



**Mikołajki z OIL
w Szczecinie**

s. 14

**Umowy zlecenia i umowy
o świadczenie usług
– uwaga, zmiany od dnia
1 stycznia 2017 r.**

s. 18

**Wybrane substancje
antyodżywcze
występujące
w żywności**

s. 9



**KOMISJA STOMATOLOGICZNA
OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W SZCZECINIE**



NAJNOWSZE TRENDY W STOMATOLOGII

XVIII Konferencja naukowo-szkoleniowa

17 - 19 MARZEC 2017r.

Hotel AMBER BALTIC, Międzyzdroje

WYKŁADOWCY:

prof. dr hab. n. med. Marzena Dominiak

- Nowości w chirurgii stomatologicznej.

prof. dr hab. n. med. Katarzyna Emerich

*- Zęby mleczne: czy warto leczyć endodontycznie ? a może częściej należy usuwać?
- Fluor - za i przeciw w profilaktyce stomatologicznej.*

prof. Tomasz Gedrange

- Aquasplint – szybka pomoc w leczeniu bólu stawu skroniowo-żuchwowego.

prof. dr hab. n. med. Mariusz Lipski

- Wybielanie przebarwionych zębów bezmiazgowych: najczęstsze trudności i powikłania.

dr hab. n. med. Elżbieta Dembowska, prof. nadzw. PUM

- Periimplantitis- protokół leczenia niechirurgicznego z użyciem laserów diodowych.

dr n. med. Wojciech Bednarz

*- Diagnostyka i profilaktyka recesji dziąsłowych, czynniki wpływające na skuteczność ich leczenia.
- Optymalne sposoby chirurgicznego leczenia recesji dziąsłowych.*

dr n. med. Piotr Okoński

*- Podstawy okluzji w praktyce klinicznej. Zastosowanie łuku twarzowego i artykulatora pomocą w dobrej komunikacji pomiędzy lekarzem a technikiem.
- Leczenie pacjentów z zaburzeniami zwarcia. Zastosowanie materiałów ceramicznych w rekonstrukcji łuku zębowego.*

dr n. med. Marleta Zienkiewicz

- Farmakoterapia zakażeń w stomatologii - wybrane zagadnienia.

Szczegóły konferencji oraz rejestracja dostępne na stronach:

www.trendy17.pl oraz [www.oil.szczecin.pl/konferencje/lekarze dentyści](http://www.oil.szczecin.pl/konferencje/lekarze_dentyści)

Kontakt: Kamila Sidor - tel. 91 487 49 36 wew. 116, e-mail: ksidor@oil.szczecin.pl

Warunkiem uczestnictwa jest wypełnienie elektronicznego formularza zgłoszeniowego i przesłanie go wraz z potwierdzeniem wpłaty - www.trendy17.pl

Dane do przelewu: 2 Event Sp. z o.o. nr konta: 83 1140 2004 0000 3702 7570 6670 z dopiskiem "Trendy 2017"

Bezkosztowe anulowanie zgłoszenia jest możliwe do dnia 20.01.2017r.

Uczestnicy konferencji otrzymują punkty edukacyjne. Ilość miejsc ograniczona.

Organizator zastrzega sobie możliwość zmian w programie konferencji oraz jej odwołania.

Spis treści

Na dobry początek	3
Piórem Pani Prezes	5
Stary czy nowy staż podyplomowy	6
Wyróżnieni za najlepiej zdany w 2016 roku Lekarski Egzamin Końcowy i Lekarsko-Dentystyczny Egzamin Końcowy	8
Wybrane substancje antyodżywcze występujące w żywności	9
Mikołajki z OIL w Szczecinie	14
Wybory – VIII kadencja	17
Umowy zlecenia i umowy o świadczenie usług – uwaga, zmiany od dnia 1 stycznia 2017 r.	18
Wigilia u seniorów	21
Słowo o Kowalu	23
U seniorów dobry początek	25
Opinie – Różne oblicza jedności	26
Nabór na lekarzy sądowych	27
Komisja Kultury, Sportu i Rekreacji	29
Uchwały, Stanowiska i Apele ORL, Prezydium i Zjazdu OIL	31
Wspomnienia	34
V Dzień Mózgu	36



Szanowni Państwo!

