnymi względami może więcej. Ale nigdy nie odmawialiśmy współpracy z kolegami ze związku zawodowego. Niektórzy działacze związkowi wchodzą w skład również obecnej rady lekarskiej.

Niestety, zawsze też byli ludzie, którzy uważali, że izba jest niepotrzebna. Ich liczba nie maleje, raczej wzrasta. Nie życzę kolegom, którzy tak myślą, żeby musieli doświadczyć tego, jak bardzo potrzebna jest izba, stając przed rzecznikiem czy sądem. Ja sam nieuleczalnie marzę o takiej izbie, z którą każdy bez wyjątku jej członek się utożsamia, a działanie na jej korzyść poczytuje za zaszczyt.

Bieżący rok jest rokiem 30-lecia reaktywacji izb lekarskich. Z tej okazji zapytaliśmy naszych rozmówców – lekarzy BIL, którzy obchodzili w zeszłym roku jubileusz 60-lecia uzyskania dyplomu – także o wspomnienia z okresu przywrócenia w Polsce samorządu.

MAGDALENA
GODLEWSKA

Powstanie samorządu oczami Jubilatów

BARBARA GUZIŃSKA urodziła się w 1935 r. w Warszawie. Gdy rozpoczęło się powstanie warszawskie, rodzina przeniosła się na wieś. Po wojnie ojciec, inżynier geodeta, dostał propozycję pracy w Bydgoszczy, a ponieważ pracodawca oferował również mieszkanie, a dom na Żoliborzu był zrujnowany, ofertę przyjęto. Początkowo zamieszkali w wili w Alejach Ossolińskich. Po przekazaniu budynku Polskiemu Radiu, miasto zaproponowało im mieszkanie przy ulicy 24 Stycznia (obecnie 20), ładne, ale niestety wspólne.

Pod koniec szkoły średniej Barbara Guzińska zaczęła zastanawiać się nad tym, co chce w życiu robić. A ponieważ bardzo przypadł jej do serca Stefan Żeromski, a zwłaszcza „Ludzie Bezdolni” i ich bohater – doktor Judym, zdecydowała, że chce być przydatna ludziom i po maturze rozpoczęła studia medyczne w Poznaniu. Dyplom uzyskała w 1959 r.

Planowała znaleźć zatrudnienie na oddziale chorób wewnętrznych. Internę uważała za specjalność „całościową, prześwietlającą człowieka od stóp do głów”. Niestety w Bydgoszczy na oddziałach wewnętrznych nie było miejsc, więc podjęła pracę w Wojewódzkim Szpitalu Obserwacyjno-Zakaźnym im. Tadeusza Browicza. Pracując tam, zrobiła I i II stopień specjalizacji z chorób zakaźnych i została zastępcą ordynatora. Po śmierci ordynatora jego miejsce zajął dr Barciszewski. Współpraca nie układała się i Barbara Guzińska odeszła. Znalazła pracę na oddziale wewnętrznym w Juraszu. Zajął się tam, na prośbę ordynatora, polikardiografią – szkolić musiała się w Warszawie, bo na terenie Bydgoszczy nie było w tym czasie od kogo się uczyć. Później, w Instytucie Kardiologii w Warszawie-Aninie, zrobiła specjalizację z kardiologii, a jakiś czas potem z chorób wewnętrznych.

Zbliżając się do emerytury, przeszła do Wojewódzkiej Poradni Kardiologicznej, a kiedy ta została rozwiązana – do Poradni Kardiologicznej PKP. W obu placówkach pełniła funkcję kierownika. „Dobrze mi się tam pracowało – mówi – nigdy ze strony pacjentów nie spotkały mnie żadne nieprzyjemności, wręcz przeciwnie”. Po przejściu na emeryturę nadal pracowała. Zrezygnowała dopiero po narodzinach wnuczki – chciała pomóc w opiece, żeby córka (lekarz okulista) mogła wrócić do pracy.

Powstanie izb lekarskich pamięta, ale nie wspomina tego okresu dobrze. „Ich powstanie odebrałam z dużą rezerwą – mówi. – Pracowałam wtedy w gabinecie prywatnym. Rejestrowałam go jeszcze przed powołaniem samorządu – w urzędzie miejskim, za symboliczną sumę. Kiedy rejestrację gabinetów przejęła izba – musiałam się przerejestrować i zapłaciłam 10 razy tyle. A powinno być za darmo, bo to była przymusowa sytuacja. Bardzo mnie to oburzyło. Część gabinetów w ogóle się nie rejestrowała, chyba z powodu tego samego buntu, który był we mnie. Przez tę sytuację nie darzyłam izby lekarskiej sympatią i się nie udzielałam. Ale od tamtego czasu izba się zmieniła – przesyła czasopisma lekarskie, organizuje spotkania dla seniorów, gwiazdki dla dzieci... Stała się dużo bardziej przyjazna dla lekarzy.

ZOFIA PAWEŁA-KANIEWSKA urodziła się w 1937 r. w Szamotułach. W czasie okupacji jej rodzinę wysiedlono do Jędrzejowa. Ojciec, żołnierz AK, prowadził tam tajne komplety. Zadaniem pięcioletniej Zosi było wypatrywanie, czy nie zbliża się Niemiec z psem (tych psów – które nadal nazywa hitlerowskimi pieskami – przez długi czas bardzo się bała, lęk zwalczyła dopiero niedawno). Jeżeli nadchodził, pukała w okno, a uczniowie i nauczyciel mieli czas, żeby się oddalić. Nie obawiano się, że powie Niemcom prawdę. „Któregoś dnia podeszłam do okna, a na dole leżały ludzkie ciała. Rodzice mi wytłumaczyli, że gdybym cokolwiek powiedziała Niemcom, to by zabili mojego ojca i też by tak leżał” – wyjaśnia.

Po wojnie Zofia Paweła-Kaniewska wróciła z rodziną do Szamotuł. Skończyła szkołę podstawową (poszła od razu do czwartej klasy, bo ojciec uczył ją podczas okupacji), liceum i w 1952 r. rozpoczęła studia medyczne. Dyplom odebrała w 1959 r. Do wyboru tej drogi zawodowej zainspirował ją znajomy rodziny – chirurg – do którego często chodziła z rodzicami. Któregoś dnia dał jej strzykawkę z igłą, wytłumaczył, do czego służy i jak jej używać, a ona po przyjeździe do domu pokutała nią swoje siostry. Od tej pory wiedziała – mówi – że też będzie lekarzem, co więcej – pediatrą.

