

BIULETYN BYDGOSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

primum

BYDGOSZCZ ŚWIECIE TUCHOLA SĘPÓLNO NAKŁO ŻNIN INOWROCŁAW MOGILNO



NR 2 (387) kwiecień 2024

ISSN 2353-6055



Foto: Adam Juszkiewicz

TEMAT NUMERU

Hybrydowa sala operacyjna – wywiad

3

PRAWNIK RADZI

Jak założyć podmiot leczniczy lub indywidualną praktykę

19

Z ŻYCIA BIL

Spotkania lekarzy seniorów nie tylko w murach Izby

25



BYDGOSKA IZBA LEKARSKA

**XLIV SPRAWOZDAWCZY
OKRĘGOWY ZJAZD
DELEGATÓW**

6 kwietnia 2024

godz. 9:00

W NUMERZE

OD REDAKCJI

Felieton prezes ORL BIL **1**

Z ŻYCIA IZBY

Reprezentacja BIL na Kongresie Wyzwań Zdrowotnych **2**

TEMAT NUMERU

Nowy rozdział w bydgoskiej kardiologii **3**

SZKOLENIA I ROZWÓJ

„Rozwój osobisty to proces zmian, który trudno jest zatrzymać” **7**

NEWS

Prezes BIL na „Liście Stu” **10**

RYNEK PRACY

„3 średnie dla wszystkich” **11**

KODEKS ETYKI LEKARSKIEJ

Zmiany w Kodeksie Etyki Lekarskiej już w maju **12**

PRAWO

Czy można legalnie pobierać opłaty za nieodbyte wizyty? **14**

Chcę założyć podmiot leczniczy lub indywidualną praktykę lekarską. Jak to zrobić? **15**

KOMUNIKACJA

Kaleka? Nie. Osoba z niepełnosprawnością **19**

MEDYCYNĄ

Profilaktyka i leczenie MRONJ **22**

Z ŻYCIA BIL | EDUKACJA

Jak uzyskać zapomogę w trudnym przypadku losowym? **24**

Budynek dla Centrum Stomatologii CM UMK **24**

Integracja i rozwój lekarzy seniorów **25**

FELIETON

Mój jest ten kawałek podłogi! ... **29**

PASJE LEKARZY

Od tyżew po triathlon **29**

KOMUNIKATY BIL | GŁOSZENIA

Zaktualizuj swoje dane w rejestrze **31**

INFORMACJE

„Moje zdrowie, moje prawo” **32**

Szanowne Koleżanki i Szanowni Koledzy!

Cieszą mnie ogromnie wszelkie sygnały docierające z naszego środowiska lekarskiego, świadczące o pozytywnym odbiorze kolejnych zmian w Naszej Izbie. Ubiegałam się o funkcję prezesa, prezentując konkretną wizję rozwoju Bydgoskiej Izby Lekarskiej oraz zarys najważniejszych projektów dla Lekarzy. Konsekwentna realizacja tych założeń nie była i nie jest łatwym zadaniem.

Pragnienie zmian niestety często wiąże się z postawą konfrontacyjną. Zmiany mogą wywoływać obawy, które często wynikają z lęku przed porzuceniem starego i znalezieniem się w nieznanym. Natomiast warto do nich podejść otwarcie. Unikanie zmian i trzymanie się swojej strefy komfortu może ograniczać rozwój i szanse na sukces. Ja lubię zmiany i wyzwania. Mojej odwadze towarzyszy zawsze dobre przygotowanie, zaangażowanie i doświadczenie mimo młodego wieku. Jednak przede wszystkim kluczowe dla mnie jest wsparcie wyjątkowych i inspirujących osób – tych Koleżanek i Kolegów, którzy mają podobne wizje i cele. To dzięki nim konfrontacja z krytyką działa na mnie motywująco, będąc okazją do refleksji nad znaczeniem wartości i motywacji, które nami kierują, budząc jednocześnie ogromne pokłady determinacji. Wierzę, że trzeba być odważnym i walczyć do końca, aby osiągnąć wyznaczone cele.

Wasze zadowolenie z naszej pracy jest dla mnie największym szczęściem. To wspa- niałe słyszeć, że jej efekty są zauważalne na wielu poziomach – od pierwszego kontaktu z Naszą Izba, po stale rosnący poziom pomocy dla lekarzy, rozwój działalności komisji problemowych, najbardziej namacalne zmiany jak nowa siedziba czy nowa odsłona „Primum”, po wzrost zauważalności Bydgoskiej Izby Lekarskiej wśród reprezentacji wielu instytucji i środowisk. Dzięki nowej przestrzeni będziemy mogli lepiej współpracować i rozwijać innowacyjne projekty. Przed nami kolejne wyzwanie – rozwój informatyzacji Naszej Izby: wprowadzenie elektronicznego obiegu dokumentów, realizację projektu nowej strony internetowej Izby, wprowadzenie nowych narzędzi służących lepszej komunikacji ze środowiskiem oraz aplikacji dla lekarzy,



ALEKSANDRA ŚREMSKA
PREZES ORL BIL

aby ułatwić im załatwianie bieżących spraw i korzystanie ze wsparcia Naszej Izby.

Zapraszam wszystkich członków Bydgoskiej Izby Lekarskiej do włączenia się w działania na rzecz naszego wspólnego samorządu lekarskiego, rozwijania swoich zainteresowań, pasji oraz doskonalenia zawodowego w ramach Naszej Izby.

Możemy razem stworzyć coś naprawdę wyjątkowego! Izba Lekarska jest dla Was. Pragnie Wam towarzyszyć w pracy zawodowej, wspierać i pomagać i jest otwarta na Wasze pomysły, wizje i inicjatywy.

Szanowni Delegaci Okręgowego Zjazdu Lekarzy Bydgoskiej Izby Lekarskiej!

Bardzo dziękuję za Waszą pracę na rzecz naszego samorządu lekarskiego.

Serdecznie zapraszam na Okręgowy Zjazd Lekarzy 6 kwietnia i liczę na Waszą obecność.

To Wy, jako najważniejszy organ Naszej Izby, nadajecie jej kierunek rozwoju.

Dziękuję i do zobaczenia na zjeździe!

Koleżanki i Koledzy!

Niech zbliżający się świąteczny czas otuli nas ukojeniem i radością.

Niech obudzi w Nas wiarę i nadzieję na lepsze jutro.

Niech każdy dzień przynosi nowe możliwości i spełnione marzenia.



Foto: Iwona Kania

Sesja podczas IX Kongresu Wyzwań Zdrowotnych z udziałem Adrianny Kaszubowskiej z BIL

Reprezentacja BIL na Kongresie Wyzwań Zdrowotnych

7–8 marca br. w Międzynarodowym Centrum Kongresowym w Katowicach odbył się IX Kongres Wyzwań Zdrowotnych (Health Challenges Congress – HCC). To wydarzenie jest jedną z największych w Polsce cyklicznych debat poświęconych ochronie zdrowia.

Wponad 50 sesjach tematycznych spotkali się specjaliści z różnych dziedzin, tj. przedstawiciele świata nauki, polityki, biznesu, przemysłu farmaceutycznego oraz organizacji pozarządowych. Warto wymienić obecną minister zdrowia Izabelę Leszczynę czy

prezesa Naczelnej Izby Lekarskiej Łukasa Jankowskiego.

Wśród prelegentów znaleźli się liczni przedstawiciele z ramienia Naczelnej Izby Lekarskiej, m.in. działająca w naszym samorządzie przewodnicząca Komisji ds. Młodych Lekarzy Bydgoskiej Izby Lekarskiej, lek. Adrianna Kaszubowska, która tak wspomina kongres:

„Miałam przyjemność wystąpić w sesji poświęconej pracy medyków zza granicy. Takich lekarzy jest u nas około 3%, pielęgniarek około 1%. Na forum rozmawialiśmy o skali tego zjawiska, warunkowym prawie wykonywania zawodu czy o sensie przeprowadzania Lekarskiego Egzaminu Weryfikacyjnego. Podczas rozmowy wyraźnie wybrzmiało, jak ważna jest znajomość języka polskiego u wszystkich, którzy zamierzają wykonywać zawód na terenie naszego kraju”.

Podczas wydarzenia omawiane były tematy z zakresu jakości w ochronie zdrowia, organizacji systemu, wyzwań w e-zdrowiu i kształcenia kadr medycznych. Poruszany był też temat perspektyw na najbliższe cztery lata współpracy z Ministerstwem Zdrowia. Kongres jest organizowany przez Grupę PTWP SA, wydawcę m.in. magazynu i portalu Rynek Zdrowia. W tegorocznej edycji wydarzenia wzięło udział ponad 3800 uczestników, w tym ponad 2400 stacjonarnie.

Adrianna Kaszubowska



Hybrydowa sala operacyjna

SALA HYBRYDOWA

Nowy rozdział w bydgoskiej kardiochirurgii

Wywiad z dr. hab. n. med. Wojciechem Pawliszakiem, prof. UMK

Na początku lutego otwarto zmodernizowany Blok Operacyjny Kliniki Kardiochirurgii w Szpitalu Uniwersyteckim nr 1 im. Jurasza w Bydgoszczy. Remont pochłonął 20 mln zł. Dzięki ogromnym funduszom powstał jeden z najnowocześniejszych tego typu obiektów w Europie. W rozmowie z Hanną Gołątą kierownik kliniki Wojciech Pawliszak opowiedział o możliwościach sali hybrydowej – serca zmian w klinice.

Zespół Kliniki Kardiochirurgii:

składa się z 8 specjalistów kardiochirurgii, 3 specjalistów kardiologii, 36 pielęgniarek i pielęgniarzy, 2 ratowników, 5 dyplomowanych perfuzjonistów, 2 specjalistów fizjoterapii, 3 pracowników sekretariatu.

🗨 **Hanna Gołąta:** Jakiego typu zabiegi wykonywane są obecnie w klinice dzięki sali hybrydowej?

WOJCIECH PAWLISZAK: Aby odpowiedzieć na to pytanie muszę powiedzieć kilka słów o tym, czym jest hybrydowa sala operacyjna i o zespole tam pracującym. Jest to sala operacyjna wyposażona w urządzenia klasycznej kardiochirurgicznej sali operacyjnej oraz dodatkowo w pełnowymiarowy angiograf zintegrowany z najnowocześniejszym echokardiografem z możliwością obrazowania trójwymiarowego. Wszystkie urządzenia natomiast są spięte w jeden system wykorzystujący sztuczną inteligencję do kompilacji i obróbki obrazów uzyskanych ze wszystkich możliwych badań obrazowych, takich jak tomografia komputerowa, angiografia, rezonans magnetyczny, echografia i innych. Dzięki temu uzyskaliśmy możliwość połączenia wszystkich dostępnych technik

ciąg dalszy na s. 4

ciąg dalszy ze s. 3

chirurgicznych: małoinwazyjnych, przezskórnych i klasycznych operacji kardiologicznych. W każdej operacji hybrydowej bierze udział interdyscyplinarny zespół składający się z kardiologów, kardiologów, radiologów, anestezjologów, perfuzjonistów, instrumentariuszek i techników radiologicznych. W każdym momencie możemy skorzystać z bardzo szerokiego wachlarza możliwości diagnostycznych oraz wykorzystania wszystkich urządzeń stosowanych do klasycznej kardiologii, takich jak urządzenia do krążenia pozaustrojowego, wspomaganie serca, ECMO i wielu innych.

Obecnie jesteśmy w stanie naprawić lub zoperować w każdy dostępny na świecie sposób zastawkę mitralną, zastawkę trójdzielną czy zastawkę aortalną. Wybór metody w tej chwili jest uzależniony jedynie od stanu pacjenta. Wreszcie przestały nas ograniczać możliwości technologiczne. Jesteśmy w stanie zastosować opcję najbezpieczniejszą dla pacjenta. Możemy podjąć się bardziej ryzykownych zabiegów przezskórnych, bo wiemy, że zawsze mamy zabezpieczenie ewentualnego chirurgicznego leczenia. To jest sytuacja nie do przecenienia.

Kardiologia nie zajmuje się tylko sercem. Zajmujemy się również chorobami dużych naczyń, czyli tętniakami aorty. Sala hybrydowa pozwala na połączenie klasycznych operacji z operacjami endowaskularnymi. Daje możliwość wszczepiania stentgraftów łuku i innych części aorty. Bez sali hybrydowej nie byłoby to możliwe. Przy zastosowaniu nowych urządzeń jesteśmy w stanie zminimalizować konieczność użycia krążenia pozaustrojowego czy zupełnie z niego zrezygnować i uzupełnić klasyczną operację z otwarciem klatki piersiowej operacją endowaskularną. Coś co kiedyś polegało na chirurgicznej wymianie aorty, czyli otwarciu klatki piersiowej, wycięciu patologii naczyniowej i wszczepieniu protez, w tej chwili może być zastąpione wszczepieniem stentgraftu lub operacją hybrydową – klasyczną z równoczesnym leczeniem endowaskularnym. Zwiększyło to możliwości terapeutyczne. Patologie, które były nieoperacyjne, w tej

chwili są w zasięgu operacji kardiologicznej czy połączonej operacji klasycznej z operacją endowaskularną.

W tej chwili nasze możliwości terapeutyczne przypominają śnieżną kulę – każdy kolejny zabieg otwiera nowe horyzonty, uczy nas zastosowań technologii i wykorzystania w pełni otrzymanych urządzeń hybrydowej sali operacyjnej. Posiadanie najnowocześniejszej sali hybrydowej w Europie zmusza nas do opracowania całkowicie nowych standardów postępowania. Obecnie nie jesteśmy w stanie przewidzieć dokąd zaprowadzi nas nowa technologia i czego w najbliższym czasie się nauczymy.



W tej chwili nasze możliwości terapeutyczne przypominają śnieżną kulę – każdy kolejny zabieg otwiera nowe horyzonty, uczy nas zastosowań technologii i wykorzystania w pełni otrzymanych urządzeń hybrydowej sali operacyjnej. (...) Obecnie nie jesteśmy w stanie przewidzieć, dokąd zaprowadzi nas nowa technologia i czego w najbliższym czasie się nauczymy.

○ H.G.: Co zmieniło wybudowanie bloku operacyjnego?

W.P.: Jesteśmy w stanie technikami przezskórnymi naprawiać zastawki serca, wszczepiać protezy zastawek aortalnej i mitralnej. To jest zupełnie nowum, które dopiero wchodzi w zakres działania przezskórnego. Obecnie trwają bardzo intensywne prace nad wszczepialnymi protezami zastawek mitralnej i aortalnej. Zabiegi te moim zdaniem w przyszłości będą się bardzo szybko rozwijały. W podsumowaniu Krajowego Rejestru Operacji Chirurgicznych z 2022 roku byliśmy placówką, która w Polsce wszczepiła przezskórną największą liczbę zastawek aortalnych (TAVI). Jesteśmy ośrodkiem nastawionym na rozwój

i zastosowanie najnowszych technologii w kardiologii.

Dlatego też bardzo nam zależy na połączeniu lub zastąpieniu kardiologii klasycznej kardiologią jak najmniej inwazyjną a przez to bezpieczniejszą dla naszych pacjentów. Operacje bypassów wieńcowych czy operacje zastawek wykonujemy z mini dostępów – minitorakotomii, ministernotomii. W planach mamy również operacje robotyczne.

Bardzo istotną częścią naszej działalności chirurgicznej są operacje pacjentów z migotaniem przedsionków i z problemami związanymi z krwawieniem spowodowanym przez leki obniżające krzepliwość krwi. Z dostępu przez minitorakotomię jesteśmy w stanie klipsem od zewnątrz zamknąć uszko lewego przedsionka. W pewnych wyjątkowych wskazaniach, np. krwawieniach zagrażających życiu, po tym zabiegu możemy odstawić leczenie przeciwkrzepliwe. Procedura ta wydaje się jednak niedoceniana przez środowisko lekarskie. A jest to zabieg szybki i obciążony niewielkim ryzykiem.

○ H.G.: Czy to wszystko odbywa się na sławnej sali hybrydowej?

W.P.: Tak, ponieważ sala hybrydowa to miejsce, w którym, jeżeli wystąpi powikłanie, jesteśmy w stanie zadziałać natychmiast. Każde działanie medyczne niesie ze sobą ryzyko powikłań. A czas wdrożenia terapii ratunkowej jest najistotniejszym elementem powodzenia takiego zabiegu. Jeśli zabieg wykonywany jest na innym oddziale, pacjent musi zostać przewieziony na kardiologiczny blok operacyjny. Wykonując operacje na kardiologicznej sali hybrydowej, jesteśmy w stanie natychmiast podłączyć krążenie pozaustrojowe, otworzyć klatkę piersiową. Dlatego jest to najbezpieczniejsze miejsce do wykonywania tego typu procedur.

○ H.G.: Sale hybrydowe są w większości ośrodków chirurgicznych. Czym różni się sala w Pańskiej klinice?

W.P.: Nasza sala operacyjna to najnowocześniejsza sala hybrydowa na pewno w Polsce, a może też w Europie. Finanse, jakie dostaliśmy pozwoliły na zakup



Ołowiane ściany hybrydowej sali operacyjnej i montaż angiografu. Sala hybrydowa w trakcie wyposażania

najnowszego angiografu dedykowanego kardiologii wykorzystującego technologię sztucznej inteligencji i echonawigacji V generacji. Nasza sala pozwala nam na kompilację obrazów tomografii, rezonansu, echa i angiografii w czasie rzeczywistym, w trakcie zabiegu operacyjnego, z możliwością oznaczania struktur serca odpowiednimi markerami. Każda zaznaczona patologia serca jest widoczna we wszystkich projekcjach skanowania. Urządzenie pokazuje nam cel naszego działania i określa, jak do niego dotrzeć. Inne oddziały kardiologiczne również są wyposażone w hybrydowe sale operacyjne, ale nie na tym poziomie zaawansowania technicznego.