Mamy nowy 2017 rok. Jestem przekonany, że witali go Państwo pełni nadziei, że będzie lepszy od minionego. Ale czy taki będzie? W ochronie zdrowia wiele się będzie działo. Według zapowiedzi Ministerstwa Zdrowia i rządu czeka nas prawdziwa rewolucja. Co z niej wyjdzie? Obawy dotyczące planowanych zmian opisuje w swoim artykule Pani Prezes dr Magda Wiśniewska. Zachęcam Państwa do lektury i do dzielenia się swoimi przemyśleniami, które chętnie opublikujemy w dziale OPINIE.

W aktualnym numerze wiele informacji na temat planowanych szkoleń i konferencji. Zachęcam Państwa do zapoznania się z nimi i oczywiście do skorzystania z tej ciekawej formy szkolenia podyplomowego. Prezentujemy również fotoreportaż z imprezy mikołajkowej. Frekwencja jak zwykle dopisała i nasi milusińscy wraz z rodzicami, dziadkami bawili się przednio. Warto zaznaczyć, że otrzymujemy od Państwa bardzo wiele pozytywnych opinii na temat prowadzonych w naszej izbie spotkań integracyjnych i w związku z tym planujemy poszerzenie takich działań w tym roku.

Nie zabraknie również informacji na temat zmieniających się przepisów prawa, a także artykułu dotyczącego żywienia. Wszak jesteśmy tym, co jemy. Wiele do powiedzenia mają nasi seniorzy, którzy jak zwykle doskonale organizują sobie czas i dzielą się z nami wszystkimi swoją aktywnością.

Na koniec nieco przemyśleń samorządowych. Wielu polityków mówi otwarcie o wprowadzeniu kadencyjności w samorządach terytorialnych. Może zatem to dobry czas, aby pomyśleć o wprowadzeniu takiego ostrzeżenia również we władzach naszego samorządu? Na początek może w stosunku do ciała, jakim jest Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej? Jak już pisałem na łamach VOX MEDICI, jest to ewenement w skali naszej korporacji zawodowej (nie ma tak w żadnej Okręgowej Izbie Lekarskiej), że 11 osób w sposób nieskrępowany decyduje o losach blisko 160 tysięcy lekarzy. Smaczkzu dodaje fakt, iż od blisko 12 lat większość w tym gronie stanowią niezmiennie te same osoby.

Jak zwykle zachęcam Państwa do lektury.

*Redaktor naczelny
Łukasz Tyszler*

Biuro Okręgowej Izby Lekarskiej

ul. M. Skłodowskiej-Curie 11
71-332 Szczecin

www.oil.szczecin.pl
biuro@oil.szczecin.pl

Centrala

91 487 49 36
91 487 48 98
91 487 37 24

DANE DO OPŁACENIA SKŁADEK

Okręgowa Izba Lekarska

w Szczecinie,
ul. Marii Skłodowskiej-Curie
11, 71-332 Szczecin
numer konta:

56 1240 3813 1111
0000 4375 7699

z dopiskiem **OBOWIĄZKOWE**
SKŁADKI CZŁONKOWSKIE

Godziny pracy:

BIURO OIL

poniedziałek: 7:30 – 15:30
środa, piątek: 7:30 – 15:00
wtorek, czwartek: 7:30 – 16:00

BIURO OKRĘGOWEGO SĄDU LEKARSKIEGO

poniedziałek: 9:00 – 15:30
wtorek: 9:00 – 16:00
czwartek: 9:00 – 16:00

OKRĘGOWY REJESTR LEKARZY, REJESTR PRAKTYK LEKARSKICH

poniedziałek: 7:30 – 15:30
środa: 7:30 – 15:00
wtorek, czwartek: 7:30 – 16:00
W piątki rejestry nie przyjmują interesantów.

DYREKTOR BIURA OIL

mgr Agnieszka Niśkiewicz
cent. wew. 102

SEKRETARIAT

mgr inż. Marta Mielcarek
cent. wew. 106, fax 91 487 75 61

OKRĘGOWY REJESTR LEKARZY

Prawa Wykonywania Zawodu i Staże Podyplomowe
mgr inż. Lidia Borkowska
cent. wew. 104

Prawa Wykonywania Zawodu, Punkty Edukacyjne oraz Staże Podyplomowe

mgr Krzysztof Halewski
cent. wew. 124

REJESTR PRAKTYK LEKARSKICH ZAŚWIADCZENIA DO UE

Sylvia Chudoba, cent. wew. 112

KSIĘGOWOŚĆ GŁÓWNY KSIĘGOWY

mgr Maria Iwińska
cent. wew. 111

KSIĘGOWOŚĆ, KASA, WINDYKACJA SKŁADEK

mgr Małgorzata Amanowicz
cent. wew. 107
W piątki kasa nie przyjmuje interesantów.