W 1962 r. zrobiła specjalizację I stopnia z pediatrii i dołączyła do męża, który wyjechał do Bydgoszczy dwa lata wcześniej. Początkowo pracowała w przychodniach. Pięć lat później, już po – uzyskaniu II stopnia z chorób płuc dzieci – zatrudniła się na Oddziale Chorób Płuc Dzieci Szpitala im. dr. Emila Warmińskiego. W roku 1975, po reorganizacji placówki, przeszła do Przychodni „Ogrody”, a potem do „Przyjaznej”, którą współtworzyła i w której pracowała do 1999 r. (od 1991 r. jako emeryt).

Zofia Paweła-Kaniewska dostała kilka odznak za wzorową pracę w służbie zdrowia, za zasługi dla miasta Bydgoszczy, wiele dyplomów, ale tym, co sprawia jej największą satysfakcję, są spotkania z byłymi pacjentami. „Zaczepiają mnie na ulicy, pokazują dzieci, czasem już wnuki, rozmawiamy. Oczywiście nazwisk już nie pamiętam, ale kiedy opowiadają mi o chorobach, z którymi do mnie przychodzili, od razu sobie przypominam” – opowiada.

Wpływu izb lekarskich na lekarską rzeczywistość nie przecenia. Bulwersuje ją wiele rzeczy, a najbardziej limity przyjęć pacjentów. Nie pojmuje, jak można nie przyjąć osoby z gorączką czy bólem. Rozumie, że samorząd stara się coś zmienić i że nie jest to łatwe, ale rezultaty uważa za rozczarowujące.

EWARYST BADEŃSKI urodził się w Skarżysku Kamiennej. W 1952 r. zdał maturę i, jak wielu jego kolegów z klasy, zdecydował się na studia na Akademii Medycznej w Białymstoku. Dyplom uzyskał w roku 1959. Wyboru zawodu nigdy nie żałował.

Po studiach zamieszkał w Warszawie, dokąd przeprowadzili się jego rodzice, i rozpoczął pracę w Przychodni Kolejowej w Nasielsku. Niedługo później został powołany do okresowej służby wojskowej. Los rzucił go najpierw do Olsztyna, gdzie pełnił funkcję lekarza pułku. Po roku przeniesiono go do jednostki wojskowej w Bydgoszczy. Pracował tu jako starszy lekarz pułku.

Jeszcze pełniąc służbę wojskową, rozpoczął staż w Szpitalu MSWiA. Trochę przypadkiem trafił na oddział chirurgii, ale spodobała mu się ta dziedzina medycyny – nigdy nie wahał się brać na siebie odpowiedzialności i szybko podejmował decyzje. Postanowił się w niej specjalizować. „W tamtych czasach, żeby uzyskać II stopień specjalizacji, chirurg musiał umieć zoperować wszystko – z każdej z obecnych dziedzin chirurgii. Kiedyś więcej się od człowieka wymagało, teraz spycha się odpowiedzialność na innych” – mówi.

Jeżeli chodzi o życie pozazawodowe doktora Badeńskiego, to po przyjeździe do Bydgoszczy ożenił się z lekarką specjalizującą się w dziedzinie radiologii, a ich syn jest laryngologiem. Pasją Ewarysta Badeńskiego są podróże. Zwiedził chyba wszystkie kraje w Europie. Obecnie nie podróżuje. Mówi, że nie ma już tyle siły. Ale dba o siebie, ćwiczy, chodzi na długie spacery.

Powstanie izb lekarskich przyjął z satysfakcją. „To była zmiana na lepsze – podsumowuje. – Tak długo na to czekaliśmy i w końcu mieliśmy samorząd lekarski. Nareszcie mogliśmy zacząć decydować o własnych sprawach”.

Najwyższe odznaczenia BIL przyznane



W tym roku Kapituła Cerebrum Medici – za działalność na rzecz społeczeństwa i środowiska lekarskiego – wyróżniła dwóch członków Bydgoskiej Izby Lekarskiej: dr. Adama Piziewicza oraz prof. dr. hab. n. med. Władysława Sinkiewicza. Wyróżnienia – przyznawane przez BIL od 2010 r. – wręczone zostaną podczas tegorocznej Medycznej Nocy w Centrum Kongresowym przy Operze Nova (21 lutego). Termin zgłaszania kandydatów do Cerebrum Medici 2021 upływa 15 listopada tego roku.

Dr ADAM PIZIEWICZ, po ukończeniu studiów i odbyciu stażu, w 1963 r. rozpoczął pracę na Oddziale Laryngologii Szpitala Ogólnego nr 2 w Bydgoszczy. W roku 1967 objął obowiązki zastępcy ordynatora na Oddziale Laryngologii Szpitala Dziecięcego w Bydgoszczy, w 1988 został ordynatorem Oddziału. Funkcję tę pełnił do czasu przejścia na emeryturę w 2010 r.

W tym czasie – jak pisze Jolanta Michalak-Tłapa, konsultant wojewódzki w dziedzinie laryngologii dziecięcej – udało mu się poprawić zaplecze lokalowo-sprzętowe oddziału. Osobistym zaangażowaniem i inicjatywą przekształcił mało znaczący na mapie Polski oddział laryngologii dziecięcej w prężnie funkcjonujący, prezentujący szerokie możliwości zabiegowo-terapeutyczne. (...) Nawiązał trwające do dzisiaj kontakty z wybitnymi klinikami w Danii i Nowym Jorku, czego efektem była możliwość rozwijania nowych technik operacyjnych, co dało podwaliny do stworzenia liczącego się ośrodka otchirurgii dziecięcej. Jego praca doktorska „Ocena rynospirograficzna drożności nosa u dzieci” (1976 r.) była podstawą wprowadzenia nowoczesnych metod leczenia chorób zatok w wieku rozwojowym. Zaangażowanie dr. Adama Piziewicza dało podwaliny wysokiej klasy ośrodkowi zajmujące-

mu się leczeniem operacyjnym wad słuchu u dzieci, jedynemu w naszym regionie. W 2010 r. został utworzony ośrodek implantacji ślimakowej zajmujący się kompleksową terapią i rehabilitacją dzieci głuchych.