Nasza sala operacyjna wyposażona w najnowocześniejszy angiograf Philipsa, który prócz pełnego zakresu badań angiograficznych może wykonywać badanie tomograficzne. Jest bardzo bezpieczny, bo obniżono dawkę promieniowania o 80%. Jesteśmy w stanie prowadzić dużo dłuższe operacje bezpieczne dla pacjenta i dla personelu. Jest to urządzenie dedykowane dla kardiologii i ma największy zakres ruchu ramienia C. Możemy ustawiać go pod praktycznie dowolnym kątem. Otrzymaliśmy najnowocześniejsze zintegrowane echo serca. Ono jest spięte w jeden system i światłowodowo połączone z angiografem. Oba urządzenia komunikują się ze sobą i współpracują na zasadzie echonawigacji. Połączenie tych dwóch urządzeń pozwala



Sala operacyjna nr 2

na jednoczesne widzenie radiologiczne patologii i badania echograficznego serca. Na monitorach widzimy dwa oddzielne obrazy a dodatkowo możemy je na siebie nakładać. Można również importować inne badania, takie jak rezonans magnetyczny, tomografia komputerowa. Dzięki najnowocześniejszemu oprogramowaniu jesteśmy w stanie śledzić wnętrze serca, każdą najmniejszą patologię w każdym możliwym położeniu. Echografia podąża za obrazem radiologicznym, a radiologia podąża za obrazem echograficznym. Jest to niezwykle wysublimowany i pomocny w operacjach system. Sztuczna inteligencja pomaga nam wyciągnąć z tych obrazów najbardziej potrzebne informacje. Możliwość są nieprawdopodobne.

🗨 H.G.: Czy Pański zespół pracował wcześniej na takim sprzęcie?

W.P.: To urządzenie pojawiło się dopiero teraz i zaczynamy się go uczyć. Do tej pory w rankingach oceniano naszą klinikę jako jedną z najczęściej stosujących nowe technologie. Urządzenie na którym obecnie pracujemy jest dla nas wielką niewiadomą. Nie ma się od kogo uczyć wykorzystania wszystkich jego możliwości, bo nikt tego do tej pory takiego nie miał. My dopiero zaczynamy opracowywać standardy postępowania. Specjaliści z Philipsa uważają, że warto u nas stworzyć ośrodek referencyjny, gdzie będziemy uczyć ludzi z całej Europy.

H.G.: Jak widać docenili jakość zespołu Kliniki Kardiologii. Czy w związku z coraz lepszymi możliwościami można się spodziewać coraz bardziej zaawansowanych operacji wykonywanych w nowej sali?

W.P.: Oczywiście. Podam przykład z operacjami TAVI, czyli przeszskórnego wszczepienia zastawki aortalnej. Te operacje początkowo były dedykowane pacjentom zdyskwalifikowanym z zabiegu klasycznego (z zatrzymaniem akcji serca i podłączeniem krążenia pozaustrojowego). W tej chwili mamy pacjentów stuletnich, którzy wychodzą ze szpitala po kilku dniach.

Zaczynamy łączyć zabiegi przeszskórne i małoinwazyjne. W ten sposób poszerzamy zakres zabiegów, obniżając ryzyko operacyjne. Zaczynamy operować pacjentów wcześniej dyskwalifikowanych z powodu zbyt wysokiego ryzyka. Wszystko to dzięki nowym technologiom i nowym możliwościom operacyjnym.

🗨 H.G.: Czy można się spodziewać, że będziecie dokonywać pionierskich operacji?

W.P.: Myślę, że tak, ale nie chcę o tych planach mówić na razie. Zanim o naszych pomysłach opowiemy, chciałbym, aby przeszły fazę doświadczalną, potem zostały zaakceptowane przez Komisję Bioetyczną czy są potrzebne, bezpieczne i dobre dla naszych pacjentów.

ciąg dalszy na s. 6

ciąg dalszy ze s. 5

H.G.: Czy to prawda, że nowo zbudowany blok oprócz zaawansowania technicznego ma również wyjątkowe właściwości estetyczne?

W.P.: Tak. Ten blok jest po prostu piękny. Chcieliśmy pochylić się nad redukcją stresu pacjenta przy wjeździe na nieznaną teren sali operacyjnej. Nie chcieliśmy, by pacjenta witały zimne mury i bezduszne maszyny. Kiedy pacjent wjeżdża na salę słyszy łagodną muzykę, widzi podświetlone zdjęcia pięknych krajobrazów, na monitorach mogą pływać delfiny albo pojawić się zdjęcia gór czy lasu. To wszystko jest nastawione na redukcję obciążenia psychicznego, wielkiego stresu, jaki pacjent odczuwa, wjeżdżając na salę, gdzie za chwilę będzie poddany operacji. Od wielu lat dbamy o to, by pacjenci czuli się dobrze. Chcemy, żeby wiedzieli, że jesteśmy dla nich i jak ważne jest dla nas ich dobre samopoczucie.

Chciałbym również tę dzisiejszą rozmowę wykorzystać do tego, aby podzielić się informacją o nowych możliwościach terapeutycznych z kardiologami, internistami, lekarzami pierwszego kontaktu i lekarzami wszystkich innych specjalności. Nowe technologie, które jesteśmy w stanie zaproponować pacjentom nie trafią do nich, jeśli chorzy nie zostaną do nas skierowani. Bardzo byśmy chcieli, aby koleżanki i koledzy

wszystkich specjalności konsultowali z nami każdy problem, w którego rozwiązaniu moglibyśmy pomóc. Jesteśmy do dyspozycji 24 godziny na dobę, siedem dni w tygodniu. Czekamy na Państwa pytania i zgłoszenia. Numery telefonów kontaktowych do sekretariatu Kliniki Kardiologii to +48 52 5854700 lub +48 781 446 731, e-mail: kardiologia.bydgoszcz@gmail.com

H.G.: Remont obiektu był ogromnym przedsięwzięciem. Skąd pochodziło wsparcie dla projektu?

W.P.: Chciałbym podkreślić, że przebudowa odbyła się w głównej mierze dzięki ogromnemu zaangażowaniu Urzędu Marszałkowskiego, który z empatią przyjrzał się potrzebom pacjentów i wsparł finansowo ten projekt, pomimo faktu że szpitale uniwersyteckie są finansowane z Ministerstwa Zdrowia. Z administracyjnego punktu widzenia cele naszego szpitala nie są celami Urzędu Marszałkowskiego. Marszałek Piotr Całbecki, dyrektor Barbara Jesionowska z Urzędu Marszałkowskiego, wszyscy urzędnicy niesamowicie nas wspomagali. Jesteśmy im niezmiernie wdzięczni i bardzo dziękujemy w swoim imieniu i wszystkich naszych pacjentów.

Otrzymaliśmy z Urzędu Marszałkowskiego blisko 18 milionów złotych, natomiast szpital dołożył do remontu około 3 milionów złotych. Na realizację projektu mieliśmy

tylko trzy miesiące. Dyrektor Szpitala dr n. o zdr. inż. Jacek Kryś wykazał się wielką determinacją i odwagą, zgadzając się na te warunki i podpisując umowę mimo ryzyka utraty finansowania. To jest coś, co nie zdarza się często. Gdyby nie udało nam się wydać tych pieniędzy w trzy miesiące, to szpital byłby zadłużony na 20 milionów złotych. Zakres robót był gigantyczny. Praktycznie wszystko zostało wyburzone, zostały tylko ściany zewnętrzne. Budowa obejmowała wszystkie elementy bloku począwszy od klimatyzacji, a skończywszy na najmniejszym kabelku. W trzy miesiące wybudowaliśmy na nowo cały blok operacyjny o powierzchni blisko 1600 mkw. Nie chodzi tylko o jedną salę hybrydową, która powstała w ramach tej przebudowy. Mamy całkowicie nowy cały blok operacyjny z całym zapleczem: salę hybrydową, salę klasyczną, salę pooperacyjną, system magazynowy, serwerownię, system gazowy.

To wszystko jednak nie udało się bez bardzo wielkiego zaangażowania firmy budowlanej, która wygrała przetarg na budowę, Konsorcjum Philips – NowBud Radosława Nowakowskiego. Byli nieprawdopodobnie zaangażowani w pracę. Wszyscy wiedzieli, że stawka jest ogromna. Nigdy nie spotkałem firmy, która tak wczuła się w sytuację tworzenia wspólnego dobra.

O budowie sali hybrydowej myśleliśmy od dłuższego czasu, od przynajmniej 3 lat oglądaliśmy bloki operacyjne w różnych ośrodkach, żeby podpatrywać najlepsze rozwiązania. Bez tej wiedzy i pomysłu pewnie tak nowoczesny ośrodek by nie powstał.

Rozmawiała Hanna Gołata

Dr hab. med. Wojciech Pawliszak, prof. UMK – od 2003 roku związany z Kliniką Kardiologii Szpitala Uniwersyteckiego nr 1 im. dr Antoniego Jurasza w Bydgoszczy oraz Katedrą Kardiologii Collegium Medicum UMK im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy. Od 2019 roku kierownik Kliniki i Katedry Kardiologii.



Świętowanie otwarcia bloku operacyjnego po remoncie



COBIK NIL

„Rozwój osobisty to proces zmian, który trudno jest zatrzymać”. Wywiad z lek. Agnieszką Sawicką o szkoleniach i ofercie COBIK

Naczelna Izba lekarska oferuje lekarzom i lekarzom denty stom z całej Polski darmowe szkolenia w formie warsztatów i webinarów. Każdego miesiąca odbywa się nawet kilkadziesiąt spotkań edukacyjnych zarówno on-line, jak i stacjonarnych. Lek. Agnieszka Sawicka, pediatra z naszego regionu, od wielu lat bierze udział w tych szkoleniach, a niedawno wystąpiła również w roli wykładowcy. W rozmowie z Hanną Gołątą opowiedziała m.in. o tym, czego można się nauczyć dzięki COBIK oraz o trudnym momencie w karierze zawodowej, który popchnął ją do doskonalenia umiejętności komunikacyjnych.

🗨 Wyjaśnijmy na samym początku wywiadu, co to jest COBIK?

W 2022 roku Ośrodek Doskonalenia Kadr Medycznych Naczelnej Izby Lekarskiej został przekształcony w Centralny Ośrodek Badań, Innowacji i Kształcenia (COBIK NIL). W ramach COBIK utworzono 3 nowe komórki: Ośrodek Kształcenia, Ośrodek Badań i Analiz, Centrum Innowacji i Telemedycyny. Od zeszłego roku działam w Ośrodku Kształcenia.

🗨 Na czym polegają działania Ośrodka?

Przede wszystkim są to szkolenia lekarzy. Obecnie oferta jest bardzo szeroka, ale jeszcze około 10 lat temu była ona bardzo skąpa. Ośrodek organizował wtedy tylko kilka szkoleń stacjonarnych w miesiącu; odbywały się po prostu rzadko. W okresie pandemii był przestój. Kiedy po pandemii

ciąg dalszy na s. 8

ciąg dalszy ze s. 7

COBIK powstał i rozrósł się, stworzył dużą ofertę szkoleń stacjonarnych w Warszawie i webinarów online. Centrum Innowacji co tydzień prowadzi dwugodzinne webinary, a szkolenia stacjonarne są kilkakrotnie w miesiącu.

○ **Czy są to przede wszystkim szkolenia z umiejętności miękkich czy z twardych również?**

Różne. I takie, i takie. Są szkolenia merytoryczne, medyczne, na przykład pakiet szkoleń z neurofizjologii, był webinar w temacie otyłości u dzieci czy w zakresie szczepień dla dorosłych, omawiający najnowsze przepisy i rekomendacje. Są webinary dotyczące leczenia jak np. leczenie bólu ostrego w gabinecie POZ. W ofercie COBIK są także webinary poruszające zagadnienia związane z organizacją systemu ochrony zdrowia, np. „Wskaźniki jakości w ochronie zdrowia” albo prowadzone przez prawnika szkolenie „Jak bezpiecznie przejść kontrolę praktyki”. Regularnie pojawiają się webinary dotyczące innowacji w medycynie, jak np. ostatnio odbyło się szkolenie dla osób, które budują nowe lub modernizują swoje istniejące miejsce pracy.

○ **Wiem, że jest Pani zarazem słuchaczem, jak i wykładowcą...**

Tak. Od lat korzystam ze szkoleń Ośrodka, a od zeszłego roku zadebiutowałam tam również jako wykładowca. W zeszłym roku prowadziłam szkolenia w tematach „Rozwój zawodowy i osobisty lekarza, rola treningu medycznego”, „Dlaczego z niektórymi pacjentami trudno się porozumieć i jak to zmienić”, „Kiedy pacjent chce obejść zasady do własnego celu”. Ten ostatni to był bardzo interesujący temat, bo podczas dyskusji w grupie pojawiły się wnioski, że częściej to sami lekarze próbują obejść system dla dobra pacjenta. System obchodzimy tak samo sprawnie, jak pacjenci, tylko może nawet i częściej.

Moja działalność w COBIK odbywa się w ramach członkostwa w Polskim Towarzystwie Komunikacji Medycznej (PTKM). Między prof. Aldoną Katarzyną Jankowską, prezesem PTKM a COBIK, zostało zawiązane porozumienie, w ramach

którego PTKM zaplanowało kilka szkoleń, ja byłam tylko jedną z osób, które prowadziły wykłady.

○ **Czy ma Pani w planach kontynuowanie swoich wykładów?**

Trudno mi powiedzieć. Jeśli będzie zainteresowanie ze strony COBIK, to tak, choć w mniejszym stopniu zaangażowania. Wyjazdy do Warszawy unieruchamiają mnie na cały dzień, czasem półtora, co nie ukrywam, jest utrudnieniem w codziennej pracy. Z drugiej strony to zajęcie przynosi mi nie tylko poczucie satysfakcji, ale też traktuję je rozwojowo, za sprawą informacji zwrotnej, jaką otrzymuję od uczestników na swój temat.

○ **Czy po ukończonym szkoleniu słuchacz otrzymuje jeszcze jakiś certyfikat?**

Oczywiście. Po każdym szkoleniu dostajemy certyfikat i punkty edukacyjne dla uczestników. To naprawdę dobry sposób na zebranie obowiązkowych punktów edukacyjnych, a przypominę, że w ciągu całego okresu rozliczeniowego, który trwa 4 lata od dnia uzyskania pełnego prawa wykonywania zawodu, każdy lekarz i lekarz dentysta powinien uzyskać ich co najmniej 200. Średnio wychodzi nam 1 punkt za 1 godzinę spotkania. Warto o to powalczyć.

○ **Kto jeszcze jest wśród prelegentów?**

Są to osoby na stałe współpracujące z COBIK. Wśród nich znajdziemy psychologów, prawników, inżynierów oraz liczne grono lekarzy, jak np. pediatra Jakub Chwiećko, regularnie prowadzący webinary na temat innowacji w medycynie. Dobrze wspominam też warsztaty stacjonarne z psycholog Joanną Zawadowską, która prowadzi warsztaty z odporności na stres czy zapobiegania wypaleniu zawodowemu.

○ **Czy wiele osób z naszego regionu korzysta oferty COBIK?**

Nie, bardzo niewiele. Kiedy pojechałam na szkolenie po raz pierwszy, zorientowałam się, że można pojechać na takie szkolenie rano i wrócić jeszcze tego samego dnia. Szkolenia stacjonarne odbywają

się w godzinach od 9:00–15:00. Rozkład pociągów jest taki, że z dziesięciominutowym opóźnieniem można dojechać na wykłady do Warszawy, a o 16:20 jest powrotny do Bydgoszczy. Każdy wykroi jeden dzień na coś takiego. Niektóre warsztaty są bardzo dobre. Pamiętam kilka szkoleń szczególnie dobrze. Na przykład zajęcia ze znaną psycholog Hanną Hamer, na temat asertywności. Były to najlepsze ćwiczenia praktyczne, jakich kiedykolwiek doświadczyłam. Były też wykłady z prezentacji publicznych, gdzie dwoje prowadzących nas nagrywało, potem oglądaliśmy swoje własne wystąpienia i dawaliśmy sobie feedback. Zastanawiam się, dlaczego lekarze z Bydgoszczy na to nie jeżdżą. Pytałam swoich znajomych, ale wydaje mi się, że ta podróż ich przerasta. Z wykładów korzystają głównie osoby z Warszawy i miejscowości ościennych.

○ **Jak wygląda typowy dzień szkolenia?**

Z reguły muszę wstać przed czwartą rano, żeby zdążyć na pociąg; ostatnio, z racji własnego lenistwa, wyjeżdżam dzień wcześniej i spędzam noc w Warszawie. Na szkolenie do COBIK dojeżdżam na godz. 9:00. Początek szkolenia to zazwyczaj zapoznanie się uczestników. Z jednej strony jest to wartościowa część, buduje zaufanie w grupie, z drugiej strony, widzę, jak trudno nam czasem mówić o sobie przed audytorium. W COBIK-u nigdy nie brałam udziału w szkoleniu typu wykład, nie jestem pewna, czy wykłady stacjonarne się zdarzają. Doceniam za to możliwość interakcji. Prowadzący są zawsze zaangażowani i prowadzą zajęcia w formie warsztatowej wymagającej aktywnego udziału uczestników. W ten sposób wynosi się więcej korzyści dla siebie.

Szkolenia trwają do godz. 15:00, w tym czasie są jedna lub dwie przerwy kawowe i jedna dłuższa przerwa lunchowa. Dla mnie to ważne, że organizator pamięta, aby zapewnić uczestnikom ciepły posiłek.

Zawsze dostajemy materiały do pracy własnej albo co najmniej wydrukowane slajdy z prezentacji, aby łatwiej był przywołać materiał opanowany na szkoleniu. Ja zazwyczaj zaglądam do nich w pociągu, bo wiem, że jak trafią na półkę między

książki, to nieprędko do nich wrócę. Dzień szkoleniowy jest dla mnie długi, w Bydgoszcy jestem z powrotem około 20:00.