WINDYKACJA SKŁADEK

mgr inż. Marta Mielcarek
cent. wew. 106
wtorek – piątek: 8:00 – 13:00

VOX MEDICI, SPRAWY LEKARZY DENTYSTÓW, KONFERENCJE/SZKOLENIA, IMPREZY KULTURALNO-SPORTOWE

mgr Kamila Sidor, cent. wew. 116

KOMISJA BIOETYCZNA, REJESTR PODMIOTÓW PROWADZĄCYCH KSZTAŁCENIE PODYPLOMOWE

mgr Mirosława Fryś, cent. wew. 110,
fax 91 486 26 31

BIURO OKRĘGOWEGO RZECZNIKA ODPOWIEDZIALNOŚCI ZAWODOWEJ

mgr Marta Hamerska-Litwinowicz
mgr Marta Witek, cent. wew. 103, 117

BIURO OKRĘGOWEGO SĄDU LEKARSKIEGO

mgr Karolina Winter
mgr Sylwia Zaczekiewicz-Hawryluk
cent. wew. 119

Porady prawne w zakresie spraw indywidualnych związanych nie tylko z wykonywaniem zawodu lekarza i lekarza dentystry, ale również z wykonywaniem działalności gospodarczej i życiem prywatnym

Okręgowa Izba Lekarska w Szczecinie zapewnia poprzez:

- porady prawne udzielane podczas dyżuru radcy prawnego w siedzibie OIL w Szczecinie **trzy razy w tygodniu** (po wcześniejszym umówieniu), tj.: wtorek od 11.00 do 16.00 środa od 10.00 do 15.00 czwartek od 11.00 do 16.00
- informacje i porady prawne udzielane za pomocą poczty elektronicznej porady.oil@biuroradcow.pl w terminie 24h od złożonego zapytania w sprawach niewymagających zapoznania się z dokumentami, a w sprawach skomplikowanych w terminie nie dłuższym niż 4 dni robocze.
- telefoniczne porady prawne od poniedziałku do piątku w godzinach od 9⁰⁰ do 17⁰⁰ pod numerem 91 48 46 800 w sprawach niewymagających zapoznania się z dokumentami.



Biuletyn Okręgowej Izby Lekarskiej w Szczecinie

WYDAWCA

Okręgowa Izba Lekarska w Szczecinie,
71-332 Szczecin, ul. M. Skłodowskiej-Curie 11

Materiały i listy do redakcji prosimy przysyłać na adres:
voxmedici@oil.szczecin.pl lub dostarczać do sekretariatu OIL, wyłącznie w formie elektronicznej.

DRUK ZAPOL Sobczyk s.j.

KOLPORTAŻ 5960 lekarzy i lekarzy dentyistów

DO KOLEGIUM REDAKCYJNEGO BIULETYNU „VOX MEDICI” NA OKRES VII KADENCJI 2013–2017 POWOŁUJE SIĘ NIŻEJ WYMIENIONE

OSOBY: Tyszler Łukasz – Redaktor Naczelny, Chruściel Mieczysław, Lipski Mariusz, Ptak Karol, Szydłowska Iwona, Wiśniewska Magda

OPRACOWANIE GRAFICZNE I SKŁAD ZAPOL Sobczyk s.j.

OKŁADKA foto: depositphotos.com

SEKRETARZ VOX MEDICI mgr Kamila Sidor, tel. 91 487 49 36 wew. 116

OSOBY WSPÓŁPRACUJĄCE Halina Piławska, Halina Teodorczyk, Mariusz Pietrzak, Krzysztof Jach, Grzegorz Czajkowski, Wiesław Kupiński

UWAGA!

Reklamy wyłącznie w formatach TIFF lub PDF, CMYK, 300 dpi, spad po 3 mm, wielkością i formatem zgodne z zamówionym modulem. Czcionki zamienione na krzywe. Format netto: 205 x 287 mm.