Dr Piziewicz zachęcał i umożliwiał swoim asystentom udział w krajowych i zagranicznych konferencjach. Jako kierownik oddziału wychował liczne grono specjalistów włącznie z obecnym ordynatorem.

Prof. dr hab. n. med. WŁADYSŁAW SINKIEWICZ, kierując przez wiele lat kardiologią w „Bizielu”, zainicjował i był jednym z głównych organizatorów utworzenia w placówce: Zakładu Nieinwazyjnej Diagnostyki Kardiologicznej, Oddziału Kardiologii, II Katedry i Kliniki Kardiologii, Pracowni Angiografii i Hemodynamiki oraz Wojewódzkiego Ośrodka Diagnostyki i Leczenia Niewydolności Serca. Jest również fundatorem i prezesem zarządu Fundacji na Rzecz Rozwoju Kardiologii, wspierającej od 24 lat finansowo i organizacyjnie rozwój kardiologii w Szpitalu.

Organizator ogólnopolskich konferencji naukowych w zakresie diagnostyki i leczenia niewydolności serca, a także corocznych ogólnopolskich konferencji w ramach „Bydgoskich Dni Bioetycznych”. Od wielu lat

do chwili obecnej przewodniczący Komisji Bioetycznej Bydgoskiej Izby Lekarskiej,

Nauczyciel akademicki w Collegium Medium UMK. Promotor 20 przewodów doktorskich, opiekun naukowy 2 habilitantów. Autor 470 publikacji naukowych w recenzowanych czasopismach medycznych. Członek 9 towarzystw naukowych, m.in. – Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego, Polskiego Towarzystwa Badań nad Miażdżycą, Polskiego Towarzystwa Udaru Mózgu, Europejskiego Towarzystwa Alergologii i Immunologii Klinicznej.

W latach W 2005–2006 Przewodniczący Zespołu Roboczego ds. opracowania polskich rekomendacji dotyczących opieki kardiologicznej nad chorymi z dystrofią mięśniową typu Duchenne'a i Beckera oraz dotyczących prewencji kardiomiopatii u kobiet nosicielek mutacji DMD/BMD. W 2009 r. członek Zespołu Roboczego ds. opracowania polskich rekomendacji dotyczących diagnostyki i leczenia w zakresie kardiologii. W 2008 r. przewodniczący grupy roboczej ds. opracowania procedur dla NFZ w zakresie kompleksowej opieki nad chorymi z niewydolnością serca.

m.g.

Z wielkim smutkiem przyjęliśmy wiadomość o śmierci

śp. dr. **Włodzimierza
Kasierskiego,**

jednego z założycieli i wieloletniego,
zasłużonego działacza

Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy.

Synowi Marcinowi i Rodzinie

wyrazy współczucia składają
członkowie Zarządu Regionu
Wielkopolska OZZL

Z wielkim smutkiem żegnamy naszego Kolegę
Lekarza

**Włodzimierza
Kasierskiego**

aktywnie działającego na rzecz lekarzy
członków Bydgoskiej Izby Lekarskiej.

W imieniu samorządu lekarskiego
serdeczne wyrazy współczucia

Rodzinie Zmarłego

składa

Prezes Okręgowej Rady Lekarskiej Bydgoskiej Izby Lekarskiej
dr n. med. Marek Bronisz

W roku 1999 POZ dysponował największą liczbą badań diagnostycznych. Spadek finansowania POZ i zmniejszenie ilości badań w dyspozycji lekarzy nastąpił wraz z przekształceniem Kas Chorych w NFZ. Potem z roku na rok było gorzej. Wyjątkiem był rok 2009, gdy testowo wprowadzono możliwość zlecenia w POZ m.in.: TK, MRI czy USG Doppler. Okazało się, że w tym roku udzielono 300 tys. mniej porad specjalistycznych niż w 2008. W 2010 r. ww. zasady już nie funkcjonowały. Pierwsze rozszerzenie zakresu badań diagnostycznych nastąpiło w 2016 oraz 2017 r. i obejmowało jedynie kilka pozycji.

JERZY
RAJEWSKI

Badania diagnostyczne



Zasady zlecenia badań diagnostycznych

Lekarz ubezpieczenia zdrowotnego kierujący na badania dodatkowe (poradnia, szpital) pokrywa koszty ich wykonania. Jeżeli badanie nie jest przeprowadzane na miejscu, ma obowiązek wskazania, gdzie pacjent może wykonać je bezpłatnie.

Wyjątkiem są zalecone w karcie informacyjnej badania dodatkowe do wykonania po hospitalizacji. W takim przypadku koszty ich wykonania pokrywa lekarz AOS lub POZ w ramach swoich kompetencji.

Kierowanie do poradni specjalistycznych

Jeżeli lekarz POZ stwierdzi, że konieczne jest wykonanie badań diagnostycznych spoza jego listy lub chory wymaga leczenia specjalistycznego, wydaje skierowanie do AOS.

Rozporządzenie MZ z 8 września 2015r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej §12.1. Lekarz ubezpieczenia zdrowotnego, kierujący świadczeniodawcą do poradni specjalistycznej lub do leczenia szpitalnego, dołącza do skierowania:

1) kopie wyników badań diagnostycznych i przeprowadzonych konsultacji, będące w jego posiadaniu, umożliwiające lekarzowi (...) postawienie wstępnego rozpoznania stanowiącego przyczynę skierowania.

To oznacza, że lekarz POZ nie przeprowadza złożonej i specjalistycznej diagnostyki różnicowej, a jedynie dołącza badania diagnostyczne uzasadniające wydanie skierowania do AOS.

Każdy czas temu kierowałem chorego do poradni endokrynologicznej celem diagnostyki chorób nadnercza. Dołączyłem stosowne badania laboratoryjne (zgodne z kompetencjami lekarza POZ) i USG jamy brzusznej. Pacjent wrócił z karteczką od rejestratorki, że powinienem wykonać badania: TSH, FT3, FT4 i USG tarczycy! Tak to jest, kiedy rejestratorka „zaleca lekarzowi POZ”, jakie ma wykonać badania dodatkowe...