🗨 **Widać, że jest Pani wielką entuzjastką dokształcania się, szczególnie w dziedzinie rozwoju osobistego. Dlaczego?**

Po roku spędzonym na specjalizacji z medycyny sądowej zdecydowałam się ją zmienić na pediatrię, lecz aby zgrać to w czasie, przez kilka miesięcy pracowałam w POZ. Dyżurowałam często w nocnej pomocy lekarskiej. Pewnego dnia na dyżur przyszli rodzice z kilkuletnim dzieckiem. To dziecko miało infekcję wirusową przebiegającą z wysoką gorączką. To, co usłyszałam od matki tamtego dziecka, na długo wzbudzało we mnie złość. Najbardziej na to, że nie wiedziałam, jak mam reagować. Na absurdalne żądania, typu proszę dziecko zlecić tetracyklinę dożylnie, z jednej strony miałam oczywistą odpowiedź „nie”, i krótkie wyjaśnienie, że nie zamierzam popełniać błędu w sztuce. Ale z drugiej strony była to złość na mnie samą, że wdaję się w zbędną dyskusję, ale nie umiem pokierować rozmową tak, aby zakończyła się szybko i konkretnym rozwiązaniem problemu. W dodatku zaczęłam wątpić we własne decyzje i podważać swoją wiedzę. Miałam wrażenie, że zostały mi tylko przekonania, bo już nie byłam pewna wiedzy. Doświadczenia miałam za mało. Taką wizytę pamięta się przez wiele lat. I to poczucie porażki także. Obiecałam sobie wówczas, że zrobię wszystko, co będę mogła, aby zwiększyć moje kompetencje, zwiększyć decyzyjność i nauczyć się rozmawiać z ludźmi. Moje pierwsze doświadczenia w zawodzie nauczyły mnie bardziej dbałości o dokumentację, sekcji zwłok i wypowiedzi przed sądem, niż rozmowy z ludźmi. Dałam sobie czas. I umówiłam się ze sobą, że jeśli to zadanie mnie przerośnie, rezygnuję z zawodu. To był mój pierwszy poważny kryzys zawodowy. Do dziś uważam, że umiejętności komunikacyjne są kluczowe w zawodzie lekarza.

🗨 **Co Pani zrobiła, aby ten kryzys przejść?**

Pierwsze kroki skierowałam na najbliższe szkolenie – to był cykl warsztatów

w BIL, które wówczas prowadziła prof. Janowska, w towarzystwie psychologa lub prawnika. Po pewnym czasie dowiedziałam się o szkoleniach w Ośrodku Doskonalenia Kadr Medycznych przy NIL i co jakiś czas jeździłam do Warszawy. Zdobywanie tych doświadczeń było dla mnie przyjemnością, lecz na pewnym etapie mi to nie wystarczyło. Zaczęłam uczyć się komunikacji w innych branżach, aż doszłam do studiów podyplomowych w dziedzinie coachingu, zaś tuż po nich do nauki medical coachingu, który skupia się wokół osób chorych przewlekle, wypalonych zawodowo i na coachingu kadr medycznych. Rozwój osobisty to proces zmian, który trudno jest zatrzymać. I choć czasem stawia trudne wyzwania, to jest to w gruncie rzeczy przyjemne i przynosi wiele satysfakcji.

🗨 **Czy korzystała Pani kiedyś ze szkoleń stricte medycznych organizowanych przez COBIK? Jeśli tak, jakie były wrażenia?**

Nie. Zawsze korzystam ze szkoleń w zakresie kompetencji społecznych, aspektów prawnych i komunikacyjnych.

Jestem pediatrą i szkolenia w zakresie pediatrii są dla mnie łatwo dostępne zarówno w ramach konferencji pediatrycznych, jak i spotkań Oddziału Bydgoskiego Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego. To czego oczekuję od COBIK, to szkoleń, które pokażą mi, jak ja jako pediatra albo jako lekarz rodzinny mogę współpracować z pacjentami czy innymi specjalistami w ochronie zdrowia i jak ja mogę jako lekarz zadbać o siebie. Szkolenia, w których biorę udział są ponad specjalizacjami.

—
Rozmawiała Hanna Gołata

lek. Agnieszka Sawicka, specjalista pediatrii, dyplomowany coach w trakcie certyfikacji medical coaching, założycielka podmiotu leczniczego „Gabinet dla Dzieci”, absolwentka studiów podyplomowych z zarządzania w ochronie zdrowia oraz Akademii Professional Coaching, lider sekcji ds. codziennej praktyki Polskiego Towarzystwa Komunikacji Medycznej, sekretarz KML w BIL.



**AKTUALNE KURSY I SZKOLENIA
OFEROWANE PRZEZ OŚRODEK KSZTAŁCENIA**



**Ośrodek
Kształcenia
COBIK NIL**



Prezes ORL BIL Aleksandra Śremska

Prezes BIL na „Liście Stu”

„Puls Medycyny” ogłosił wyniki prestiżowego rankingu „Lista Stu”. Na 92. miejscu zestawienia najbardziej wpływowych osób w polskim systemie ochrony zdrowia znalazła się prezes Okręgowej Rady Lekarskiej Bydgoskiej Izby Lekarskiej lek. Aleksandra Śremska. Została wyróżniona w ten sposób po raz pierwszy.

Laureatka poproszona o komentarz do otrzymanego wyróżnienia powiedziała:

„Moją debiutancką obecnością na »Liście Stu« odbieram jako wyraz dostrzeżenia efektów mojej pracy na rzecz środowiska lekarskiego. Jest to także wyróżnienie dla tych wszystkich osób, które od lat dostrzegają we mnie pasję, wierzą w moje umiejętności, nieustannie wspierają i współpracują ze mną w wielu projektach. Jestem im za to bardzo wdzięczna, gdyż bez nich nie miałabym tyle determinacji na trudnej ścieżce dążenia do ciągłego rozwoju.

To wyróżnienie to dla mnie przede wszystkim dodatkowa motywacja do dalszej ciężkiej pracy. Każdy sukces traktuję jako kolejne zobowiązanie do stałego

poszerzania kierunków, zakresów i obszarów podejmowanych przeze mnie działań, wyznaczania sobie nowych celów do realizacji.

Uwielbiam swoją pracę przepełnioną ideą i wizją budowania lepszej przyszłości, jestem otwarta na nowe wyzwania i to jest klucz mojego rozwoju. Kiedy naprawdę kochamy to, co robimy, mamy więcej odwagi do podejmowania wpisanego w każdy rozwój ryzyka, łatwiej nam utrzymać motywację i wytrwałość, nawet w trudnych momentach, a nasza kreatywność i innowacyjność są o wiele większe”.

Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej lek. Łukasz Jankowski zajął 7. Miejsce na „Liście stu”, czym powtórzył zeszłoroczny sukces. Jest to już kolejne

docenienie jego roli w systemie ochrony zdrowia w tym roku. Prezes NRL w styczniu otrzymał tytuł Lidera Roku 2023 w Ochronie Zdrowia w kategorii Osobowość Roku w konkursie Sukces Roku organizowanego przez Wydawnictwo Termedia.

Wśród tegorocznych laureatów zestawienia znaleźli się także inni przedstawiciele samorządu lekarskiego:

- 17. Paweł Grzesiowski,
- 29. Jakub Kosikowski – plus wyróżnienie „Promotor wiedzy”,
- 53. Piotr Pisula,
- 54. Artur Drobnik,
- 56. Damian Patecki,
- 60. Michał Bula,
- 94. Klaudiusz Komor.

Osobą mającą największy pozytywny wpływ na system ochrony zdrowia w Polsce już po raz trzeci ogłoszony został wiceminister zdrowia Maciej Miłkowski, a zaraz za nim dr hab. n. med. Agnieszka Mastalerz-Migas, prof. UMW. Za najbardziej wpływową osobą w polskiej medycynie jury uznało prof. Macieja Banacha.

Plebiscyt „Lista Stu” odbył się po raz 21. Kapituła rankingu „Lista Stu” zmienia się co roku; w tym roku kandydatów oceniało 45 ekspertów.

Opracowała Hanna Gołata

„3 średnie dla wszystkich”

Minister zdrowia Izabela Leszczyna w lutym br. w wywiadzie dla Programu 3 Polskiego Radia oświadczyła: „Jestem gotowa trzy średnie krajowe podpisać nawet dzisiaj, jeśli lekarze będą pracować na umowie o pracę, a nie na kontraktach”, czym wywołała dyskusje w całym kraju.

Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy o takie wynagrodzenie postulował już w 2007 roku. Przez 17 lat wiele się w systemie ochrony zdrowia zmieniło. Miały miejsce protesty lekarzy rezydentów oraz zawodów medycznych, w których pomimo licznych dyskusji, spotkań i starań nie udało się uzyskać nawet postulowanej 2,5-krotności średniej krajowej dla specjalisty.

Aktualnie, w znowelizowanej w 2022 roku ustawie o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych, minimalne (czyli najczęściej ustalone) wynagrodzenie lekarza ze specjalizacją, zatrudnionego na podstawie umowy o pracę wynosi 1,45 średniej krajowej.

Sama minister jednak stwierdziła: „Mamy ustawę o minimalnym wynagrodzeniu w zawodach medycznych. Tabela, która określa wskaźniki, jest dosyć nieszczęśliwie ułożona i ona od początku nie zyskała akceptacji różnych zawodów medycznych. Trzeba jednak pracować”.

Przewodnicząca Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy Grażyna Cebula-Kubat mimo wszystko pozytywnie odniosła się do propozycji ministerstwa zdrowia: „Bardzo cieszy nas propozycja spełnienia wieloletniego postulatu OZZL. Zróbmy to razem. Umowy o pracę to również powrót do przepisów Kodeksu pracy. Skończmy ze stanem nadzwyczajnym wprowadzonym z okazji pandemii COVID. Lekarz powinien mieć prawo do urlopu i normowanego czasu pracy jak każdy inny obywatel”.

Warto zastanowić się, czym kierowany jest ten gest dobrej woli ze strony ministerstwa zdrowia. W marcu OZZL opublikował

na platformie „Lekarze – oferty pracy” (LOP) raport stawek oferowanych za pracę lekarzy za zeszły rok.

„Lekarze – oferty pracy” to istniejąca od 2016 roku platforma wymiany ofert i informacji dotyczących pracy dla lekarzy. Stworzona i prowadzona przez lekarzy rezydentów w kontekście protestów z 2016 roku. Funkcjonuje na platformie Facebook. Obecnie społeczność LOP liczy już ponad 34 tys. lekarzy i pracodawców.

Raport OZZL wykazał, że średnia stawka godzinowa lekarza w Polsce w 2023 roku wyniosła 198,29 zł/h. Patrząc natomiast na województwo kujawsko-pomorskie, średnia w 2023 roku wyniosła 183,77 zł/h. Jest to niestety wartość uśredniona, a przecież duże znaczenie ma specjalizacja, wycena procedur i stawka kapitacyjna POZ. Widelki wahają się od najniższego wynagrodzenia, tj. około 110 zł/h dla specjalistów chorób wewnętrznych do maksymalnych 540 zł/h dla specjalizacji zabiegowych.

Przy tak dużych różnicach w wynagrodzeniu postulowanie o ujednoczenie stawek jak najbardziej ma dla Ministerstwa Zdrowia sens ekonomiczny, ponieważ dyrektorzy ośrodków medycznych i szpitali proponują coraz większe stawki tylko po to, aby zabezpieczyć świadczenia medyczne. Aktualnie to forma zatrudnienia i rynek pracownika w wielu miejscach pozwala części specjalistów negocjować bardzo dobre warunki finansowe. Zrównanie wynagrodzeń prawdopodobnie pozwoliłoby w znacznym stopniu zredukować koszty personelu medycznego w wielu jednostkach medycznych.

Z drugiej jednak strony uregulowane najniższego wynagrodzenia do 3 średnich krajowych w znacznym stopniu poprawi



MICHAŁ WOJCIECHOWSKI
WICEPREZES BIL,
CZŁONEK NRL, WETERAN
PROTESTÓW LEKARZY,
DZIAŁACZ OZZL

sytuację tych najślabiej opłacanych lekarzy, pracujących na umowie o pracę o współczynniku 1,45 średniej krajowej.

Wychodząc naprzeciw oczekiwaniom całej grupy zawodowej, Zarząd Krajowy OZZL wystosował pismo do ministerstwa zdrowia, w którym zaznaczył, że trzykrotna średnia powinna być wprowadzona, ale nie może być przymusu co do formy zatrudnienia.

Znając realia systemu i braki kadrowe, aktualnie niemożliwe wydaje się wprowadzenie jednej formy zatrudnienia wśród tak szerokiej i różnorodnej grupy zawodowej, jaką są lekarze, i to tylko w formie jednej umowy o pracę. Skutkowałoby to natychmiastowym paraliżem systemu ochrony zdrowia.

Jednakże proponowana przez OZZL hybryda w znacznym stopniu poprawiłaby sytuację finansową wielu lekarzy i może nawet spowodować odpływ specjalistów z sektora prywatnego i ich napływ do sektora państwowego, dzięki istotnemu wzrostowi wynagrodzenia oraz atutu umowy o pracę.

W jakim kierunku zmierza ministerstwo i czy jest to realna propozycja, przekonamy się niebawem... (w mojej ocenie niestety nie). Nie należy jednak zapominać, że poza wynagrodzeniem istotne są również warunki pracy, o których zbyt wiele się nie mówi.



Członkowie Komisji Etyki Lekarskiej Bydgoskiej Izby Lekarskiej na konferencji w Gdańsku, podczas której omówiono propozycje zmian w KEL, październik 2023 roku. Od lewej: Grzegorz Liczner, Łukasz Kafarski, Zofia Parszyk, Paweł Wojciechowski, Łukasz Parszyk, Przemysław Sądel

Zmiany w Kodeksie Etyki Lekarskiej już w maju

Nadchodzi nowelizacja w Kodeksie etyki lekarskiej. Działacze Bydgoskiej Izby Lekarskiej włączyli się do prac nad zmianami. Przewodniczący Komisji Etyki Lekarskiej Bydgoskiej Izby Lekarskiej dr n. med. Grzegorz Liczner podsumowuje dotychczasowe postępy.

Z inicjatywy Komisji Etyki Lekarskiej NIL jak również organizacji zrzeszających lekarzy i lekarzy dentystów podjęto prace nad zmianami w Kodeksie etyki lekarskiej, których głównym celem jest utrzymanie wizerunku zawodu lekarza, wobec narastających wyzwań w polityce zdrowotnej kraju i oczekiwań pacjentów. W lutym zakończono zbieranie komentarzy i opinii na temat zmian zaproponowanych w KEL, o których dyskutuje się od kilku lat. Należy nadmienić, że Kodeks etyki lekarskiej jest dokumentem definiującym

zawód lekarza wieloaspektowo. W związku z tym proponowane zmiany będą niosły ze sobą liczne konsekwencje, co wydaje się oczywiste, ale nie dla wszystkich. Pytanie brzmi: czy zmiany powinny nieść ze sobą konsekwencje, czy zmiany muszą spowodować konsekwencje?

PO CO PRZEPROWADZAĆ NOWELIZACJĘ?

Kodeks etyki lekarskiej po raz ostatni nowelizowano w 2003 roku. Ówczesne poprawki nie przewidywały zmian, które zaszły w polskiej medycynie przez ostatnie 20 lat, zwłaszcza w zakresie zachowań lekarzy pełniących funkcje w instytucjach państwowych, samorządowych lub prywatnych, w kwestiach odpowiedzialności zawodowej, teleporad czy autoreklamy. Biorąc pod uwagę tempo zmian, jak również postępy w cyfryzacji, które przekładają się na jakość świadczeń udzielanych przez lekarzy i lekarzy dentyków oraz zagrożenia jakie ze sobą niosą, nowelizacja Kodeksu etyki lekarskiej wydaje się uzasadniona.

W interesie środowiska lekarskiego jest zapewnienie świadczeń na jak najwyższym poziomie, poprzez stosowanie metod, które nie naruszają dóbr osobistych i moralnych pacjentów, lekarzy i całego społeczeństwa. Aby ten warunek został spełniony, konieczne jest jasne i precyzyjne zdefiniowanie zasad postępowania etyczno-deontologicznego, stworzenie odpowiednich regulacji prawnych oraz narzędzi służących do egzekwowania należytego wykonywania zawodu lekarza i lekarza dentydy.

KOMISJA ETYKI LEKARSKIEJ BIL WŁĄCZYŁA SIĘ DO PRAC

Nad zmianami w Kodeksie etyki lekarskiej Komisja Etyki Lekarskiej Bydgoskiej Izby Lekarskiej współpracuje z Okręgowymi Izbami Lekarskimi w Polsce oraz Naczelną Izbą Lekarską od samego początku. Proponowane zmiany zostały przedstawione i omówione w październiku ubiegłego roku podczas konferencji pt. „Rozmowy o etyce – Kodeks Etyki Lekarskiej, reklama, psychiatria” w Gdańsku, w której

udział wzięli wszyscy członkowie Komisji Etyki Lekarskiej Bydgoskiej Izby Lekarskiej, jak również okręgowy rzecznik odpowiedzialności zawodowej. W konferencji wzięli udział delegaci lekarskich oraz przedstawiciele samorządu adwokackiego, którzy poczynili już zmiany w swoim kodeksie etyki z uwzględnieniem dyrektyw unijnych.

Zdefiniowano wstępne brzmienie nowych artykułów, które dotyczą autoreklamy, teleporady i zasad wypisywania recept. Ostateczny kształt znowelizowanego Kodeksu etyki lekarskiej zostanie przedstawiony w Gazecie Lekarskiej lub „Primum” po zakończeniu prac Komisji Etyki Lekarskiej NIL. Zmiany zostaną poddane głosowaniu na Nadzwyczajnym XVI Krajowym Zjeździe Lekarzy w dniach 16–18 maja 2024 roku w Łodzi.

HISTORIA KODEKSU

Obowiązujący obecnie Kodeks etyki lekarskiej został uchwalony pierwotnie przez Nadzwyczajny II Krajowy Zjazd Lekarzy 14 grudnia 1991 roku. Od tego czasu uległ dwukrotnej nowelizacji – w 1993 roku na III Krajowym Zjeździe Lekarzy oraz w 2003 roku na Nadzwyczajnym VII Krajowym Zjeździe Lekarzy. Dokument ten ustanawia zasady postępowania lekarzy i lekarzy dentyków w Polsce zarówno w pracy zawodowej, jak i w stosunkach z pacjentami, innymi lekarzami oraz resztą społeczeństwa.

W obecnym kształcie składa się z części ogólnej i szczegółowej, zawierającej łącznie 78 artykułów przyporządkowanych do sześciu rozdziałów. Obowiązkiem każdego lekarza i lekarza dentydy jest stosowanie i przestrzeganie zasad zawartych w Kodeksie etyki lekarskiej pod rygorem odpowiedzialności zawodowej. Zasady etyki lekarskiej obowiązujące w Europie i w wielu innych krajach na świecie wywodzą się od praw spisanych przez greckiego lekarza Hipokratesa w V w. p.n.e.