Redakcja nie ponosi odpowiedzialności za treść ogłoszeń. Sekretariat nie przygotowuje tekstów do publikacji. Redakcja zastrzega sobie prawo do skracania i adiacji nadesłanych tekstów. Nie gwarantujemy publikacji materiałów, które nie zostały zamówione. Przedruk artykułów oraz wykorzystywanie zdjęć za zgodą redakcji.

Redakcja musi być powiadomiona o nadesłaniu materiałów zamieszczonych w innych publikacjach.

HARMONOGRAM PRZYJMOWANIA MATERIAŁÓW I WYSYŁKI NAJBLIŻSZEGO WYDANIA VOX MEDICI

VOX luty-marzec (02/227) ● ostateczny termin nadsyłania materiałów – 9.03.2017 r. ● wysyłka do odbiorców – 27.03.2017 r.

VOX kwiecień-maj (03/228) ● ostateczny termin nadsyłania materiałów – 6.06.2017 r. ● wysyłka do odbiorców – 26.06.2017 r.

ZIMOWE REFLEKSJE



I już mamy nowy, 2017 rok... Z tej okazji wielu z nas podjęło na pewno noworoczne postanowienia i zobowiązania – oby udało się Wam je zrealizować ☺. Za oknami zima w rozkwicie, niedługo ferie oraz czas na chwilę odpoczynku i złapania oddechu w codziennym kieracie obowiązków. Niestety rządzący nas nie rozpieszczają, co i rusz dowiadujemy się o nowych pomysłach na funkcjonowanie opieki zdrowotnej i systemu ochrony zdrowia w naszym kraju.

W ostatnim felietonie pisałam o pomysłach na stworzenie sieci szpitali, czyli podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej. Idea ta zbliża się do nas wielkimi krokami, w trakcie opiniowania jest projekt ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie określenia profili charakteryzujących poziom systemu zabezpieczenia oraz kryteriów kwalifikacji świadczeniodawców do tych poziomów (swoją drogą tytuły projektów aktów prawnych mają chyba spowodować strach przed zgłębianiem się w ich treść). Co można zatem z tych aktów wywnioskować? Przede wszystkim czeka nas nie ewolucja, ale rewolucja systemu ochrony zdrowia: radykalna zmiana zarówno systemu finansowania (wracamy do tzw. budżetowania), jak i organizacji opieki szpitalnej, podstawowej opieki zdrowotnej, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz nocnej i świątecznej pomocy lekarskiej. Tryb i forma ich wprowadzania budzić mogą nie tyle zdziwienie, ile przerażenie. Tak głębokie zmiany wprowadzane ad hoc, bez pilotażu czy częściowego ich rozpoczynania, grożą chaosem i potencjalną zapaścią całego systemu zdrowotnego. A przede wszystkim są niebezpieczne dla zdrowia i życia pacjentów poprzez jak najbardziej realny spadek dostępności do świadczeń. Przykład? Stworzenie sieci szpitali wyeliminuje z rynku wiele podmiotów leczniczych (np. w Śląskiem likwidacja grozi co najmniej 40 szpitalom, podobnie

w Mazowieckiem). Wprowadzone kryteria zakwalifikowania podmiotów do sieci szpitali zamykają drogę wejścia na rynek nowym podmiotom, bowiem wśród warunków zakwalifikowania do sieci wymagane jest, aby podmiot posiadał umowę z NFZ na udzielanie świadczeń w ramach izby przyjęć albo szpitalnego oddziału ratunkowego w okresie co najmniej 2 ostatnich lat kalendarzowych oraz posiadał umowę z NFZ o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie leczenia szpitalnego również w okresie co najmniej 2 ostatnich lat kalendarzowych. Zatem w jaki sposób nowy podmiot, który nie miał zawartych umów z NFZ w okresie ostatnich 2 lat, może wejść do sieci szpitali? Niezrozumiałym jest też fakt całkowitego pominięcia kryteriów jakości, konkurencyjności i efektywności udzielania świadczeń. Może to prowadzić do zaniechania rozwoju podmiotów zakwalifikowanych do sieci, które bez względu na jakość świadczeń będą miały zagwarantowaną umowę z NFZ (lub innym „twarem”, który powstanie w jego miejsce). Taka sytuacja wpłynie na brak motywacji ze strony szpitali do wdrażania nowych, innowacyjnych metod leczenia oraz dbania o jakość usług medycznych i podnoszenia ich efektywności, co może długofalowo utrudnić bądź nawet uniemożliwić lekarzom rozwój w danej dziedzinie medycyny. A pamiętacie Państwo rejonizację? Nikt nie mówi tego wprost, ale tak zaprojektowana sieć szpitali nie udźwignie wyboru przez pacjenta jednostki ochrony zdrowia czy lekarza. Wracamy więc w przyspieszonym tempie do tzw. starych czasów. Projekt ten zakłada również, że sieć obejmie świadczenia z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej realizowane w przychodniach przyszpitalnych oraz świadczenia z zakresu nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej. Jednoznacznie promuje w nim tylko i wyłącznie świadczeniodawców szpitalnych, dla innych jednostek stosować się będzie przepisy dotyczące konkursu ofert i rokozań. W przypadku zaś, gdy w ramach sieci szpitali nie zostanie zabezpieczona nocna