Kolejnym absurdem jest karteczka z rejestracji, że badania dodatkowe nie mogą być starsze niż miesiąc! Lekarz rodzinny/POZ przeprowadza wstępną diagnostykę i wykonuje wiele kosztownych badań dodatkowych, a potem podejmuje decyzję o potrzebie konsultacji. Nie ma żadnych podstaw do powtarzania tych samych badań i marnotrawienia publicznych pieniędzy.

Oczywiście „karteczki” od rejestratorek nie posiadają żadnych pieczęci ani podpisów.

Pacjenci leczeni w AOS, w poradniach posiadających kontrakt z NFZ, jak i prywatnych, bardzo często odsyłani są do POZ celem

wykonania badań kontrolnych. Jest to niezgodne z obowiązującymi przepisami.

Rozporządzenie MZ z 8 września 2015r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (OW) §12.6. W przypadku, gdy świadczeniobiorca objęty leczeniem specjalistycznym wymaga wykonania niezbędnych do prawidłowego leczenia dodatkowych badań diagnostycznych, pozostających w związku z prowadzonym leczeniem, skierowania na te badania wystawia i pokrywa koszty ich wykonania świadczeniodawca udzielający świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

Pacjenci oczekujący na planowane zabiegi operacyjne również często odsyłani są do POZ celem wykonania badań diagnostycznych. Taka sytuacja rodzi niepotrzebny stres dla pacjenta i konieczność zbędnego oczekiwania na poradę w POZ. Za przygotowanie do planowych operacji odpowiedzialny jest szpital!

Rozporządzenie MZ z 8 września 2015r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej §12.7. W przypadku skierowania pacjenta do szpitala, w szczególności do planowanego leczenia operacyjnego, szpital wykonuje konieczne dla leczenia w szpitalu badania diagnostyczne i konsultacje.

Przyczyną wielu problemów i nieporozumień na polu badań diagnostycznych jest olbrzymie niedofinansowanie systemu ochrony zdrowia oraz błędy organizacyjne.

Wielu konfliktów udałoby się uniknąć, gdyby kierować się dobrem pacjenta, profesjonalizmem i przestrzegać kilku podstawowych zasad:

- komunikacja między lekarzami powinna odbywać się w formie pisemnej,
- rejestracja nie może wydawać zaleceń lekarzowi,
- lekarze AOS i SZP powinni znać zakres badań dodatkowych możliwych do wykonania w POZ,
- wszyscy lekarze powinni zapoznać się z OW.

Obserwuję również niepotrzebne powtarzanie w AOS czy szpitalach badań wykonanych w POZ, mimo że lekarze rodzinni/ POZ niejednokrotnie korzystają z usług tych samych laboratoriów, co AOS czy szpitale.

O autorze: Jerzy Rajewski, prezes Kujawsko-Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce, jest specjalistą w dziedzinie medycyny rodzinnej, medycyny ogólnej i chorób wewnętrznych. Kierownik Przychodni Lekarskiej RODZINA w Koronowie, wiceprezes Bydgoskiej Izby Lekarskiej.





Z lekarskiej praktyki

Primum non nocere

czyli jak chronić pacjenta przed BRONJ

BRONJ to skrót od angielskiej nazwy *Bisphosphonate-Related Osteonecrosis of the Jaws*, czyli martwica kości szczęk związana ze stosowaniem bisfosfonianów. Pierwsze przypadki tej jednostki chorobowej zostały opisane w 2003 r. Jej objawy są wyjątkowo uciążliwe i znacząco obniżają jakość życia chorych. Niezmiernie istotna jest więc świadomość zagrożeń związanych z terapią bisfosfonianami i znajomość sposobów zapobiegania potencjalnym powikłaniom.

Istnieją dwie główne drogi podania bisfosfonianów – doustna, dominująca w terapii osteoporozy, oraz dożylna – stosowana głównie u pacjentów leczonych onkologicznie. Niezmiernie istotny jest fakt, iż mogą być one dawkowane w bardzo różnych schematach terapeutycznych. Aplikacja leku może odbywać się codziennie, raz w tygodniu, raz w miesiącu, a nawet roku. Jednocześnie bisfosfoniany charakteryzują się bardzo długim okresem półtrwania. Nie są one metabolizowane przez kość i według niektórych badań nawet pojedyncza dawka może spowodować utrzymywanie się stężenia w kości ok. 10 lat.

Współcześnie, oprócz oczywistych korzyści, jakie niesie stosowanie bisfosfonianów, podkreśla się również skutki uboczne tej grupy leków. Najpoważniejszym powikłaniem, które można zaobserwować, jest martwica kości szczęk – BRONJ. Charakteryzuje się ona występowaniem w obrębie jamy ustnej odsoniętej, niegojącej się kości lub kości dającej się sondować przez przetokę wewnątrz- lub zewnątrzustną przez okres co najmniej 8 tygodni. Może ona wystąpić samoistnie lub na skutek urazu. Przeważnie do powstania martwicy przyczyniają się zabiegi chirurgiczne przeprowadzane w jamie ustnej lub traumatyzacja tkanek wywołana źle dopasowanymi uzupełnieniami protetycznymi.

JOANNA
SZUMNA

CO TO SĄ BISFOSFONIANY?

Bisfosfoniany to grupa leków o działaniu antyresorpcyjnym, wykorzystywanych w leczeniu chorób związanych ze zmniejszeniem gęstości kości. Mają one zastosowanie w terapii osteoporozy, choroby Pageta oraz osteogenesis imperfecta, a także w onkologii – w leczeniu szpiczaka mnogiego oraz przerzutów nowotworów złośliwych do kości (występujących w przebiegu raka sutka, prostaty i płuc).

PRZYGOTOWANIE PACJENTA DO ROZPOCZĘCIA TERAPII BISFOSFONIANAMI

Ze względu na wysoką oporność na leczenie, jaką wykazuje BRONJ, duży nacisk należy położyć na profilaktykę. Pacjent, u którego planuje się wprowadzenie tej grupy leków, powinien mieć przeprowadzone szczegółowe badanie stomatologiczne wsparte badaniami radiologicznymi. Należy wykonać zabiegi higienizacyjne oraz wyeliminować obecne i potencjalne źródła infekcji. Wskazane jest także sprawdzenie stanu użytkowanych przez pacjenta uzupełnień protetycznych i w razie konieczności wykonanie nowych w taki sposób, aby nie powodowały traumatyzacji tkanek miękkich. Pacjent powi-

primum

nien zostać poinformowany o konieczności zdejmowania protez ruchomych na noc oraz utrzymania ich w idealnej higienie.