Za pierwszy kodeks powstały na ziemiach polskich uznaje się ogłoszone drukiem w 1876 roku w zaborze austriackim „Uchwały Towarzystwa Lekarzy galicyjskich w przedmiocie obowiązków lekarzy względem swych kolegów i zawodu



lekarskiego w ogóle”. W 1925 roku Sekcja Stomatologiczna XII Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich opublikowała „Kodeks Deontologii Dentystycznej”. Powołane w 1921 roku izby lekarskie przyjęły na walnym zebraniu Naczelnej Izby Lekarskiej w 1935 roku „Zbiór zasad deontologii lekarskiej”. W 1936 roku wydano natomiast „Kodeks Lekarski”.

Po rozwiązaniu izb lekarskich w 1952 roku nad zasadami etyczno-deontologicznymi pracowało Polskie Towarzystwo Lekarskie, które w 1967 roku wydało „Zbiór Zasad Etyczno-Deontologicznych Polskiego Lekarza”. Po reaktywacji izb lekarskich w 1989 roku, podczas Nadzwyczajnego II Krajowego Zjazdu Izb Lekarskich odbywającego się w 1991 roku, przyjęto obowiązujący do dziś „Kodeks Etyki Lekarskiej”.

Grzegorz Liczner

dr n. med. Grzegorz Liczner – przewodniczący Komisji Etyki Lekarskiej Bydgoskiej Izby Lekarskiej, asystent w Klinice Chorób Wewnętrznych 10. Wojskowego Szpitala Klinicznego z Polikliniką w Bydgoszczy, adiunkt w Katedrze Farmakologii i Terapii Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu.

OPINIA PRAWNA

Czy można legalnie pobierać opłaty za nieodbyte wizyty?

Nieodbyte wizyty są zmorą placówek medycznych. Lekarze szukają różnych sposobów na ich zmniejszenie. Jednym z rozwiązań jest pobieranie opłaty od pacjenta w przypadku, kiedy nie stawili się w gabinecie bez odwołania wizyty. Czy taka praktyka jest legalna? O opinię poprosiliśmy Radcę Prawnego Julię Gałąską współpracującą z Bydgoską Izbą Lekarską oraz Biuro Rzecznika Praw Pacjenta. Oba podmioty przesłały swoje odpowiedzi, które publikujemy poniżej.

KANCELARIA RADCY PRAWNEGO JULIA GAŁĄSKA

Kwestia ta nie została w sposób jednoznaczny uregulowana w przepisach prawa. Oznacza to, iż ewentualne opłaty dotyczące braku stawienia się pacjenta na umówioną wizytę nie mogą dotyczyć publicznej służby zdrowia. W takich przypadkach główną konsekwencją dla pacjenta, który nie stawili się na wizycie może być przesunięcie go w kolejce oczekujących (oczywiście o ile tylko pozwala na to jego aktualny stan zdrowia). W każdym przypadku (zarówno w podmiotach publicznych, jak i prywatnych) pacjent nie powinien ponosić konsekwencji swojego niestawiennictwa, jeżeli doszło do niego bez jego winy (tzn. że pacjent nie miał na to wpływu i nie mógł odpowiednio wcześniej odwołać wizyty).

W przypadku świadczeń prywatnych istnieje możliwość pobierania opłat od takich pacjentów, przy czym w praktyce jest to dosyć problematyczne. Po pierwsze podmiot leczniczy musi mieć uregulowaną tę kwestię w swoim regulaminie, który dodatkowo będzie wystawiony do wiadomości pacjentów (tak żeby każdy mógł się z nim zapoznać). Po drugie, nałożenie opłaty nie powinno dotyczyć sytuacji, w których pacjent odpowiednio wcześniej wizytę odwołał albo podejmował działania w celu jej

odwołania (np. próbując się dodzwonić do podmiotu leczniczego). Problematyczna może okazać się również weryfikacja przyczyny braku stawienia się pacjenta na wizytę (zgodnie ze wskazaniem pierwszego akapitu). Po trzecie, rozważenia wymaga sposób i forma nakładania i ściągania opłaty przez podmiot. W tym zakresie najpopularniejsze są dwa rozwiązania – pobieranie zaliczki od pacjentów przy umawianiu wizyty, która przepada w przypadku nieusprawiedliwionego niestawiennictwa (ale wtedy nie mamy pełnej kwoty wynagrodzenia za wizytę) lub uregulowanie tej kwestii przy następnej wizycie pacjenta, poprzez doliczenie do bieżącego wynagrodzenia kary za poprzednie niestawiennictwo (ale tutaj pojawia się problem, gdy pacjent nie umówi się ponownie). Oczywiście można rozważyć możliwość pobierania całej opłaty przy umawianiu się na wizytę, ale może to budzić sprzeciw pacjentów.

W każdym przypadku należy liczyć się z tym, iż pacjent nie będzie chciał dobrowolnie dokonać opłaty lub będzie podejmował działania w celu odzyskania już uiszczonych kwot.

Reasumując, możliwość pobierania od pacjentów opłaty za nieusprawiedliwione niestawiennictwo na umówioną wizytę istnieje, ale dotyczy ona tylko i wyłącznie usług prywatnych

(niefinansowanych przez NFZ). Celem ich wprowadzenia konieczne jest spełnienie opisanych powyżej warunków, przy czym w praktyce należy liczyć się z możliwością wystąpienia ww. problemów.

Z UPOWAŻNIENIA RZECZNIKA PRAW PACJENTA – MARZANNA BIEŃKOWSKA, ZASTĘPCA DYREKTORA DEPARTAMENTU DIALOGU SPOŁECZNEGO I KOMUNIKACJI

W zakresie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w przypadku niezgłoszenia się na ustalony termin udzielenia świadczenia, pacjent podlega skreśleniu z listy oczekujących, chyba że uprawdopodobni, że niezgłoszenie się nastąpiło z powodu siły wyższej.

Po złożeniu wniosku o przywrócenie na listę oczekujących, który należy zgłosić niezwłocznie nie później niż w terminie 7 dni od dnia ustania przyczyny niestawienia się w ustalonym terminie, placówka medyczna przywraca pacjenta na listę oczekujących, uwzględniając pierwotną datę zgłoszenia. (art. 20 ust. 10e, ust. 10f Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Dz.U. z 2022 r. poz. 2561). Wobec powyższego, podmiot leczniczy udzielający świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych nie powinien pobierać opłat od pacjentów, którzy nie przyszli w umówionym terminie. W zakresie świadczeń opieki zdrowotnej niefinansowanych ze środków publicznych (prywatnych) podmiot leczniczy może uzgodnić z pacjentem (umowa ustna/pisemna) pobranie opłaty w przypadku braku zgłoszenia się pacjenta w umówionym terminie. Co istotne, pacjent musi być poinformowany o wysokości kwoty opłaty i warunków obciążenia opłatą przy zapisie na wizytę oraz musi wyrazić na to zgodę. Przepisy nie przewidują wytycznych w kwestii pobierania opłat.

Opracowała Hanna Gołata



Chcę założyć podmiot leczniczy lub indywidualną praktykę lekarską. Jak to zrobić?

O co najczęściej pytają członkowie Bydgoskiej Izby Lekarskiej korzystający z porad prawnych świadczonych w ramach bezpłatnej opieki prawnej gwarantowanej przez BIL? Kancelaria prawna współpracująca z BIL wskazała 7 tematów, które najbardziej interesują lekarzy i lekarzy dentyistów z naszego samorządu. Odpowiedź na pierwsze pytanie przygotowali prawnicy z Lex Secure 24h Opieka Prawna. W następnych wydaniach „Primum” zaprezentujemy kolejne odpowiedzi.

PYTANIE:

Jak lekarz może założyć podmiot leczniczy lub indywidualną praktykę lekarską?

OPINIA:

Zakładając podmiot leczniczy, w pierwszej kolejności należy wybrać formę prawną prowadzenia działalności.

Może być to zarówno jednoosobowa działalność gospodarcza, jak i spółka (przy czym jeżeli ma być to spółka z jednym wspólnikiem, to rekomendowana jest spółka z ograniczoną odpowiedzialnością). Następnie koniecznym będzie zapewnienie pomieszczeń oraz urządzeń odpowiadających wymaganiom określonym w przepisach oraz

Najczęściej zadawane pytania przez lekarzy Bydgoskiej Izby Lekarskiej

1. Jak lekarz może założyć podmiot leczniczy lub indywidualną praktykę lekarską?
2. Co może zrobić lekarz w związku z roszczeniami pacjenta/zarzutami popełnienia błędu medycznego?
3. Czy indywidualna praktyka lekarska może podjąć współpracę z innym lekarzem?
4. Jakie są zasady prowadzenia i udostępniania dokumentacji medycznej?
5. Jakie są prawa i obowiązki lekarza na przesłuchaniu w postępowaniu karnym?
6. Dyżury lekarzy rezydentów: Czy lekarz rezydent może odmówić pełnienia dyżurów? Czy lekarz rezydent może dyżurować na kilku oddziałach szpitala jednocześnie? Czy lekarz rezydent może jednocześnie dyżurować na oddziale oraz przyjmować pacjentów na izbie przyjęć?
7. W jaki sposób można pozbyć się negatywnej/nieprawdziwej opinii umieszczonej przez pacjenta na portalu internetowym?

wykupienie odpowiedniego ubezpieczenia OC. Należy również pamiętać o tym, iż z decyzją otwarcia podmiotu leczniczego wiąże się ryzyko odpowiedzialności solidarnie z pracownikiem zatrudnionym w tym podmiocie, w przypadku popełnienia przez niego błędu w czynnościach zawodowych ze szkodą dla pacjenta.

Działalność leczniczą, czy to w ramach podmiotu leczniczego czy praktyki zawodowej, można rozpocząć dopiero po uzyskaniu wpisu do rejestru. Wniosek o wpis do rejestru podmiotów leczniczych składa się za pośrednictwem strony internetowej <https://rpwdl.ezdrowie.gov.pl/>. Wniosek podlega opłacie w wysokości 745 zł w przypadku podmiotu **ciąg dalszy na s. 16**

ciąg dalszy ze s. 15

lecniczego oraz 149 zł dla indywidualnej praktyki lekarskiej. Ponadto, z działalnością podmiotu leczniczego wiążą się różnego rodzaju wymagania oraz koszty, które uzależnione są od formy prawnej prowadzenia działalności, zakresu udzielanych świadczeń zdrowotnych, liczebności personelu medycznego oraz koniecznych umów związanych z prowadzeniem takiej działalności.

Warto zaznaczyć, że prawnie dopuszczalne jest prowadzenie przez lekarza w ramach tej samej jednoosobowej działalności gospodarczej zarówno indywidualnej praktyki lekarskiej, jak i podmiotu leczniczego. Brak jest przeciwwskazań, aby lekarz dokonał oddzielnych wpisów do RPWDL na rzecz podmiotu leczniczego i swojej prywatnej praktyki. Nie ma również przeszkód, aby w rejestrze odznaczyć jednocześnie więcej niż jeden z wariantów indywidualnej praktyki lekarskiej, uwzględniając praktykę w miejscu wezwania oraz praktykę wyłącznie w zakładzie leczniczym na podstawie umowy z podmiotem leczniczym prowadzącym ten zakład.

PODSTAWY PRAWNE:

1. Art. 2 ust. 1 pkt 10, art. 3 ust. 1, art. 4 ust. 1 pkt 1, art. 5 ust. 1 i 2 pkt 1, art. 17 ust. 1, art. 18 ust. 1–4, art. 22 ust. 1 i 2, art. 25 ust. 1 pkt 1, art. 100 ust. 1, art. 101 ust. 1, art. 103, art. 104 ust. 1 i 2, art. 105 ust. 1, art. 106 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (tj. Dz.U.2023.991 ze zm.);

2. § 3 ust. 1 pkt 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 kwietnia 2019 roku w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz.U.2019.866 ze zm.);

3. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 roku w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz.U.2022.402);

4. Wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Kielcach z dnia 31 stycznia 2018 roku, II SA/Ke 643/17.

STAN PRAWNY:

Udzielając odpowiedzi na zadane pytanie prawne, należy odwołać się do przepisów Ustawy o działalności leczniczej (dalej jako u.d.l.). W myśl art. 5 ust. 1 u.d.l. lekarze mogą wykonywać swój zawód w ramach działalności leczniczej na zasadach określonych w ustawie oraz w przepisach odrębnych po wpisaniu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą.

Formy prowadzenia działalności leczniczej przez lekarzy zostały uregulowane w art. 5 ust. 2 pkt 1 u.d.l., zgodnie z którym lekarz może wykonywać działalność leczniczą w formie:

1. jednoosobowej działalności gospodarczej jako indywidualna praktyka lekarska, indywidualna praktyka lekarska wyłącznie w miejscu wezwania, indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska, indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska wyłącznie w miejscu wezwania, indywidualna praktyka lekarska wyłącznie w zakładzie leczniczym na podstawie umowy z podmiotem leczniczym prowadzącym ten zakład lub indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska wyłącznie w zakładzie leczniczym na podstawie umowy z podmiotem leczniczym prowadzącym ten zakład,

2. spółki cywilnej, spółki jawnej albo spółki partnerskiej jako grupowa praktyka lekarska.

Kolejno, stosownie do art. 4 ust. 1 pkt 1 u.d.l., podmiotami leczniczymi są przedsiębiorcy w rozumieniu przepisów ustawy Prawo przedsiębiorców we wszelkich formach przewidzianych dla wykonywania działalności gospodarczej, jeżeli ustawa nie stanowi inaczej – w zakresie, w jakim wykonują działalność leczniczą.

Warto podkreślić, że wykonywanie zawodu w ramach praktyki zawodowej nie jest prowadzeniem podmiotu leczniczego (art. 5 ust. 3 u.d.l.).

Zatem w celu rozpoczęcia udzielania świadczeń zdrowotnych w formie podmiotu leczniczego lekarz powinien dokonać wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą. W innym wypadku rozpoczęcie działalności leczniczej bez uzyskania wpisu jest niezgodne z prawem.

W tym miejscu należy przywołać art. 17 ust. 1 u.d.l., wedle którego podmiot leczniczy jest obowiązany spełniać następujące warunki:

1. posiadać pomieszczenia lub urządzenia odpowiadające wymaganiom określonym w art. 22;

2. używać i utrzymywać wyroby medyczne, wyposażenie wyrobów medycznych, wyroby medyczne do diagnostyki in vitro, wyposażenie wyrobów medycznych do diagnostyki in vitro, aktywne wyroby medyczne do implantacji oraz systemy lub zestawy zabiegowe złożone z wyrobów medycznych zgodnie z wymaganiami ustawy o wyrobach medycznych;

3. zapewniać udzielanie świadczeń zdrowotnych wyłącznie przez osoby wykonujące zawód medyczny oraz spełniające wymagania zdrowotne określone w odrębnych przepisach;

4. zawrzeć w zakresie określonym w art. 25 ust. 1 umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej.

Lekarz powinien zatem zapewnić pomieszczenia i urządzenia odpowiadające wymaganiom określonym w art. 22 ust. 1 u.d.l. Przepis ten stanowi, że pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą odpowiadają wymaganiom odpowiednim do rodzaju wykonywanej działalności leczniczej oraz zakresu udzielanych świadczeń zdrowotnych. Wedle zaś ust. 2 tego przepisu prawnego wymagania, o których mowa w ust. 1, dotyczą w szczególności warunków:

1. ogólnoprzestrzennych;
2. sanitarnych;
3. instalacyjnych

W sposób szczegółowy kwestię tę reguluje rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą, do którego opiniujący odsyła zainteresowanych, w zależności od tego, czy planowane będzie założenie podmiotu leczniczego czy indywidualnej praktyki lekarskiej.

Kolejno, należałoby zawrzeć odpowiednią umowę ubezpieczenia OC. Zgodnie z art. 25 ust. 1 pkt 1 u.d.l. umowa ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej

obejmuje szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych. Stosownie zaś do § 3 ust. 1 pkt 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą, w przypadku podmiotów leczniczych, minimalna suma gwarancyjna tego ubezpieczenia w okresie nie dłuższym niż 12 miesięcy powinna wynosić 100 000 euro.

Następnie należy wskazać na art. 100 ust. 1 u.d.l., wedle którego podmiot, który zamierza wykonywać działalność leczniczą jako podmiot leczniczy, składa organowi prowadzącemu rejestr, o którym mowa w art. 106 ust. 1, wniosek o wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą. Wniosek o wpis do rejestru składa się za pośrednictwem systemu teleinformatycznego na stronie internetowej <https://rpwdl.ezdrowie.gov.pl/>. Na mocy art. 106 ust. 1 pkt 1 u.d.l. wniosek należy złożyć do wojewody właściwego ze względu na siedzibę podmiotu leczniczego.

Warto wskazać, że przy składaniu wniosku lekarz obowiązany jest pod rygorem odpowiedzialności karnej złożyć oświadczenie o spełnieniu wymagań przewidzianych przepisami u.d.l. dla podmiotów leczniczych (art. 100 ust. 2 pkt 2 u.d.l.).

Oświadczenie, o którym mowa powyżej, zawiera ponadto:

1. imię i nazwisko, nazwę albo firmę wnioskodawcy, adres jego miejsca zamieszkania albo siedziby;
2. oznaczenie miejsca i datę złożenia oświadczenia;
3. podpis osoby uprawnionej do reprezentowania wnioskodawcy, ze wskazaniem imienia i nazwiska oraz pełnionej funkcji.

W myśl art. 104 ust. 1 u.d.l. organ prowadzący rejestr dokonuje wpisu do rejestru w terminie 30 dni od dnia wpływu wniosku o wpis do rejestru wraz z oświadczeniem. Jeżeli właściwy organ nie dokona wpisu w terminie, o którym mowa powyżej, a od dnia wpływu wniosku do tego organu upłynęło 40 dni, wnioskodawca może rozpocząć działalność

LEX SECURE®
24H OPIEKA PRAWNA



Lex Secure 24h Opieka Prawna
Al. Niepodległości 723/6
81-853 Sopot
prawnik@opiekaprawna.pl
www.opiekaprawna.pl



**BYDGOSKA
IZBA
LEKARSKA**

JESTEŚMY DO PAŃSTWA DYSPOZYCJI 365 DNI W ROKU, 24 GODZINY NA DOBĘ.

po uprzednim zawiadomieniu o tym na piśmie organu, który nie dokonał wpisu. Nie dotyczy to przypadku, gdy organ wezwał tego wnioskodawcę do uzupełnienia wniosku o wpis nie później niż przed upływem 7 dni od dnia jego otrzymania. W takiej sytuacji termin, o którym mowa w zdaniu pierwszym, biegnie od dnia wpływu uzupełnienia wniosku o wpis (art. 104 ust. 2 u.d.l.).