Wszelkie inwazyjne zabiegi stomatologiczne zaleca się przeprowadzić co najmniej 6–8 tygodni przed wprowadzeniem bisfosfonianów, tak aby uzyskać całkowite wygojenie ran. W przypadkach, gdy odroczenie rozpoczęcia leczenia bisfosfonianami nie jest wskazane, zaleca się, aby w pierwszej kolejności wykonywać zabiegi najbardziej inwazyjne, jako że ryzyko wystąpienia BRONJ rośnie wraz ze wzrostem czasu przyjmowania tych leków. Niezbędna jest również edukacja pacjenta dotycząca zasad oraz konieczności utrzymania perfekcyjnej higieny jamy ustnej (wspomaganej płukankami z chlorheksydyną), a także regularnych kontrolnych badań stomatologicznych, przeprowadzanych maksymalnie co 6 miesięcy.

POSTĘPOWANIE STOMATOLOGICZNE U PACJENTÓW STOSUJĄCYCH BISFOSFONIANY

W zapobieganiu BRONJ niezmiernie ważne jest także odpowiednie postępowanie z pacjentami, którzy obecnie lub w przeszłości przyjmowali bisfosfoniany. Plan leczenia powinien być nastawiony na stomatologię zachowawczą oraz endodoncję. W przypadku leczenia kanałowego należy zachować odpowiednią ostrożność, aby nie przekraczać narzędziami endodontycznymi wierzchołka korzenia zęba.

Wskazane jest również dążenie do zachowania zębów wykazujących ruchomość. Zaleca się przeprowadzenie skalingu, a następnie zszynowanie zębów w celu zapobiegnięcia konieczności ich ekstrakcji. Podczas usuwania kamienia nazębnego należy pamiętać o unikaniu traumatyzacji tkanek miękkich.

Obecnie niewiele jest badań dotyczących efektów leczenia ortodontycznego u pacjentów przyjmujących bisfosfoniany. W piśmiennictwie pojawiły się doniesienia o przypadkach obniżonej ruchomości zębów leczonych ortodontycznie z powodu zmniejszonej zdolności kości do remodelingu. W tej grupie pacjentów nie należy wykonywać natomiast zabiegów z zakresu chirurgii ortognatycznej, kortykotomii, usuwania zębów ze wskazań ortodontycznych czy wszczepiania mikroimplantów ortodontycznych.

ZABIEGI Z ZAKRESU CHIRURGII STOMATOLOGICZNEJ U PRZYJMĄCYCH BISFOSFONIANY

W związku z tym, że ekstrakcje zębów oraz inne zabiegi chirurgiczne wykonywane na wyrostkach zębodołowych mogą przyczynić się do rozwoju BRONJ, zaleca się unikanie wszelkich ingerencji chirur-

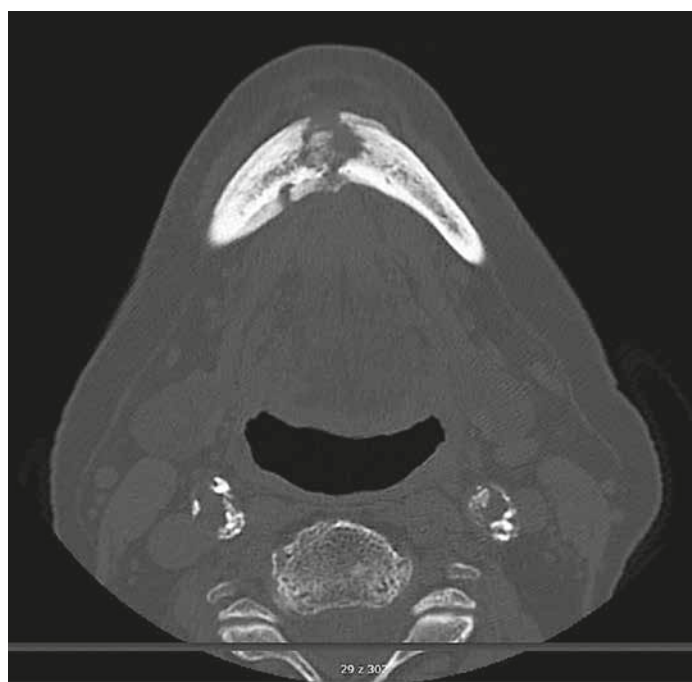
gicznych, kiedy tylko jest to możliwe. W sytuacjach, gdy ekstrakcja zęba staje się jednak niezbędna, powinny zostać zachowane szczególne środki ostrożności. Ze względu na długi okres półtrwania bisfosfonianów – odstawienie tych leków przed zabiegiem chirurgicznym nie zredukuje ryzyka wystąpienia BRONJ. Rutynowa przerwa w terapii nie jest więc zalecana. American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons proponuje natomiast rozważenie odstawienia leków u pacjentów leczonych na osteoporozę powyżej 4 lat. W tym przypadku wskazane jest zaprzestanie terapii na 2 miesiące przed i 3 miesiące po wykonaniu procedur inwazyjnych.

Przed zabiegiem niezbędne jest wdrożenie osłonowej antybiotykoterapii według wytycznych zawartych w „Rekomendacjach Grupy Roboczej Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego i Narodowego Programu Ochrony Antybiotyków w zakresie stosowania antybiotyków w stomatologii” (<https://pts.net.pl/najnowsze-rekomendacje-racjonalnej-antybiotykoterapii/>).

Bardzo istotny jest również sposób wykonania ekstrakcji. Zabieg powinien być przeprowadzony minimalnie inwazyjnie, a zębodoł dokładnie oczyszczony z ewentualnej tkanki ziarninowej. Konieczne jest wygładzenie ostrych brzegów kostnych i szczelne zaopatrzenie rany szwami bez nadmiernego napięcia. W okresie pozabiegowym zalecane jest stosowanie płukanek antybakteryjnych. Przyspieszenie gojenia rany poekstrakcyjnej można uzyskać, stosując preparat PRF otrzymywany z krwi pacjenta pobranej przed zabiegiem.