Dla potwierdzenia warto również przytoczyć treść wyroku Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego z dnia 31 stycznia 2018 roku, II SA/Ke 643/17: „Wpis do rejestru, o którym mowa w art. 103 u.d.l. jest zatem warunkiem koniecznym do rozpoczęcia legalnej działalności leczniczej”.

Wedle art. 105 ust. 1 pkt 2 u.d.l. wpis do rejestru podlega opłacie wynoszącej 10% wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw bez wypłaty nagród z zysku za ubiegły rok, ogłaszanego, w drodze obwieszczenia, przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski”, obowiązującego

w dniu złożenia wniosku o wpis do rejestru – w przypadku podmiotu leczniczego. Oznacza to, że opłata za wpis do rejestru wynosi 745 zł.

Zgodnie z powyższymi regulacjami prawnymi, po uzyskaniu wpisu do rejestru podmiotów leczniczych, lekarz będzie mógł rozpocząć działalność czy to w formie podmiotu leczniczego, czy indywidualnej praktyki lekarskiej.

Odnosząc się do kwestii wymogów formalnych przy założeniu indywidualnej praktyki lekarskiej, należy przytoczyć treść art. 18 ust. 1 u.d.l., zgodnie z którym lekarz wykonujący działalność leczniczą jako indywidualną praktykę lekarską jest obowiązany spełniać następujące warunki:

1. posiadać prawo wykonywania zawodu;
2. nie może być:

a) zawieszony w prawie wykonywania zawodu ani ograniczony w wykonywaniu określonych czynności medycznych na podstawie przepisów o zawodach

ciąg dalszy na s. 18

ciąg dalszy ze s. 17

lekarza i lekarza dentystry lub przepisów o izbach lekarskich,

b) ukarany karą zawieszenia prawa wykonywania zawodu,

c) pozbawiony możliwości wykonywania zawodu prawomocnym orzeczeniem sądu karnego zakazu wykonywania zawodu albo zawieszony w wykonywaniu zawodu zastosowanym środkiem zapobiegawczym;

3. dysponować pomieszczeniem odpowiadającym wymaganiom określonym w art. 22, w którym będą udzielane świadczenia zdrowotne, wyposażonym w produkty lecznicze, wyroby medyczne, aparaturę i sprzęt medyczny, odpowiednie do rodzaju i zakresu udzielanych świadczeń zdrowotnych;

4. uzyskać wpis do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej;

5. zawrzeć umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej w zakresie określonym w art. 25 ust. 1 pkt 1.

Warto wskazać również, że lekarz wykonujący działalność leczniczą jako indywidualną specjalistyczną praktykę lekarską jest obowiązany spełniać wszystkie warunki określone powyżej, a także posiadać specjalizację w dziedzinie medycyny odpowiadającej rodzajowi i zakresowi wykonywanych świadczeń zdrowotnych (art. 18 ust. 2 u.d.l.).

Z kolei zgodnie z art. 18 ust. 3 u.d.l. lekarz wykonujący indywidualną praktykę lekarską wyłącznie w miejscu wezwania jest obowiązany:

1. spełniać warunki, o których mowa powyżej w ust. 1 pkt 1, 2, 4 i 5, a zatem w tym wypadku nie musi dysponować pomieszczeniem;

2. posiadać produkty lecznicze i sprzęt medyczny umożliwiające udzielanie świadczeń zdrowotnych, w tym również w zakresie określonym w art. 30 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 roku o zawodach lekarza i lekarza dentystry;

3. wskazać adres siedziby indywidualnej praktyki lekarskiej wykonywanej w miejscu wezwania oraz miejsca przyjmowania wezwań i miejsca przechowywania dokumentacji medycznej oraz produktów leczniczych i sprzętu medycznego, o których mowa w pkt 2.

Ponadto, lekarz wykonujący indywidualną praktykę lekarską wyłącznie w zakładzie leczniczym na podstawie umowy z podmiotem leczniczym prowadzącym ten zakład jest obowiązany spełniać warunki, o których mowa powyżej w ust. 1 pkt 1, 2, 4 i 5.

Analogicznie, jak w przypadku rejestracji podmiotu leczniczego, lekarz, który zamierza wykonywać zawód w ramach działalności leczniczej, składa organowi prowadzącemu rejestr, o którym mowa w art. 106 ust. 1, wniosek o wpis do rejestru zawierający następujące dane:

1. imię i nazwisko lekarza;

2. numer dokumentu poświadczającego posiadanie prawa wykonywania zawodu lekarza;

3. formę działalności leczniczej i zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych, w tym również w zakresie, o którym mowa w art. 30 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 roku o zawodach lekarza i lekarza dentystry;

4. adres miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych lub miejsca przyjmowania wezwań i przechowywania dokumentacji medycznej, w tym również w zakresie, o którym mowa w art. 30 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 roku o zawodach lekarza i lekarza dentystry, w przypadku wykonywania praktyki lekarskiej wyłącznie w miejscu wezwania;

5. Numer Identyfikacji Podatkowej (NIP);

6. adres do korespondencji;

7. posiadane specjalizacje (art. 101 ust. 1 u.d.l.).

W przypadku praktyk zawodowych należy stosować odpowiednio przepisy art. 104, o których mowa w pierwszej części opinii. Należy przy tym podkreślić, że zgodnie z art. 103 u.d.l., działalność leczniczą można rozpocząć po uzyskaniu wpisu do rejestru, z zastrzeżeniem art. 104. Nie jest zatem zgodnym z prawem rozpoczęcie działalności leczniczej przed uzyskaniem wpisu do rejestru.

Ponadto, wedle art. 105 ust. 1 pkt 1 u.d.l., wpis do rejestru podlega opłacie wynoszącej 2% wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw bez wypłaty nagród z zysku za ubiegły rok, ogłaszane go, w drodze obwieszczenia, przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego

w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski”, obowiązującego w dniu złożenia wniosku o wpis do rejestru – w przypadku lekarza. Oznacza to, że opłata za wpis do rejestru wynosi 149 zł.

Na marginesie warto dodać, że prawnie dopuszczalne jest prowadzenie przez lekarza w ramach tej samej jednoosobowej działalności gospodarczej zarówno indywidualnej praktyki lekarskiej, jak i podmiotu leczniczego. Brak jest przeciwwskazań, aby lekarz dokonał oddzielnych wpisów do RPWDL na rzecz podmiotu leczniczego i swojej prywatnej praktyki. Nie ma również przeszkód, aby w rejestrze odznaczyć jednocześnie więcej niż jeden z wariantów indywidualnej praktyki lekarskiej, uwzględniając praktykę w miejscu wezwania oraz praktykę wyłącznie w zakładzie leczniczym na podstawie umowy z podmiotem leczniczym prowadzącym ten zakład.

KLAUZULA PRAWNA:

Przygotowując niniejszą opinię prawną, przeanalizowano i polegano wyłącznie na informacjach otrzymanych od klienta. Nie badano ani nie weryfikowano prawdziwości przedstawionego stanu faktycznego. Sporządzający niniejszą opinię prawną zastrzega sobie prawo weryfikacji niniejszego opracowania w przypadku ujawnienia faktów nieznanymi mu w momencie jego sporządzenia.

Niniejszą opinię prawną wydaje się do wiadomości klienta, wraz z prawem do publikacji przez klienta. Opinia prawna dotyczy wyłącznie kwestii w niej określonych i nie może być interpretowana jako obejmująca, w tym przez domniemanie, inne, niewspomniane w niej kwestie.

W niniejszej opinii prawnej zaprezentowano niezależną, subiektywną ocenę sporządzającego, dotyczącą prawnych aspektów przedmiotu analizy. W szczególności ocena prawna przedstawiona w opinii prawnej nie daje gwarancji wyniku danej sprawy w przypadku skierowania jej na drogę postępowania sądowego lub administracyjnego.

Lex Secure 24h Opieka Prawna
Kajetan Komar-Komarowski



SAVOIR-VIVRE W GABINECIE

Kaleka? Nie. Osoba z niepełnosprawnością

Dlaczego nie należy mówić o „głuchoniemych”, „niepełnosprawnych”, a do osób poruszających się na wózkach możemy mówić „chodźmy”? W ostatnich latach zmieniają się standardy interakcji z osobami z niepełnosprawnościami, nowy savoir-vire w gabinecie wyjaśnia lek. Agnieszka Sawicka, członkini Polskiego Towarzystwa Komunikacji Medycznej.

NIEPEŁNOSPRAWNY A OSOBA Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ

Pozytywnym, od kilku lat używanym określeniem jest „osoba z niepełnosprawnością” (oficjalny skrót: OzN) – pokazuje ono, że człowiek ma sprawność, tylko w jakimś

stopniu ograniczoną; podkreśla, że mówimy przede wszystkim o człowieku (tego elementu brakuje w samym określeniu „niepełnosprawny”); zwraca ono uwagę na fakt, że niepełnosprawność jest jedną z cech tego człowieka, ale nie jedyną. Nie



➤ **AGNIESZKA SAWICKA**

używamy określeń, które w sposób opisowy próbują zastąpić pojęcie „niepełnosprawny”, np. „sprawny inaczej”, „żyjący we własnym świecie” czy też „niepełnosprytny”. Językoznawcy zwracają uwagę [ciąg dalszy na s. 20](#)

ciąg dalszy ze s. 19

na sztuczność takich „tworów” językowych oraz na ich żartobliwy czy wręcz ironiczny charakter, zaś pedagogzy – na fakt, iż nie wnoszą one nic poza chaosem i dezinformacją. Nie jest taktowne posługiwanie się nazwami, które wyszły z oficjalnego użycia, takimi jak: „kaleka”, „inwalida”, „upośledzony” itp.

PRZEDE WSZYSTKIM GODNOŚĆ

Wybierając z zasad języka równościowego te, które dotyczą osób z niepełnosprawnością, wymienić należy następujące reguły: mów prosto; nie krzywdź słowem; unikaj stereotypów; nie redukuj osoby do jednej cechy; okazuj godność i szacunek. Najważniejsze! Jeżeli mamy jakiegokolwiek wątpliwości, co do tego, jak pomóc, po prostu należy o to zapytać oraz zastanowić się, jak sami czulibyśmy się, będąc adresem konkretnego zachowania. Każda osoba z niepełnosprawnością doskonale wie, jakiej pomocy i w jakim zakresie potrzebuje. Przed próbą udzielenia pomocy należy zapytać i upewnić się, czy jest ona potrzebna i pożądana. Jeżeli tak, należy doprecyzować, na czym ma ona

polegać. Jeśli osoba odmówi – należy to uszanować – gdyby nie była w stanie samodzielnie poradzić sobie w przestrzeni publicznej, nie wychodziłaby z domu. W sytuacjach, gdy osobie z niepełnosprawnością towarzyszy przewodnik czy opiekun, należy pamiętać, aby zwracać się bezpośrednio do osoby, nie komunikować się przez przewodnika. Niedopuszczalne jest infantylizowanie dorosłych osób z niepełnosprawnością. Nie chodzi tylko o zwracanie się do nich po imieniu czy używanie zdrobnień typu „rączki”, „nóżki”. Mówiąc o niepełnosprawności, trzeba zdawać sobie sprawę ze sprawczości języka: unikamy używania słów nacechowanych negatywnie, aby nie utrwalać stereotypów, nie zniekształcać obrazu choroby czy niepełnosprawności.

POSTAWY OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ

W komunikacji z pacjentem z niepełnosprawnością warto zwrócić uwagę na postawy tych osób wynikające z doświadczania niepełnosprawności, które mogą ujawniać się w relacji z innymi. Są to np. postawy nadkompensacji,

identyfikacji z osobami zdrowymi, postawy zaprzeczania problemom lub izolowania się – nie tylko od osób zdrowych, ale także od innych z niepełnosprawnością; unikania ich. Często właśnie z braku akceptacji samego siebie jako osoby z niepełnosprawnością oraz z wymienionych wyżej postaw wobec innych, mogą wynikać różnego rodzaju zachowania pacjentów społecznie nieakceptowane, utrudniające kontakt. Widać to wśród osób afiszujących się ze swoją niepełnosprawnością, nie pogodzonych ze sobą, agresywnych, zakompleksionych, przeczulonych, wymuszających czy nastawionych roszczeniowo. Zatem, z jednej strony trzeba być przygotowanym na takie zachowania, z drugiej – nie można się uprzedzać do pacjenta, oczekiwać tego, co negatywne i mylnie interpretować zachowania, które nie zawsze są zrozumiałe.

PORADNIK JĘZYKOWY

OSOBY NIEWIDOME I SŁABOWIDZĄCE

Ze względu na czas i stopień utraty lub osłabienia widzenia wyróżniamy:

- osoby niewidome – urodziły się niewidome lub straciły wzrok przed ukończeniem 5 r.ż.,
- osoby ociemniałe – utraciły wzrok w wyniku wypadków i schorzeń po 5 r.ż.,
- osoby słabowidzące – tracą wzrok w przebiegu różnych schorzeń.

W odniesieniu do osób niewidomych lub słabowidzących najlepiej posługiwać się następującymi określeniami:

- osoba z niepełnosprawnością wzrokową,
- osoba niewidoma/niewidomy,
- osoba słabowidząca (pisane łącznie jako cecha stała),
- osoba ociemniała.

O ile w odniesieniu do osób z uszkodzonym słuchem używanie terminu głuchy nie stanowi problemu, o tyle określenie ślepy, wobec osób z uszkodzonym wzrokiem postrzegane jest jako kolokwialne i pejoratywne, a nawet obraźliwe.

Określenia niewidomy uznaje się za neutralne. W opisach naukowych używane jest natomiast zarówno głuchota, jak i ślepotą.



OSOBY GŁUCHE I SŁABOSŁYSZĄCE

W odniesieniu do osób z niepełnosprawnością narządu słuchu używa się dwóch określeń:

- głuchy – oznacza osobę, która utraciła słuch;
- Głuchy – to osoba identyfikująca się z kulturą Głuchych; traktujących siebie jako grupę kulturową, a nie jako osoby z niepełnosprawnościami.

Głusi mają swój język, swoją historię, swój system znaczeń, wartości i norm, podobnie jak Łemkowie, Kaszubi czy Ślązacy. Głusi tego, że nie słyszą, nie traktują jako niepełnosprawności. Dlatego odrzucają sformułowanie „niepełnosprawność słuchowa”. Żeby być Głuchym, nie trzeba nie słyszeć – kryterium przynależności jest tu utożsamianie się ze wspomnianą kulturą Głuchych, jak ma to miejsce w przypadku słyszących dzieci Głuchych rodziców.

Określenie „głuchoniemy” jest obraźliwe – oznacza osobę, która nie mówi, a g/Głusi komunikują się, używając do tego procesu rąk, twarzy, ciała. Wykorzystywanie dzieci głuchych rodziców do tłumaczenia na język migowy jest niezgodne z prawem.

W środowisku używane są następujące akronimy:

- SODA – słyszące rodzeństwo osoby Głuchej,
- OCODA – jedynak mający Głuchych rodziców,
- OHCODA – jedyna słysząca osoba w rodzinie,
- GODA – wnuki Głuchych dziadków,
- CODA – słyszące dzieci Głuchych rodziców.

REGUŁY ZACHOWAŃ TOWARZYSKICH

Formalne sposoby nawiązania komunikacji:

1) MACHANIE

Gdy osoba Głucha stoi w pewnej odległości od nas, a chcemy ją zawołać, machamy ręką w jej kierunku ruchem pionowym

dłoni, a nie poprzecznym przypominającym machanie na pożegnanie (ruch nadgarstka góra-dół).

2) KLEPANIE

Jeśli osoba Głucha stoi do nas odwrócona plecami lub stoi bokiem, a chcielibyśmy nawiązać z nią kontakt można to zrobić poprzez lekkie poklepanie jej w okolicy ramienia, co zwróci jej uwagę.

Ważne! Uderzenie w inne miejsce ciała niż obszar rąk lub ramion rozmówcy, np. w okolice karku, pleców, głowy, nóg jest niestosowne.

3) UDERZANIE W STÓŁ

Jeśli osoba Głucha je posiłek, w celu zwrócenia jej uwagi, nie powinniśmy klepać jej po ramieniu (grozi to np. wylaniem przez nią zupy). Poprawnym zachowaniem jest stukanie w stół otwartą dłonią. Ta metoda, dzięki drganiom przenoszonym przez powierzchnię, jest skuteczna dla przywołania większej grupy osób siedzących przy jednym stole.

4) MIGANIE ŚWIATŁEM

Włączamy i wyłączamy światło. Świetny sposób na zwrócenie uwagi ludzi rozproszonych w dużej sali, np. podczas zebrań czy konferencji.

5) PROSZENIE INNEJ OSOBY O ZAWOŁANIE

Jest to bardzo dobry sposób, jeśli osoba Głucha znajduje się w pewnej odległości od nas i nie jest możliwe nawiązanie kontaktu wzrokowego poprzez np. pomachanie ręką. Wtedy można zwrócić się do osoby stojącej bliżej, jeśli udało się pochwycić jej spojrzenie i poprosić o zwrócenie uwagi osobie, z którą chcemy nawiązać kontakt.

OSOBA Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ RUCHOWĄ – JAK MÓWIĆ?

W przypadku osób, których dotyczy niepełnosprawność ruchowa, można używać określeń:

- osoba z niepełnosprawnością ruchową,
- osoba poruszająca się na wózku /o kulach,
- „wózkers” (słowo to funkcjonuje w języku potocznym),

- niskorosłość, osoba niskorosła (zamiast: karłowatość, karzeł).

Nie należy używać określenia „przykuty do wózka” – wózek umożliwia osobie na nim się poruszającej niezależne życie.

Na powitanie bez problemu możemy uściśnić osobie z niepełnosprawnością ruchową dłoń. Jeśli osoba ma niewładną prawą dłoń lub jej w ogóle nie ma, może to być uściśnięcie lewej ręki albo dotknięcie w ramię. Nie jest nietaktem powiedzenie do osoby poruszającej się na wózku „chodźmy” – słowa określające różne czynności związane z chodzeniem są obecne i używane w słowniku osób z niepełnosprawnością ruchu.

OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ INTELEKTUALNĄ

W przypadku osób z niepełnosprawnością intelektualną:

- należy posługiwać się określeniem „osoba z niepełnosprawnością intelektualną/zespołem Downa” itp;
- termin „upośledzenie umysłowe” został zastąpiony określeniem „niepełnosprawność intelektualna”;
- nie należy zwracać się do nich na „ty”, traktować pobłaźliwie, używać dzieciniego języka pełnego zdrobnień, mówić „jak do dziecka”;
- niedopuszczalne, a niestety wciąż spotykane, są również fizyczne manifestacje takiego zachowania wobec dorosłych osób z niepełnosprawnością intelektualną, np. głaskanie po głowie, poprawianie fryzury czy ubrania, wycieranie twarzy, prowadzenie za rękę, protekcyjne poklepywanie.

Agnieszka Sawicka

O AUTORCE:

Lekarz, coach, liderka Sekcji ds. Codziennej Praktyki Polskiego Towarzystwa Komunikacji Medycznej, działaczka Komisji ds. Młodych Lekarzy Bydgoskiej Izby Lekarskiej.
E-mail: coachingwmedycynie@gmail.com

BIBLIOGRAFIA:

Kontekst „inności” w komunikacji interpersonalnej, pod red. prof. dr hab. E. Krajewskiej-Kułak, *Savoir-vivre wobec osób z niepełnosprawnościami*, Anna Bieganowska-Skóra.

CORAZ WIĘCEJ CHORYCH NA MRONJ W REGIONIE

Profilaktyka i leczenie MRONJ

Znaczny wzrost liczby pacjentów w zaawansowanym stadium martwicy kości szczęk spowodowanej przyjmowaniem bisfosfonianów obserwują lekarze z 10. Wojskowego Szpitala Klinicznego z Polikliniką SP ZOZ w Bydgoszczy. Do czynienia z tym problemem mają nie tylko lekarze dentyści, ale też lekarze leczący osteoporozę, onkolodzy i lekarze innych specjalności. Lek. dent. Magdalena Duda, dr n. med. Maciej Rozwadowski, lek. dent. Marcin Jaskólski pracujący na Oddziale Chirurgii Szczękowo-Twarzowej, Onkologicznej i Rekonstrukcyjnej chcą poszerzyć wiedzę o profilaktyce MRONJ i przypomnieć o możliwości kierowania do Poradni Chirurgii Szczękowo-Twarzowej 10WSzK w Bydgoszczy pacjentów, u których wystąpi to schorzenie.

Pacjenci przyjmujący leki z grupy bisfosfonianów w codziennej praktyce lekarza i lekarza dentystry – przyczyny, profilaktyka i leczenie polekowej martwicy kości szczęk (MRONJ).

Coraz częściej w praktyce klinicznej spotkać możemy pacjentów przewlekłe przyjmujących leki wpływające na metabolizm tkanki kostnej. Są one powszechnie stosowane w leczeniu osteoporozy, na którą choruje ok. 2 mln Polaków, a także w leczeniu przerzutów nowotworów złośliwych do kości. Są to pacjenci szczególnie predysponowani do wystąpienia polekowej martwicy kości szczęk (MRONJ – medication-related osteonecrosis of the jaw – ICD 10 M87.1), a także martwicy kości szczęk związanej z przyjmowaniem bisfosfonianów (BRONJ – bisphosphonate – related osteonecrosis of the jaw). Wymagają oni dużej uwagi zarówno ze strony lekarzy wdrażających leczenie antyresorpcyjne, jak i stomatologów wykonujących zabiegi w obrębie jamy ustnej.

W Oddziale Chirurgii Szczękowo-Twarzowej, Onkologicznej i Rekonstrukcyjnej 10. Wojskowego Szpitala Klinicznego w Bydgoszczy z powodzeniem leczymy pacjentów z polekową martwicą kości szczęk wg aktualnych wytycznych. U chorych

w początkowych stadiach choroby stosujemy leczenie zachowawcze, m.in. mamy możliwość skierowania pacjentów na terapię w komorze hiperbarycznej, działającej na terenie szpitala. W przypadkach zaawansowanych w ramach oddziału wykonujemy pełen zakres niezbędnych zabiegów chirurgicznych, od sekwestrektomii po resekcję kości szczęk. Pacjentom zapewniamy długoczasową opiekę i regularne wizyty kontrolne w ramach Poradni Chirurgii Szczękowo-Twarzowej. Jednak najważniejsza w przypadku MRONJ jest profilaktyka. Bezwzględnie należy pamiętać o skierowaniu pacjenta na sanację jamy ustnej przed wdrożeniem leczenia, a pacjenci w trakcie terapii powinni być pod stałą opieką stomatologa.

O POLEKOWEJ MARTWICY SZCZĘK

Bisfosfoniany są obecnie lekami pierwszego rzutu w terapii osteoporozy u kobiet i mężczyzn. Wykazują one szczególne powinowactwo do kości. Łączą się one z hydroksyapatytami, hamują aktywność osteoklastów oraz przyspieszają ich apoptozę. Czas ich półtrwania wynosi ok. 10 lat. Denosumab – przeciwciało monoklonalne, inhibitor ligandu RANK-L jest lekiem antyresorpcyjnym o krótszym

czasie półtrwania, wynosi on około 6 miesięcy. Trzecią grupą leków predysponującą do wystąpienia polekowej martwicy kości szczęk są inhibitory angiogenezy, które poprzez jej hamowanie upośledzają procesy przebudowy i gojenia tkanki kostnej. Są one stosowane w celu zapobiegania przerzutów nowotworowych drogą naczyń krwionośnych i chłonnych.

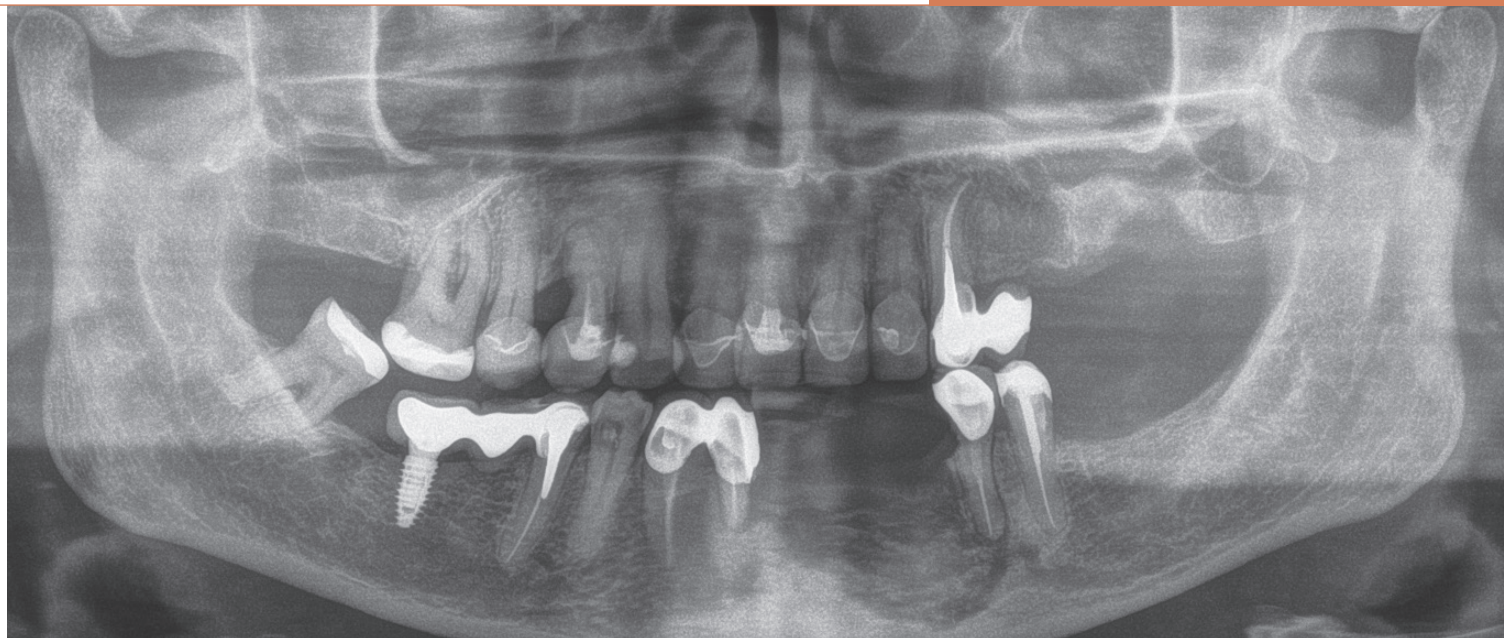
Pierwszy przypadek polekowej martwicy kości szczęk opisał Marx w 2003 roku. Aktualnie kryteria diagnostyczne AAOMS – American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons są następujące:

- ognisko odsłoniętej/niezagojonej/martwiczej kości utrzymujące się powyżej 8 tyg.,
- aktualnie prowadzona lub przebyta terapia lekami antyresorpcyjnymi lub inhibitorami angiogenezy,
- brak radioterapii głowy i szyi, brak potwierdzonych przerzutów.

Czynnikami ryzyka wystąpienia MRONJ jest płeć żeńska i wiek powyżej 65 r.ż. Martwica częściej występuje w żuchwie (73%) niż w szczęcie (22,5%). W przypadku terapii dożylnych częstość MRONJ wynosi 0,8–12%, a w przypadku terapii doustnej 0,01%–0,04% i rośnie przy terapii trwającej dłużej niż 4 lata oraz przy przyjmowaniu równocześnie dwóch leków. Współistniejąca steroidoterapia, cukrzyca, nikotynizm również wpływają na częstość wystąpienia MRONJ. Czynnikiem predysponującym jest terapia prowadzona z powodu przerzutów nowotworowych do kości, głównie raka nerki, ale również raka piersi, prostaty i szpiczaka mnogiego. 52–61% pacjentów jako czynnik sprawczy podaje ekstrakcję zęba. Niedopasowane uzupełnienia protetyczne, choroba przyzębia również wpływają na wystąpienie MRONJ.

PROFILAKTYKA I EDUKACJA PRZED WSZYSTKIM

Leczenie MRONJ jest długotrwałe i nieprzewidywalne, dlatego niezwykle istotna jest profilaktyka. Pacjenci przed rozpoczęciem leczenia lekami antyresorpcyjnymi wymagają sanacji jamy ustnej. Konieczne jest wykonanie pantomogramu, a następnie ekstrakcja zębów niekwalifikujących



Obraz radiologiczny martwicy trzonu żuchwy

się do leczenia zachowawczego, zębów ze zmianami w tkankach okołowierzchołkowych, zębów częściowo zatrzymanych. Należy skorygować uzupełnienia protezyczne, tak, aby nie działały drażniąco na tkanki jamy ustnej, a w razie konieczności wykonać nowe. Wszelkie działania chirurgiczne i wygojenie tkanek powinny nastąpić przed wdrożeniem terapii bisfosfonianami. Równie ważna jest edukacja pacjenta. Powinien on być świadomy ryzyka choroby, zgłaszać się na regularne wizyty kontrolne u stomatologa i zachowywać wzmoczoną higienę jamy ustnej.

U pacjentów w trakcie terapii doustnej bisfosfonianami oraz denosumabem ryzyko MRONJ jest niskie do 4 lat leczenia (0,01–0,04%). W tym czasie nie ma przeciwwskazań do zabiegów z zakresu chirurgii stomatologicznej i periodontologii, jednak pacjenci powinni być poinformowani o możliwości gorszego gojenia się ran. Zabiegi chirurgiczne powinny być przeprowadzane w osłonie antybiotykowej krótkoterminowej, tj. od dnia poprzedzającego zabieg, a następnie przez 3 kolejne doby amoksylicyna z kwasem klawulonowym (875mg+125mg) co 12h. Ekstrakcje powinny być przeprowadzane w sposób jak najbardziej atraumatyczny, rany zaopatrzone szwami niewchłaniającymi i ewentualnie fibryną bogatopłytkową PRF. Pacjenci powinni stosować płukanki z chlorheksydyną do momentu wygojenia. W przypadku terapii doustnej trwającej powyżej 3 lat lub

terapii dożylniej należy unikać zabiegów chirurgicznych. Jeśli ekstrakcja jest konieczna należy wdrożyć profilaktykę antybiotykową długoterminową, tj. do 14 dni po ekstrakcji. Część autorów zaleca tzw. drug holiday czyli odstawienie leku na 2–6 miesięcy przed zabiegiem i ponowne włączenie po wygojeniu tkanek, jednak brak jednoznacznych dowodów na skuteczność tej metody.

W przypadku wystąpienia MRONJ wyróżniamy 4 jej etapy:

- stopień 0 – w badaniu klinicznym brak martwiczej tkanki kostnej, ale występują niespecyficzne objawy kliniczne lub radiologiczne,
- stopień 1 – klinicznie obnażona i martwicza tkanka kostna, pacjent asymptomatyczny, brak objawów infekcji,
- stopień 2 – klinicznie obnażona i martwicza tkanka kostna, ból, objawy infekcji,
- stopień 3 – klinicznie obnażona i martwicza tkanka kostna, ból, objawy infekcji, martwica kości wykracza poza obszar wyrostka żębołowego lub wystąpiło patologiczne złamanie lub przetoka zewnętrzna lub połączenie z zatoką szczękową lub nosem, osteoliza rozprzestrzenia się do dolnego brzegu trzonu żuchwy lub do dna zatoki szczękowej.

LECZENIE

Leczenie zależne jest od stopnia zaawansowania choroby. W pierwszej kolejności należy wdrożyć edukację pacjenta oraz leczenie zachowawcze – wyeliminowanie

czynników drażniących, płukanki z 0,12% chlorheksydyną, leczenie przeciwbólowe i przeciwzapalne. Antybiotykoterapia powinna być poprzedzona pobraniem materiału do badania bakteriologicznego. W piśmiennictwie opisywane są terapie za pomocą komory hiperbarycznej, ozonoterapii i osocza bogatopłytkowego. W stadiach zaawansowanych stosujemy leczenie chirurgiczne polegające na wyrównaniu ostrych brzegów kostnych, sekwestrektomii, a w stadiach bardzo zaawansowanych oraz w przypadku złamań patologicznych – odcinkowa resekcja kości. O możliwościach leczenia na naszym oddziale informujemy już w pierwszej części artykułu.

Wszystkie Koleżanki i Kolegów wdrażających leczenie bisfosfonianami zachęcamy do stosowania działań profilaktycznych, przypominania pacjentom o regularnych wizytach stomatologicznych, a jeśli choroba wystąpi do kierowania pacjentów do naszej Poradni. W razie pytań zapraszamy do kontaktu telefonicznego (tel. 261 417 073) lub e-mailowego (chirurgia_szczekowa@10wsk.mil.pl).

Lek. dent. Magdalena Duda, dr n. med. Maciej Rozwadowski, lek. dent. Marcin Jaskólski, Oddział Chirurgii Szczękowo-Twarzowej, Onkologicznej i Rekonstrukcyjnej, 10. Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką SP ZOZ w Bydgoszczy

ŚWIADCZENIA KOMISJI SOCJALNEJ BIL

Jak uzyskać zapomogę w trudnym przypadku losowym?

Zapomogi pieniężne udzielane w trudnych przypadkach losowych przysługują nie częściej niż raz w roku. Udziela się zapomogi do 3000 zł, zgodnie ze złożonym wnioskiem.

Przyznanie uzależnia się od sytuacji materialnej, rodzinnej i życiowej osób uprawnionych, a dochód na osobę w gospodarstwie domowym nie może wynieść więcej niż 80% minimalnego wynagrodzenia za pracę przysługującego w momencie złożenia wniosku.

Za dochód miesięczny rodziny uważa się średnią z sumy dochodów w gospodarstwie domowym z okresu ostatnich trzech miesięcy, bez względu na tytuł i źródło otrzymania, pomniejszone o podatek dochodowy od osób fizycznych, składkę

na ubezpieczenie społeczne, alimenty na rzecz osób trzecich. Dochód osób prowadzących działalność gospodarczą jest nie mniejszy niż podstawa wymiaru składek emerytalno-rentowych. Dochody dziecka stanowią kwoty renty rodzinnej wraz z dodatkiem dla sierot zupełnych, zasiłek pielęgnacyjny, otrzymywane alimenty oraz dochody z majątku dziecka. Sytuację materialną należy potwierdzić za pomocą wglądu do rozliczenia PIT za poprzedni rok. W przypadku nagłej zmiany sytuacji majątkowej należy dołączyć stosowane oświadczenie.

W przypadkach pomocy losowej związanej z klęskami żywiołowymi, ekologicznymi oraz nieszczęśliwymi nagłymi zdarzeniami nie mają zastosowania ograniczenia dochodowe, ponadto w uzasadnionych przypadkach, na wniosek Komisji Socjalnej BIL, ORL może wyłączyć zastosowanie kryterium dochodowego dla wnioskodawcy.

Należy jednak zaznaczyć, że brak współdziałania lekarza lub jego rodziny z BIL w rozwiązaniu trudnej sytuacji, nieuzasadniona odmowa podjęcia pracy, marnotrawstwo przyznanych świadczeń, celowe niszczenie lub marnotrawstwo własnych zarobków materialnych, poziom życia znacznie odbiegający od deklarowanego są dostatecznymi powodami do odmowy pomocy.

Opracowała Malwina Barańska,
przewodnicząca Komisji Socjalnej

EDUKACJA

Budynek dla Centrum Stomatologii CM UMK

Prezydent Bydgoszczy Rafał Bruski ogłosił zamiar przekazania obiektu przy ul. Przemysłowej 34 na rzecz powstania Uniwersyteckiego Centrum Stomatologii Collegium Medicum UMK.



Budynek przeszedł wizję lokalną, eksperci ocenili, że spełnia on kryteria dla utworzenia Centrum Stomatologii łącznie z zapewnieniem opieki nocnej i świątecznej.

Trwają prace przygotowawcze do utworzenia nowego kierunku. Rzecznik prasowy UMK Ewa Walusiak-Bednarek zdradziła, że uniwersytet ma wstępne deklaracje 36 lekarzy stomatologów, którzy mają poprowadzić zajęcia dla przyszłych studentów kierunku.