W kwestii możliwości przeprowadzania zabiegów implantologicznych u pacjentów, którzy przebyli terapię bisfosfonianami, nie ma jednoznacznej odpowiedzi. Przyjmuje się, że leczenie implantologiczne jest dozwolone u pacjentów otrzymujących doustne leki na osteoporozę krócej niż 4 lata. Aby ocenić ryzyko wystąpienia martwicy u takich osób, można wykonać badanie stężenia czynnika CTX (specyficznego markera kolagenu typu 1, uwalnianego podczas resorpcyjnego działania osteoklastów). Kiedy wartość CTX przekracza 150 pg/ml, ryzyko wystąpienia BRONJ po wszczepieniu implantu jest minimalne. Przy niższych wartościach wskazane jest zrobienie 6-miesięcznej przerwy w przyjmowaniu bisfosfonianów (3 miesiące przed i 3 miesiące po wszczepieniu implantu). Jednocześnie należy pamiętać o tym, iż leczenie implantologiczne jest bezwzględnie przeciwwskazane u pacjentów przyjmujących bisfosfoniany dożylnie z powodu choroby nowotworowej.

O autorze: Joanna Szumna jest lekarzem dentystą; ukończyła szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie chirurgii stomatologicznej w Wojewódzkiej Specjalistycznej Przychodni Stomatologicznej w Bydgoszczy.



Obowiązek prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej



W związku z licznymi zapytaniem i wątpliwościami dotyczącymi obowiązku prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej – dokumenty wytworzone w postaci elektronicznej opatrzone kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym, podpisem osobistym albo z wykorzystaniem sposobu potwierdzania pochodzenia oraz integralności danych dostępnego w systemie teleinformatycznym udostępnionym bezpłatnie przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych – należy wskazać, iż w aktualnym stanie prawnym (zgodnie z treścią art. 11 ust. 1 w zw. z art. 2 pkt 6 i 15 Ustawy z 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia) świadczeniodawca ma obowiązek prowadzić elektroniczną dokumentację medyczną w zakresie:

radca prawny
**JADWIGA
JARZĄBKIEWICZ-
GÓRNIAK**

- ▶ recept (obowiązek od 8 stycznia 2020 r.);
- ▶ dokumentacji określonej w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 8 maja 2018 r. w sprawie rodzajów elektronicznej dokumentacji medycznej, tj.:
 - informacji o rozpoznaniu choroby, problemu zdrowotnego lub urazu, wynikach przeprowadzonych badań, przyczynie odmowy przyjęcia do szpitala, udzielonych świadczeniach zdrowotnych oraz ewentualnych zaleceniach – w przypadku odmowy przyjęcia pacjenta do szpitala – jest to tzw. karta odmowy przyjęcia do szpitala (obowiązek od 2 czerwca 2018 r.),
 - informacji dla lekarza kierującego świadczeniobiorcę do poradni specjalistycznej lub leczenia szpitalnego o rozpoznaniu, sposobie leczenia, rokowaniu, ordynowanych lekach, środkach spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobach medycznych, w tym – okresie ich stosowania i sposobie dawkowania
- oraz wyznaczonych wizytach kontrolnych (obowiązek od 2 czerwca 2018 r.),
- karty informacyjnej z leczenia szpitalnego (obowiązek od 2 czerwca 2018 r.),
- wyników badań laboratoryjnych wraz z opisem (obowiązek od 25 kwietnia 2021 r.),
- opisu badań diagnostycznych, innych niż wskazane powyżej (obowiązek od 25 kwietnia 2020 r.);
- ▶ skierowań (obowiązek od 18 kwietnia 2019 r.) na:
 - ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne finansowane ze środków publicznych,
 - badania:
 - echokardiograficzne płodu finansowane ze środków publicznych,
 - endoskopowe przewodu pokarmowego finansowane ze środków publicznych,
 - medycyny nuklearnej finansowane ze środków publicznych oraz ze środków innych niż środki publiczne,
 - rezonansu magnetycznego, finansowane ze środków publicznych,
 - tomografii komputerowej finansowane ze środków publicznych oraz ze środków innych niż środki publiczne,
 - leczenie szpitalne w szpitalu, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Świadczeniodawcą w rozumieniu powyższych przepisów jest:

- ▶ podmiot wykonujący działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej,
- ▶ osoba fizyczna inna niż wymieniona wyżej, która uzyskała fachowe uprawnienia do udzielania świadczeń zdrowotnych i udziela ich w ramach wykonywanej działalności gospodarczej,
- ▶ podmiot realizujący czynności z zakresu zaopatrzenia w wyroby medyczne.

Podsumowując:

Obowiązek prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej dotyczy obecnie tylko i wyłącznie wymienionej powyżej dokumentacji medycznej.

Warto przy tym zaznaczyć, iż zgodnie z ostatnimi ustaleniami Ministerstwa Zdrowia i Naczelnej Izby Lekarskiej w zakresie e-recept, pojęcie zawarte w art. 95b Ustawy z 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne – „brak dostępu do systemu”, jako przesłanka umożliwiająca wystawienie recepty papierowej, jest pojęciem znacznie szerszym niż „awaria systemu e-zdrowie”. **Tym samym świadczeniodawcy, którzy jeszcze nie wprowadzili u siebie systemu e-zdrowie, po dniu 7 stycznia 2020 r., powołując się na ten przepis, będą mogli nadal wystawiać recepty w formie papierowej.**

Link dot. w/w ustaleń: <https://www.nil.org.pl/aktualnosci/e-recepta>

Mistrzostwa w bowlingu



Serdecznie zapraszam wszystkich lekarzy i lekarzy stomatologów **14 marca 2020 r.** (sobota) o godzinie **13.30** do Olympic Bowling Center (Łuczniczka) na **V Mistrzostwa Polski** oraz **IX Mistrzostwa Pomorza i Kujaw w Bowlingu**.

Równolegle odbędą się zawody dla dzieci – wszystkie otrzymają pamiątkowe medale oraz drobne upominki.

PS Proszę o punktualne przybycie.

Marcin Gierach

Turnieje tenisowe lekarzy w 2020 roku z akredytacją PSTL



- 27–29.03 – Bielsko-Biała, Ogólnopolski Halowy Turniej Tenisowy Lekarzy BKT Advantage
- 22–24.05 – Gdańsk, Ogólnopolski Turniej Tenisowy Lekarzy
- 11–14.06 – Poznań, XXX Letnie Mistrzostwa Polski Lekarzy w Tenisie „Lexus Cup 2020”
- 3–5.07 – Zamość, IX Ogólnopolski Turniej Tenisowy Lekarzy „Memoriał dr Tomasza Teresińskiego”
- 21–23.08 – Chrzastowice k. Opola, IV Ogólnopolski Turniej Tenisowy Lekarzy „Vital Medic Cup 2020”
- 18–20.09 – Zielona Góra, IX Ogólnopolski Turniej Tenisowy Lekarzy
- 10–16.10 – Antalya, Turcja, 50. Mistrzostwa Świata Lekarzy w Tenisie (WMTS Congress and Championship)
- 11–14.11 – Pabianice, XXII Halowe Mistrzostwa Polski Lekarzy w Tenisie „Memoriał dr Andrzeja Jasińskiego”

Memoriał Szachowy im. prof. Romana Mariana Bugalskiego



Zapraszamy do udziału w dziesiątej, jubileuszowej edycji turnieju szachowego o Puchar Prezesa Bydgoskiej Izby Lekarskiej dr. n. med. Marka Bronisza, która odbędzie się najprawdopodobniej w maju 2020 r. Szczegóły informacyjne i regulaminowe podamy w następnym numerze „Primum”.

Turniej organizowany jest dla uczczenia pamięci znanego mikrobiologa i wielkiego pasjonata szachów – prof. Romana Mariana Bugalskiego i ma na celu również popularyzację gry w szachy w środowisku medycznym, akademickim oraz wśród młodzieży szkolnej.

Regulamin turnieju jest dostępny na stronie Bydgoskiej Izby Lekarskiej: www.bil.org.pl

Maciej Borowiecki

Mój jest ten kawałek podłogi!...



Nie szukajmy nadziei, szukajmy działania. Wtedy nadzieja przyjdzie.

Greta Thunberg

Szanowne Koleżanki i Koledzy!

Więcej niż dwa tysiące lat temu pewien mądry człowiek o nazwisku Seneka wypowiedział taką to oto myśl:

„Człowiek szczęśliwy jest zadowolony ze swoich czasów, jakiekolwiek by one były, i przychylny swojej kondycji. Szczęśliwy jest, komu rozum każe doceniać wszelkie warunki egzystencji.”

Po niezbyt głębokim zastanowieniu doszedłem do wniosku, że chyba jestem zadowolony z obecnych czasów i chyba doceniam warunki mojej egzystencji. Ergo – jestem szczęśliwy!

Nie muszę też szukać nadziei, do czego mnie zaprasza bardzo młoda działaczka proekologiczna. Bo nadzieja i potrzeba działania potrzebna jest ludziom jej pokolenia. Ja nie muszę już się martwić, że Polska będzie zamieniać się w pustynię, znikną lasy, ptaki przestaną śpiewać, bo ich po prostu nie będzie. Bałtyk zaleje tereny Żuław, a Półwysep Helski zniknie pod wodą. Nie muszę się martwić zarem lejącym się z nieba.

Pytacie: dlaczego? Przyczyna prozaiczna. Ja tych czasów nie dożyję! Przyczynajcie sami – czy nie mam prawa być z obecnych czasów zadowolony? Co nie zmienia faktu, że bardzo duża liczba Czytających te słowa winna zacząć działać, bo poprzez ich działanie może przyjść nadzieja.

Tego w Nowym Roku wszystkim życzę!

Jak zwykle Wasz

A. Martynowski

Biziel zaprasza na badania



Kolejna edycja programu bezpłatnych badań profilaktycznych związanych z wczesnym wykrywaniem nowotworu jelita grubego rozpoczęła się w Szpitalu Uniwersyteckim nr 2 im. dr. J. Biziele w Bydgoszczy. Badania wykonywane są w Klinice Gastroenterologii i Zaburzeń Odżywiania oraz w Klinice Chirurgii Ogólnej, Kolorektalnej i Onkologicznej.

W programie mogą wziąć udział osoby w wieku od 50 do 65 lat niezależnie od wywiadu rodzinnego oraz od 40 do 65 roku życia w przypadku, gdy ich rodzice lub rodzeństwo chorowali na raka jelita grubego. Konieczna jest też kwalifikacja przez lekarza, który wypełnia ankietę potwierdzającą skierowanie pacjenta do programu.

Podstawowym badaniem programu jest kolonoskopia. W programie nie mogą brać udziału osoby, u których występują takie objawy jak chudnięcie, niedokrwistość, obecność krwi w stolcu oraz pojawienie się

bez wyraźnego powodu biegunki lub zaparcia stolca, u których rozpoznano zaawansowane choroby głównie układu krążenia, oddechowego, moczowego i krwi, rozpoznano już chorobę jelita grubego lub wykonano u nich w ciągu ostatnich 10 lat badanie jelita grubego.

Zgłoszenia: Klinika Gastroenterologii i Zaburzeń Odżywiania (VI piętro, sekretariat) lub Klinika Chirurgii Ogólnej, Kolorektalnej i Onkologicznej (III piętro, sekretariat). Sekretariat Programu, tel. 52 3655284, 52 3714912, od poniedziałku do piątku w godz. 09:00–13:00.

Spotkania Lekarzy Seniorów!

- **5 lutego o 14.30.** „O pracy tłumacza Szekspira” opowie doktor Ryszard Długołęcki;
- **4 marca o 14.30** – prof. dr hab. n. med. Władysław Sinkiewicz wygłosi wykład „Medyczne aspekty cierpienia i śmierci Jezusa – spojrzenie kardiologa”.

Ogłoszenia

■ Zatrudnię **lekarza dentystę**. Praca w ramach NFZ oraz prywatnie. NZOZ „Sanimed” Trzyczyn, kontakt 503 022 287.