Planowane zagospodarowanie budynku pozwoli na stworzenie nowoczesnego zaplecza dydaktycznego z ogólnodostępnymi salami wykładowymi oraz centrum symulacji stomatologicznej. W Centrum zaplanowano ulokowanie 7 klinik: Stomatologii Dziecięcej, Peridontologii, Ortodontcji, Chirurgii Stomatologicznej, Stomatologii Zachowawczej z Endodoncją, Protetyki Stomatologicznej oraz Radiologii Stomatologicznej.

Hanna Gołata



Wycieczka do Gniezna zorganizowana przez Komisję ds. Lekarzy Emerytów i Rencistów BIL w 2023 roku

Integracja i rozwój lekarzy seniorów. Wywiad z przedstawicielkami Komisji ds. Lekarzy Emerytów i Rencistów

Komisja ds. Lekarzy Emerytów i Rencistów Bydgoskiej Izby Lekarskiej powstała w 2022 roku, a już teraz organizowane przez nią spotkania przyciągają nawet kilkudziesięciu uczestników. „Odnowiły się stare przyjaźnie, poznajemy kolegów i koleżanki z innych specjalności” – mówi dr n. med. Grażyna Pelc-Hoppen, sekretarz komisji. „Chcemy być zauważeni jako grupa, która służyła ludziom przez całe życie i wciąż ma coś do zaoferowania” – dodaje przewodnicząca, lek. Małgorzata Świątkowska. O działaniach komisji, planach i różnicy pokoleniowej rozmawiała Hanna Gołata.

🗨 Hanna Gołata: Czy mogą Panie przybliżyć, czym zajmuje się utworzona nie tak dawno komisja, w której Panie zasiadają?

MAŁGORZATA ŚWIĄTKOWSKA: Nasza komisja powstała pod koniec 2022 roku. W poprzednich kadencjach działał Klub Seniora, który zrzeszając starszych lekarzy emerytów, organizował dla nich spotkania. Klub Seniora był założony przez osobę o niezwyklej energii, śp. dr Halinę Grzybowską-Rogulską. Ona była ordynatorem w Szpitalu Pulmonologicznym, a po przejściu na emeryturę zaczęła działać społecznie. Była osobą bardzo aktywną, której niesamowicie zależało na integrowaniu środowiska lekarzy seniorów. Ona spowodowała, że podobne kluby powstały nie tylko w Bydgoszczy, ale też w całej Polsce, choć pod różnymi nazwami. Postulowała budowę domu lekarza seniora. Niestety, po jej śmierci środowisko lekarskie o niej jakby zapomniało, ale o Halince my, seniorzy, pamiętamy. Była nieprawdopodobnym wulkanem energii i źródłem wielu pomysłów.

Klub Seniora działał bardzo dobrze. Spotykaliśmy się wtedy raz w miesiącu. Wtedy więcej wydarzeń odbywało się w siedzibie izby, a mniej poza nią. Po śmierci Halinki

ciąg dalszy na s. 26

ciąg dalszy ze s. 25

klubem zajął się dr Maciej Borowiecki; był przewodniczącym aż do 2022 roku. To on wywalczył dofinansowanie do wyjazdów rehabilitacyjnych, bardzo się o to starał. To jest bardzo dobre wsparcie oferowane w ramach Komisji Socjalnej, choć niestety niewiele osób z tego korzysta.

Kiedy komisja została utworzona w 2022 roku jeszcze nie wiedzieliśmy dokładnie jak to wszystko zorganizować, komisja dopiero się rozwijała. Zaczęliśmy walczyć o budżet. Razem z nową Okręgową Radą Lekarską BIL zaczęliśmy intensywnie myśleć o tym, jak integrować seniorów nie tylko podczas spotkań przy kawie, ale żebyśmy mogli też wyjść na zewnątrz. Wielkie ukłony dla władz naszej Bydgoskiej Izby Lekarskiej za wsparcie dla naszych inicjatyw. Wśród nas kilka osób poświęciło się rozwijaniu pomysłu integrowania się poza siedzibą izby. Teraz mogę z dumą powiedzieć, że kiedy wychodzimy do opery, to prawie ¾ sektora B jest przez nas zajęte. O tym może niech opowie sekretarz komisji, dr Grażyna Pelc-Hoppen, która zajmuje

się organizacją tych wyjść i wykonuje wspaniałą pracę dla środowiska seniorów.

Grażyna Pelc-Hoppen: Najważniejsze było założenie grupy na Whatsappie. Wszyscy mieszkamy w różnych częściach nie tylko Bydgoszczy, ale też regionu. Kontakt jest przez to utrudniony. W pewnym okresie „Primum” się nie ukazywało i nie mieliśmy możliwości informowania się o spotkaniach. Dlatego założyłam grupę na Whatsappie i od tej pory wiadomości do osób z naszej grupy docierają błyskawicznie. Ogłaszamy tam na przykład, kiedy się spotykamy, jakie są bilety do opery, jakie są plany, o tym kiedy jest wycieczka i natychmiast dostajemy odpowiedź. W tej chwili w grupie jest 65 osób i ciągle dodajemy nowych chętnych. Koleżanki i kolegów, którzy korzystają ze smartfona zawsze prosimy o informowanie o wydarzeniach koleżanki i kolegów, którzy nie obsługują takiej technologii.

Do opery chodzimy regularnie raz w miesiącu, oczywiście zawsze wybieramy nowe spektakle. Jest to dla nas duża sprawa, bo wiąże się to z eleganckim wyjściem, gdzie jesteście inaczej ubrani, inaczej się

czujemy, jest to wyjście odświętne. Chodzimy również do filharmonii na poranki dla seniorów. Koordynowaniem tych wyjść zajmuje się nasza koleżanka z komisji, lek. Wiesława Styp-Rekowska, która jest kolejną osobą zaangażowaną w pracę dla naszego środowiska. Organizujemy też wycieczki dwa razy w roku, na wiosnę i jesienią. Ostatnio byliśmy w Gnieźnie, a na wiosnę w maju będziemy jechać do Poznania, Kórnik i Rogalina.

H.G.: Wiem, że Komisja ma jeszcze różne inne pomysły na ofertę dla seniorów. Czy mogą Panie uchylić rąbka tajemnicy?

G.P.-H.: W planach mamy zakupienie gier planszowych, chcemy zainteresować naszych kolegów szachami, kartami, domino. Myślimy też o kąciku z aktualnymi czasopismami dostępnymi dla osób, które przyjdą szybciej na spotkania i będą chciały poczytać najświeższe wiadomości.

M.Ś.: Chcemy zaproponować też naukę informatyczną, aby w siedzibie można było zapoznać się z komputerem,



Spotkanie lekarzy seniorów w starej siedzibie Izby

ze smartfonem, założyć pocztę e-mailową, poszukać czegoś w internecie. Nie wszyscy seniorzy wiedzą, jak korzystać z nowoczesnych technologii, niektórym nauka nowinek przychodzi łatwiej, a niektórym trudniej. Chcemy, żeby na naszych spotkaniach nauczyć, jak z tego korzystać, żeby seniorzy się tego wszystkiego nie bali. Chcemy zbliżyć seniorów do spraw, którymi będą mogli zaskoczyć swoich wnuków, by umieli skorzystać z tych samym możliwości, co młodzi ludzie.

☉ H.G.: Jak często się Państwo spotykają i jak takie spotkania wyglądają?

M.Ś.: Od marca będziemy spotykać się dwa razy w miesiącu, w pierwszy i trzeci czwartek miesiąca o godzinie 15:00. Spotkanie składa się z części integracyjno-organizacyjnej z wykładem, a w drugiej części jest gimnastyka. W pierwszej części są po prostu pogaduchy przy kawie, herbacie. Rozmawiamy też o planach, zapoznujemy się z treściami opery czy operetki. Zazwyczaj jest też wykład, czyli spotkanie z lekarzami różnych specjalności, którzy

dzielą się z nami różnymi interesującymi informacjami. Na przykład rozmawialiśmy z dr. Zofią Ruprecht, która opowiadała nam o swojej pasji do fotografii. Było spotkanie z chirurgiem, który pokazał nam, jaki sprzęt był używany kiedyś, a jaki jest teraz; jaka jest przepaść w stosunku do tego, co było kiedyś, a co jest teraz. Lekarze często są zasklepieni w swoich specjalizacjach. Podczas tych spotkań możemy usłyszeć o nowościach z różnych dziedzin medycyny.

Spotkaliśmy się z lekarzem stomatologiem, który opowiadał nam o problemach stomatologicznych wieku podeszłego. Planujemy zaprosić geriatrę. Staramy się, aby kwestia wieku podeszłego była poruszona, żeby to nas dotyczyło. Jakie są leki, jakie interakcje. Wszystko to jest bardzo ciekawe. Czasami seniorzy słuchają tego wszystkiego ze zdumieniem. Ta część trwa około godziny, z czego wykład zajmuje około pół godziny. W części drugiej są zajęcia gimnastyki usprawniającej połączonej z tai-chi. Po naszych spotkaniach można dodatkowo skorzystać z zajęć prowadzonych przez instruktora

z Torunia, który zajmuje się takim rodzajem gimnastyki od ponad 30 lat.

Nie chcemy, aby zajęcia trwały za długo, bo wiadomo, że od seniorów nie można wymagać, żeby wysiedzieli na krześle przez kilka godzin. Dodatkowo, szczególnie zimą, kiedy są znacznie krótsze dni, wiele osób nie jeździ nocą samochodem, więc musimy brać pod uwagę to, że muszą wrócić do domu jeszcze za dnia.

☉ H.G.: Czy zajęcia są płatne i czy trzeba się zapisywać?

M.Ś.: Nie trzeba się zapisywać, każdy przychodzi, jeśli ma ochotę. Spotkania są zupełnie za darmo. Część wyjść jest dofinansowana przez Izbę. Średnio na spotkania przychodzi około 20 osób. Nasze najsmielsze oczekiwania przeszło spotkanie przedstawiające nową siedzibę, gdzie było kilkadziesiąt osób. Musieliśmy wtedy szukać dodatkowych krzeseł.

Naszym najpopularniejszym spotkaniem jest z pewnością spotkanie świąteczne pod koniec roku. Wtedy przychodzi najwięcej osób i zależy nam na tym, [ciąg dalszy na s. 28](#)



Spotkanie Komisji ds. Lekarzy Emerytów i Rencistów w nowej siedzibie

ciąg dalszy ze s. 27

żeby to spotkanie było we własnym gronie. To okazja, żeby omówić własne problemy i sprawy z osobami, które zazwyczaj nie pojawiają się na innych spotkaniach.

🗨️ H.G.: Czym żyją lekarze seniorzy? Jacy są?

G.P.-H.: Myślę, że nasi seniorzy chętnie przychodzą na spotkania, aby spotkać się głównie z koleżankami, bo jest więcej kobiet, ale też z kolegami. Odnowiły się stare przyjaźnie, poznajemy kolegów i koleżanki z innych specjalności. Podczas spotkań mamy identyfikatory z imionami, żeby nie mówić sobie na „pan”, „pani”, tylko tak jak to było wtedy, kiedy byliśmy młodzi, czyli po imieniu. To zmniejsza dystans, jest dla nas dużym krokiem w kierunku integracji. Seniorzy to są osoby, które zaczynały pracę w latach 70., niektórzy 60., więc emerytury nie są wysokie, dlatego wielu lekarzy seniorów jeszcze pracuje. Lekarze kochają swój zawód i z przyjemnością nawet na emeryturze dalej pracują, pomagając pacjentom, tym bardziej, że w wielu dziedzinach jest brak lekarzy. Niektóre specjalności, wymagają wspomaganie emerytowanymi lekarzami i gdyby nie oni, to dostęp do leczenia w niektórych poradniach byłby bardzo utrudniony.

🗨️ H.G.: Skąd pochodzą fundusze dla Komisji ds. Lekarzy Emerytów i Rencistów?

M.Ś.: Kiedy zaczynaliśmy prace komisji, zrodziła się potrzeba finansowania. Musieliśmy przekonać środowisko, że warto w nas inwestować. Kiedyś byliśmy młodzi, działaliśmy na rzecz tej izby. Część z nas pracuje, niektórzy z nas są delegatami na Okręgowy Zjazd Lekarzy. Jeśli chodzi o finansowanie seniorów nie chcemy stawiać sprawy w ten sposób, że nam się coś należy. Chcemy, żeby młodzi wiedzieli, że jesteśmy grupą, która nie tylko bierze, ale też daje. Cały czas służymy swoim doświadczeniem, a doświadczenie to jest połowa wiedzy. Chcemy pomagać, pomimo tego że mamy swoje lata. Okręgowa Rada Lekarska przychyliła się do całości naszej propozycji budżetu, który będzie zatwierdzony w połowie marca. To dla nas wielki krok. Najwyraźniej mamy dar przekonywania.

🗨️ H.G.: Mówimy o integracji między seniorami, ale z tego co słyszę jest również potrzeba dialogu międzypokoleniowego.

G.P.-H.: W tej chwili młodzi ludzie są bardzo zapracowani, korzystają z nowoczesnej techniki, wciąż się spieszą, a seniorzy odwrotnie. Żyją zdecydowanie wolniej. W związku z tym powstała pewna bariera. Staramy się nawiązać kontakt z młodszymi lekarzami, oczekujemy pomocy, no i powtarzamy, że oni też kiedyś będą seniorami. Zobaczą wtedy, że to życie nie jest takie łatwe.

”*Chcemy, żeby młodzi wiedzieli, że jesteśmy grupą, która nie tylko bierze, ale też daje. Cały czas służymy swoim doświadczeniem, a doświadczenie to jest połowa wiedzy. Chcemy pomagać, pomimo tego że mamy swoje lata.*

M.Ś.: Myślę, że warto wyjść z inicjatywą spotkania Komisji ds. Młodych Lekarzy z Komisją ds. Lekarzy Emerytów i Rencistów, abyśmy mogli się zapoznać. Musi być chęć zrozumienia z obu stron, abyśmy się poznali, zobaczyli, jak młodzi pracują, w jakim zakresie działają, czego oczekują od nas. To pokaże, jak można nas zintegrować.

Pracujemy nad stworzeniem legitymacji lekarza seniora. Kiedyś w ramach Komisji Socjalnej próbowaliśmy stworzyć taką legitymację, ale wtedy jakoś nie było takiej silnej potrzeby i to się rozmyło. Obecnie część młodych ludzi nie zna już lekarzy seniorów, bo dzielą nas nawet dwa pokolenia. Ten problem jest czasem widoczny, kiedy my sami korzystamy ze służby zdrowia. Legitymacja miałaby dawać nam możliwość przedstawienia się np. na izbie przyjęć, gdzie czasem czeka się w kolejce nawet 8 godzin. Nie wymagamy cudów, wiemy, że czasem trzeba spędzić na izbie przyjęć kilka godzin, ale chcemy, żeby lekarz senior nie był bezimienny,

a legitymacja świadczyła o tym, że to jest osoba, która swoje życie poświęciła dla drugiego człowieka i dla tego młodego też. Problem dotyczy również poradni specjalistycznych, w których często proponuje nam się wielomiesięczne, a nawet wieloletnie oczekiwanie na wizytę. Nie chciałabym urazić młodych ludzi, bo wielu opiekuje się nami bardzo troskliwie i z szacunkiem, ale myślę, że warto, aby ten szacunek był przypominany.

Mamy nadzieję, że ta legitymacja będzie miała znaczenie nie tylko regionalne. Będziemy nad tym pracować z prawnikiem, Radą i zaprezentujemy nasz pomysł w Naczelnej Izbie Lekarskiej, aby ten wydzźwięk, że senior się liczy, był słyszany w całej Polsce, a czas oczekiwania na leczenie znacznie się skrócił w myśl zasady „lekarze pomocni lekarzom seniorom”.

Rozmawiała Hanna Gołata

Lek. Małgorzata Świątkowska,
przewodnicząca Komisji ds.
Lekarzy Emerytów i Rencistów BIL,
spec. chorób oczu

dr n. med Grażyna Pelc-Hoppen,
sekretarz Komisji ds. Lekarzy
Emerytów i Rencistów BIL, spec.
pediatrii

WYCIECZKA DLA SENIORÓW

Komisja ds. Lekarzy Emerytów i Rencistów organizuje wycieczkę dla lekarzy seniorów do Poznania, Rogalina i Kórnik
18–19 maja 2024 roku
koszt: 400 zł
Łączny koszt wycieczki wynosi 800 zł, z czego 400 zł jest dofinansowane przez Bydgoską Izbę Lekarską.
Zapisy u Małgorzaty Świątkowskiej pod numerem telefonu: 606 978 788

Mój jest ten kawałek podłogi! ...

Być albo nie być - oto jest pytanie

WILLIAM SHAKESPEARE

Pisać czy nie pisać? Takie to oto, prawie jak Hamlet, zadałem sobie pytanie. Bo nie wiem, czy jak odcięto mi moje skrzydła potrafię jeszcze „latać”? Tu oczami wyobraźni widzę tłumaczenie – „przecież same się odcięły”. Tak czy nie tak zostałem ptakiem nielotem, ale ptaki to jeszcze mają mózgi i potrafią zadawać pytania! Kto jest redaktorem naczelnym naszego Biuletynu już wiem. Czy potrafię

z tym kimś współpracować już wiem, że tak. Do kogo mam kierować mój tekst też już wiem. Kto będzie odpowiedzialny za korektę – wiem. W czyich oczach moje teksty budzą niezadowolenie? To wiem! Mimo tych pytań postanowiłem pisać dalej, bo piszę przecież dla Was, czytających te słowa! Nie mogę przecież po kilkudziesięciu latach pisania zakończyć mojej „twórczości”. Oponentom zaś chciałbym zacytować, z podkreśleniem, dalszą część

➤ **ANDRZEJ MARTYNOWSKI**

zawołania, pod którym od lat piszę! Mój jest ten kawałek podłogi! Nie mówcie mi, co mam robić.

Kończę jak zwykle Wasz

A. Martynowski

KRĘGLE, BIEGANIE, TRIATLON

Pasje lekarzy: Od łyżew po triathlon. O swoich sportowych przygodach opowiedział dr n. med. Marcin Gierach

Marcin Gierach w życiu zawodowym jest adiunktem w Katedrze Endokrynologii i Diabetologii CM UMK w Bydgoszczy i właścicielem Centrum Kardiometabolicznego Gierach-Med. Po pracy rusza na trening. Kiedyś treningi były tylko biegowe, ale obecnie są już w trzech dyscyplinach: pływanie, jazda na rowerze i bieganie. Bydgoszczanin przygotowuje się do ukończenia triathlonu – na dystansie Iron Man, zdobycia ostatniego maratonu w Bostonie z cyklu „World Marathon Majors”, a gdyby tego było mało, marzy o przebiegnięciu maratonów we wszystkich europejskich stolicach.

Zacznijmy jednak od początku. Mama Marcina Gieracha była trenerką jazdy figurowej na łyżwach, dlatego dwa-trzy razy w tygodniu

chodził na treningi łyżwiarstwa figurowego na Torbydzie. Potem była przygoda z tenisem ziemnym, ale skończyła się szybko ze względu na rozpoczęcie nauki w szkole muzycznej. Gra na pianinie

nie była po drodze z mocno urazowym sportem.

Kręgle znalazły się w życiu endokrynologa przez przypadek. W trakcie wakacji spędzanych u dziadków odkrył tor do bowlingu, na którym trenowali zawodnicy ligi bowlingowej. Ktoś pokazał mu, jak trzymać kulę, a potem już się potoczyło. Trzydzieści lat temu wpadł na pomysł zorganizowania wojewódzkiego turnieju bowlingowego dla lekarzy. Przy wsparciu Bydgoskiej Izby Lekarskiej odbyły się pierwsze zawody. W kolejnych latach osób było coraz więcej. Równolegle z dorosłymi zaczęły grać też dzieci, z tym że podczas turnieju wszystkie zajmują pierwsze miejsce. Osiem lat temu razem z mistrzostwami Pomorza i Kujaw pod patronatem Naczelnej Izby Lekarskiej rozegrano pierwsze mistrzostwa Polski. W 12 edycjach mistrzostw Kujaw i Pomorza wygrał osiem razy, w mistrzostwach Polski rywalizuje z kolegą z Łodzi, który wygrał już pięć razy, podczas gdy nasz lokalny bowler

ciąg dalszy na s. 30

ciąg dalszy ze s. 29

dwa razy zajął pierwsze, a trzy razy drugie miejsce na podium. „To nawet dobrze, nie chciałbym organizować tych zawodów po to, żeby móc ustawiać sobie kolejne trofea na półce” – powiedział.

„Bieganie jest jak narkotyki” – przyznał. Zaczęło się od dystansu pięciu, dziesięciu kilometrów, potem był etap biegania po pracy nawet przez 3 godziny w nocy, aż do 100 km tygodniowo. Marcin Gierach mówi, że „teraz już mi troszeczkę przeszło”, ale patrząc na długą listę sportowych osiągnięć i ambicji nie chce się w to do końca wierzyć.

Uważa, że trzeba mieć sportowe cele, dlatego najpierw zdobył Koronę Półmaratonów Polskich. Potem przyszedł czas na Koronę Maratonów Polskich, czyli ukończenie pięciu pełnych maratonów w ciągu dwóch lat. Po tym sukcesie ukuł dwa kolejne plany.

Pierwszy to zdobycie World Marathon Majors, czyli przebiegnięcie sześciu najważniejszych maratonów na świecie. Endokrynologowi z Bydgoszczy brakuje jednej gwiazdki. Ukończył już maraton w Berlinie, Londynie, Chicago, Tokio, Nowym Jorku, a teraz czeka na kwalifikację do maratonu bostońskiego. W Polsce World Marathon Majors ukończyło około 120 osób.

Drugim marzeniem Marcina Gieracha było przebiegnięcie maratonu w każdej stolicy europejskiej. W jego domu wisi mapa z zaznaczonymi stolicami, w których udało się te maratony ukończyć. Na razie wyróżnionych jest 19 z 47 stolic. „Tego pomysłu już raczej nie uda mi się zrealizować, bo rocznie powinno się biegać nie więcej niż 2 maratony, żeby organizm mógł się zregenerować. W pierwszym roku tego projektu przebiegłem 7 maratonów, z czego jeden pobiegłem tydzień po ukończeniu poprzedniego. „Jestem coraz starszy i już czegoś takiego nie zrobię” przyznaje, ale zaraz potem opowiada o kolejnych sportowych wyzwaniach.

Znajomi biegacza, którzy uprawiają triathlon zachęcili go do dołączenia do grupy triathlonowej Trispace. W zeszłym roku w niemieckiej miejscowości Roth, razem z dwoma innymi lekarzami z regionu, startował w Iron Manie (to rodzaj



Marcin Gierach po ukończeniu maratonu w Nowym Jorku w 2022 roku

triathlonu, w którym płynie się dystans 3,8 km, jedzie na rowerze 180 km i biegnie 42,193 km). „Miałem pecha, miałem wypadek na rowerze, mój start zakończył się połamanymi żebrami na 55. kilometrze”.

Marcin Gierach jednak nie poddaje się i w tym roku spróbuje ukończyć nasz bydgoski triathlon na pełnym dystansie.

Hanna Gołata



VIII Mistrzostwa Polski oraz XII Mistrzostwa Pomorza i Kujaw w bowlingu, Olympic Bowling Center w Bydgoszczy, 23 września 2023 roku

Uchwały podjęte podczas posiedzenia ORL

29 lutego 2024 roku

27/IX/24

W sprawie przyjęcia założenia do projektu budżetu Bydgoskiej Izby Lekarskiej na 2024 rok.

18/IX/24

W sprawie przyjęcia założenia do projektu budżetu Bydgoskiej Izby Lekarskiej na rok 2024.

19/IX/24

W sprawie upoważnienia do zawarcia umowy najmu sali w Operze Nova w Bydgoszczy na organizację balu lekarza w 2025 roku.

20/IX/24

W sprawie powołania nowego członka Komisji Stomatologicznej.

21/IX/24

W sprawie wyboru nowych członków Rady Programowej Biuletynu BIL „Primum”.

22/IX/24

W sprawie powołania Komisji Kultury, przyjęcia regulaminu komisji oraz wyboru przewodniczącego komisji.

23/IX/24

W sprawie wyznaczenia przedstawiciela ORL BIL do składu Komisji Bioetycznej Politechniki Bydgoskiej im. Jana i Jędrzeja Śniadeckich.

24/IX/24

W sprawie zaopiniowania kandydata na konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie chorób zakaźnych.

25/IX/24

W sprawie kontynuacji współpracy z informatykiem.

26/IX/24

W sprawie dokonania płatności zaliczkowej na wycieczkę organizowaną przez Komisję Lekarzy Emerytów i Rencistów. Oprócz ww. uchwał były podjęte uchwały rejestrowe:

29/RL/IX/24

W sprawie ponownego przyznania Prawa Wykonywania Zawodu w związku z upływem terminu ważności.

30/RL/IX/24

W sprawie ponownego przyznania warunkowego Prawa Wykonywania Zawodu zgodnie z posiadanym obywatelstwem.

31/RL/IX/24

W sprawie ponownego przyznania warunkowego Prawa Wykonywania Zawodu w związku z wcześniejszym zrzeczeniem się PWZ.

32/RL/IX/24

W sprawie przeniesienia z Okręgowej Izby Lekarskiej w Gdańsku.

33/RL/IX/24

W sprawie przeniesienia z Wielkopolskiej Izby Lekarskiej w Poznaniu.

34/RL/IX/24

W sprawie wydania nowego dokumentu PWZ (duplikat) w związku z zagubieniem.

2/W/IX/24

W sprawie wykreślenia z rejestru RPWDL.

WYNAJMĘ GABINET STOMATOLOGICZNY

w Inowrocławiu

Tel. kontaktowy 601-639-213

PRACA

Centrum Zdrowia „Błonie” zatrudni lekarza w POZ, mile widziany lekarz rodzinny.
Telefon kontaktowy: 52 325-83-81, 52 325-83-82.

Szpital Wielospecjalistyczny im. dr. Ludwika Błażka w Inowrocławiu zatrudni pilnie lekarzy specjalistów w dziedzinie psychiatrii.
Kontakt: kierownik lecznictwa specjalistycznego.
Tel. 52 354-53-25.

REJESTR LEKARZY

Zaktualizuj swoje dane w rejestrze

W celu poprawienia sprawności komunikacji prosimy o aktualizowanie Państwa danych w Rejestrze Lekarzy. Jeśli zmienią Państwo adres pocztowy, e-mailowy lub numer telefonu, przypominamy o poinformowaniu nas o tym.

- ➔ W tej sprawie prosimy o kontakt telefoniczny pod nr. tel. **52 346-07-80** lub e-mailowy na adres: **bil@bil.org.pl**

TEMAT PRZEWODNI TEGOROCZNEJ EDYCJI ŚWIATOWEGO DNIA ZDROWIA

„Moje zdrowie, moje prawo”

Rada Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) zauważyła, że chociaż co najmniej 140 krajów uznaje w swojej konstytucji zdrowie za prawo człowieka, tylko 4 kraje wspomniały o tym, jak je finansować.

Tegoroczny temat został wybrany, aby bronić prawa wszystkich i wszędzie do dostępu do usług zdrowotnych, edukacji i informacji, a także do bezpiecznej wody pitnej, czystego powietrza, dobrego odżywiania, wysokiej jakości mieszkań, godnych warunków pracy i środowiska oraz wolności od dyskryminacji.

ŹRÓDŁO: WHO



BIULETYN BYDGOSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ
primum

Pismo Okręgowej Izby Lekarskiej w Bydgoszczy
nr 2 (387) – kwiecień 2024

zapraszamy na
www.bil.org.pl

WYDAWCA
Okręgowa Izba Lekarska w Bydgoszczy
ul. Teofila Lenartowicza 33–35
85–133 Bydgoszcz
www.bil.org.pl
bil@bil.org.pl

REDAKTOR NACZELNA

Hanna Gołata
primum@bil.org.pl

RADA PROGRAMOWA

prof. Aleksander Araszkiewicz
lek. Mieczysław Boguszyński
Hanna Gołata (redaktor naczelna)
prof. Katarzyna Jankowska
dr n. med. i n. o zdr. Krystian Kałużny
lek. Adrianna Kaszubowska
dr n. med. Maciej Klimarczyk
lek. Anna Kłosińska
lek. dent. Marek Rogowski (przewodniczący)
dr n. med. Zofia Ruprecht
lek. Agnieszka Sawicka
lek. Anna Szczuka
lek. Mateusz Wartęga
lek. Michał Wojciechowski

Projekt graficzny: Ewa Gawlik
Skład i druk: skladgazet.pl
Nakład: 4.400 egzemplarzy

Copyright © OIL Bydgoszcz

Żadna część niniejszej publikacji nie może być reprodukowana lub przedrukowana bez pisemnej zgody wydawnictwa.

Informacja dla autorów tekstów i zdjęć

Redakcja nie zwraca materiałów niezamówionych oraz zastrzega sobie prawo do skrótów i redakcyjnego opracowania tekstów przyjętych do druku. Za treść reklam i ogłoszeń redakcja nie odpowiada. Zdjęcia prosimy przysyłać w formacie JPG, TIF lub RAW, o rozmiarze nie mniejszym niż ok. 1500 x 1000 pikseli.

INFORMACJE I KONTAKTY

Sekretariat

tel. 52 346-07-80 | 52 346-00-84 | 52 346-07-85
tel. kom: 600-435-289
Pracujemy: poniedziałek – piątek,
w godz. 8:00–16:00

Prezes BIL

lek. Aleksandra Śremska (codziennie) – spotkanie możliwe po wcześniejszym umówieniu przez biuro
aleksandra.sremska@gmail.com

Wiceprezesi BIL

lek. dent. Marek Rogowski
dyżur co drugi czwartek, w godz. 14:00–15:00
lek. Michał Wojciechowski
dyżur co drugi poniedziałek, w godz. 15:00–16:00

Sekretarz

dr n. med. Łukasz Wołowicz
dyżur we wtorki, w godz. 14:00–15:00
sekretarz@bil.org.pl

Pełnomocnik ds. zdrowia lekarzy i lekarzy dentystów

dr n. med. Maciej Klimarczyk
klimarczyk@op.pl

Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej

lek. Zofia Parszyk
rzecznik@bil.org.pl

Inspektor Ochrony Danych Osobowych

Krzysztof Stanek
rodoinspektor.bil@bil.org.pl

Konsultant ds. ubezpieczeń

tel. kom. 577-900-380
nbranecka@ins-med.pl



20% zniżki na produkty PZU

Zasady udzielania zniżki dla członków
Bydgoskiej Izby Lekarskiej

Lekarze, którzy są członkami Bydgoskiej Izby Lekarskiej i przystąpili do grupowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej lekarza, mogą skorzystać ze **zniżki 20%** na produkty majątkowe w umowach ubezpieczenia zawieranych indywidualnie. Zniżka dotyczy:



ubezpieczenia komunikacyjnego
PZU Auto



ubezpieczenia majątkowego
PZU Dom



ubezpieczenia podróжного
PZU Wojażer

Jak skorzystać ze zniżki?

- 1 Prawo do zniżki nadajemy w ciągu 30 dni od dnia następującego po przystąpieniu do grupowego ubezpieczenia. Można z niego skorzystać przez cały okres tego ubezpieczenia.
- 2 Aby skorzystać ze zniżki, należy **pobrać i zainstalować na telefonie aplikację mojePZU** – poprzez wybór odpowiedniego sklepu z aplikacjami lub skanując kod QR dostępny w instrukcji – oraz zarejestrować swoje konto. Zapraszamy do zapoznania się z instrukcją pobrania i instalacji aplikacji mojePZU. Potwierdzenie prawa do zniżki i kod zniżki są dostępne wyłącznie w aplikacji mojePZU. Kodem zniżkowym jest numer karty zniżkowej znajdujący się w sekcji „sprawdź zniżkę”.
- 3 Zawierając umowę ubezpieczenia z dowolnym agentem PZU, należy podać kod zniżki (numer karty zniżkowej) znajdujący się w aplikacji mojePZU.

Chętnie odpowiemy na wszystkie pytania.

ins INS Services

Obsługa kompleksowa przez INS Services – lidera w branży ubezpieczeń medycznych w Polsce:

Oddział Szczecin:  tel. +48 91 831 24 80

 e-mail: biuro@ins-med.pl

Oddział Warszawa:  tel. +48 22 494 36 50

 e-mail: biuro@ins-med.pl

 www.ins-med.pl

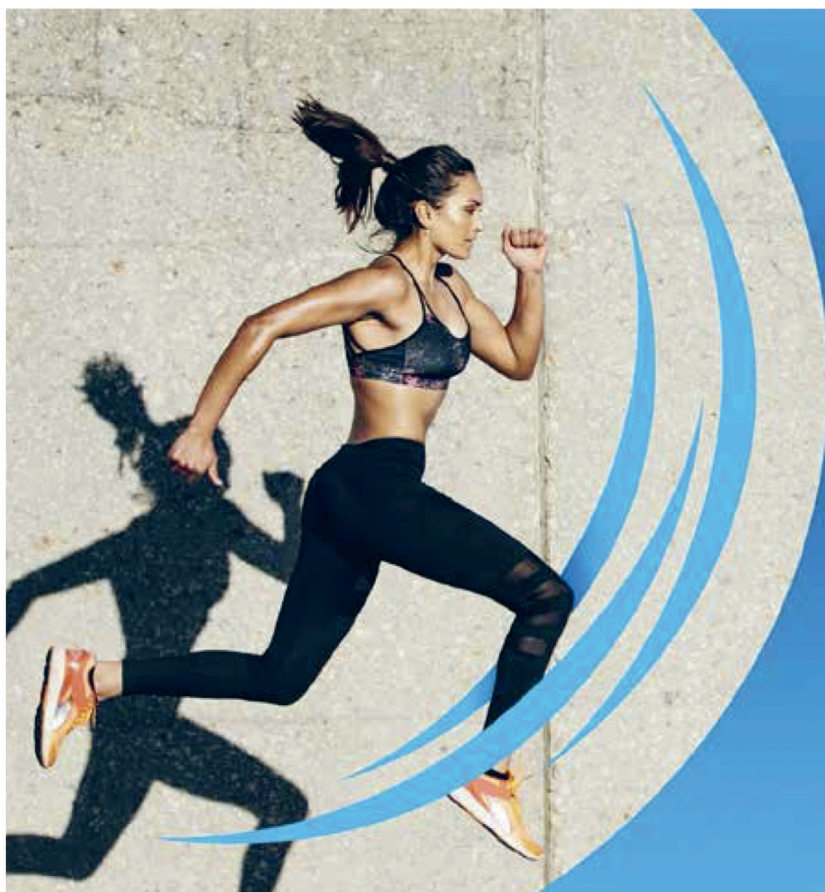
Zakładem ubezpieczeń jest PZU SA. Szczegółowe informacje o zakresie ubezpieczenia, w tym o wyłączeniach i ograniczeniach odpowiedzialności, znajdziesz w aktualnych ogólnych warunkach ubezpieczenia, dostępnych na pzu.pl.

MATERIAŁ MARKETINGOWY



MEDICOVER
S P O R T

POSTAW Z NAMI NA ZDROWSZY RUCH



go
FIT

Pakiet goFIT dla członka Bydgoskiej Izby Lekarskiej

59 zł/mies.
99 zł/mies.
149 zł/mies.

Wejścia
2 razy w tygodniu

Wejścia OPEN
raz dziennie

Wejścia OPEN
bez limitu



Około 4000 obiektów
w całej Polsce.



Siłownie, baseny, zajęcia fitness.

CENNIK DLA OSOBY TOWARZYSZĄCEJ

GoFit 2 x w tygodniu **119** zł/mies.
GoFit 3 x w tygodniu **139** zł/mies.

CENNIK DLA DZIECKA

poniżej 16 r.ż.

Pakiet basenowy Aqua OPEN **39** zł/mies.
Pakiet Junior 2 x w tyg. **79** zł/mies.
Pakiet Junior OPEN **89** zł/mies.

CENNIK DLA STUDENTA

powyżej 16 r.ż.

GoFit OPEN raz dziennie **120** zł/mies.



Masz pytania?

Skontaktuj się z Biurem Obsługi Klienta,
tel: (+48) 22 290 80 70, mail: bok@medicoversport.pl

CENNIK DLA SENIORA

Pakiet 60UP! (1 os.) **49** zł/mies.
Pakiet 60UP! (2 os.) **79** zł/mies.

Więcej informacji oraz zapisy od 1 do 15 dnia miesiąca poprzedzającego na stronie.
Aby otrzymać dane do zapisów, zgłoś się do biura Bydgoskiej Izby Lekarskiej
(tel. 52 346 00 84, e-mail: bil@bil.org.pl).