■ 10. Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką SP ZOZ zatrudni **specjalistę anestezjologii i intensywnej terapii**. Miejsce pracy: Oddział Kliniczny Anestezjologii i Intensywnej Terapii. Forma zatrudnienia: dowolna. Wymiar czasu pracy: praca na cały etat lub dyżury. Wymagania: aktualne prawo wykonywania zawodu, umiejętności pracy w zespole, komunikatywność. CV prosimy kierować: pocztą tradycyjną na adres: ul. Powstańców Warszawy 5, 85-681 Bydgoszcz, osobiście: Kancelaria Jawna Szpitala (Komenda-2 piętro) adres e-mail: szpital@10wsk.mil.pl

■ Klinika stomatologiczna w centrum Bydgoszczy podejmie współpracę z **lekarzem dentystą**. Zapewniamy profesjonalną obsługę, korzystne warunki finansowe, możliwość rozwoju zawodowego, stabilizację i przyjazną atmosferę pracy. Zainteresowane osoby prosimy o kontakt tel.: 604 796 594.

■ Stomatologia „Kraina Uśmiechu” w Bydgoszczy nawiąże współpracę z **lekarzem dentystą**. Możliwość nauki i rozwoju zawodowego, szkolenia wewnętrzne i zewnętrzne, praca na 4 ręce, wykwalifikowany personel, świetnie wyposażo-

ne gabinety. Tel. 504 199 289, e-mail: gabinet@kraina-umiechu.pl

■ Prężnie rozwijające się Centrum Medyczne „Clinic Derm” w Bydgoszczy, w pełni wyposażone, nawiąże długotrwałą współpracę z **lekarzami różnych specjalizacji** na atrakcyjnych warunkach finansowych (w szczególności w godzinach popołudniowych). Kontakt: Centrum Medyczne „Clinic Derm” ul. Łabiszyńska 2 (róg Szubińskiej), tel. 795 095 800.

■ Szpital Uniwersytecki nr 2 im. dr. Jana Bizie-
la w Bydgoszczy, ul. Ujejskiego 75, Klinika Chirurgii Ogólnej, Kolorektalnej i Onkologicznej zatrudni lekarza z tytułem **specjalisty chirurgii ogólnej**. Na stronie www.biziel.umk.pl zamieszczona została klauzula informacyjna zgodnie z Ogólnym Rozporządzeniem o Ochronie Danych (RODO). Dokumenty aplikacyjne należy przestać na adres e-mail: wioletta.gorna@biziel.pl, kontakt telefoniczny: 52 3655232, 52 3655905.

WYNAJMĘ GABINETY LEKARSKIE

▶ pow. od 12 do 160 m²

▶ gabinety mieszczą się przy ul. Słowiańskiej

▶ więcej informacji pod nr tel. **508 635 846**

WYNAJMĘ GABINETY LEKARSKIE

przy ulicy **Jagiellońskiej 36a w Bydgoszczy**

(atrakcyjna lokalizacja, komfortowe warunki, cena do uzgodnienia).

Możliwość obejrzenia gabinetów na stronie www.gabinetymarinahouse.bydgoszcz.pl

Telefon **602 753 233**



BIL zaprasza na Medyczną Noc

do Centrum Kongresowego przy Operze Nova!

BAL odbędzie się 21 lutego 2020 r.

Do tańca singlom i parom zagra ElJazz Band.

Początek – 20:00.

Bilety (250 zł za osobę) w siedzibie Izby.

Sprzedaż już trwa!

(liczba miejsc ograniczona)





Nasz Lekarz Przychodnie Medyczne

Zapraszamy do współpracy lekarzy zainteresowanych prowadzeniem badań klinicznych oraz pracą w ramach prywatnej praktyki lekarskiej.

Specjalistyczne gabinety prywatne:

- opieka medyczna dla dzieci i dorosłych
- konsultacje specjalistyczne
- badania diagnostyczne

Nasz Lekarz Ośrodek Badań Klinicznych

- doświadczony i wyspecjalizowany zespół badawczy: lekarze specjaliści, personel medyczny oraz koordynujący
- rzetelna opieka dla pacjentów w zgodzie z najwyższymi międzynarodowymi standardami,
- wysoka jakość prowadzonych badań pozytywnie weryfikowana licznymi audytami oraz inspekcjami m.in. FDA, CEBK,
- standard usług świadczonych zgodnie z ISO 9001.



Nasz Lekarz to największy w województwie kujawsko-pomorskim Ośrodek Badań Klinicznych

Zapraszamy zainteresowanych współpracą lekarzy na spotkanie, z przyjemnością przybliżymy nasze cele i zaprezentujemy ofertę. Skontaktuj się z nami i zaproponuj dogodny termin spotkania.

ul. Chodkiewicza 19c, Bydgoszcz
tel. +48 52 340 1414
bydgoszcz@naszlekarz.pl



**Nasz
Lekarz**
PRZYCHODNIE MEDYCZNE

Prof. dr hab. n. med. Sławomir Jeka
Dyrektor Przychodni Nasz Lekarz
Główny badacz w ponad 300 badaniach klinicznych.
Wielokrotnie pełniący funkcję Koordynatora
Krajowego Badań Klinicznych.



www.NaszLekarz.pl



Radość z jazdy



DODAJ DO ULUBIONYCH
BMW W LEASINGU 0%.
SPRAWDŹ OFERTĘ ROCZNIKA 2019.

CHWYĆ
OKAZJĘ



Sczytaj kod QR aparatem
swojego telefonu aby poznać
szczegóły oferty i zapisać się
na jazdę testową

Dealer BMW Dynamic Motors

ul. Toruńska 272A, Bydgoszcz, tel.: +48 52 339 51 10

ul. Olimpijska 8, Toruń, tel.: +48 56 645 21 70

www.bmw-dynamicmotors.pl

GRUPA **JAWORSKI** 

Całkowita suma opłat w ofercie BMW Leasing 0% wynosi 100% przy następujących parametrach: opłata wstępna 25%, okres leasingu 36 miesięcy, wykup 1%. Niniejsza symulacja nie stanowi oferty w rozumieniu art. 66 Kodeksu cywilnego. BMW Leasing 0% jest oferowany przez BMW Financial Services Polska Sp. z o.o. Szczegóły oferty u Dealerów BMW.