i świąteczna opieka, wybór podmiotów opiekować się będzie na uznaniowość Dyrektora NFZ, który w drodze dowolnej oceny będzie decydował, czy daną jednostką zostanie zakwalifikowana do sieci, pomimo niespełnienia warunków kwalifikacji. Istnieje zatem realne zagrożenie wyeliminowania z rynku usług medycznych gabinetów POZ i innych podmiotów leczniczych nie będących szpitalami z zakresu nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej.

A jak ta reforma może wpłynąć na ochronę zdrowia na naszym terenie? Jej skutkiem będzie przede wszystkim wyeliminowanie z rynku małych, prywatnych podmiotów świadczących głównie świadczenia z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz chirurgii „jednego dnia”, a preferowanie szpitali publicznych (z których prawdopodobnie wszystkie wejdą do sieci na różnych poziomach referencyjności). W dalszej kolejności proste wycięcie: w naszym województwie na 29 podmiotów świadczących nocną i świąteczną opieką zdrowotną 15 to podmioty nie będące szpitalami, co stanowi 50% wszystkich podmiotów świadczących te usługi. Jak można więc pozostać spokojnym, gdy rządzący chcą nam sprezentować taki „pasztecik prawny”? Mam naprawdę duże obawy związane z tymi projektami.

Ale Nowy Rok to również nowe wyzwania. Jako szczeciński samorząd chcemy znacząco rozszerzyć ofertę szkoleń zawodowych (specjalizacyjnych, radiologicznych, prawnych i psychologicznych). Zdając sobie sprawę z tego, że sporo z Was mieszka i pracuje poza Szczecinem, a więc nie może przyjeżdżać do naszej siedziby na szkolenia, chcemy przynajmniej z częścią z nich (głównie prawnych) przyjeżdżać do Was. Zaczynamy w tym trybie od szkoleń z dokumentacji medycznej, ale czekamy na Wasze pomysły, jakie inne kursy chcielibyście przenieść do swoich rejonów. Wszystkie informacje znajdziecie na naszej stronie internetowej ☺.

Magda Wiśniewska

Stary czy nowy staż poddypł

Patrycja Szalkiewicz – radca prawny

Wraz z nowym rokiem 2017 weszła w życie nowelizacja ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry wprowadzona ustawą z dnia 21 października 2016 r. o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. z 2016 r., poz. 2020), która przywraca staż podyplomowy dla lekarzy i lekarzy dentyistów, spełniając postulat ekspertów z dziedziny ochrony zdrowia, którzy od lat wskazywali na konieczność przywrócenia rocznego kształcenia praktycznego absolwentów studiów medycznych.

Co zaś oznacza „przywrócenie stażu”? A mianowicie nic innego, jak jego dalsze obowiązywanie, pomimo wcześniejszej decyzji ustawodawcy o jego zniesieniu. W 2011 r. uchwalono bowiem ustawę, która przewidywała rok 2016 jako ostatni rok finansowania stażu, co oznaczało, iż lekarz i lekarz dentyista nabywać miał pełne prawo wykonywania zawodu, bez odbycia stażu podyplomowego, a tym samym miał uzyskiwać pełne uprawnienia do leczenia pacjentów. Przepisy stanowiły, iż osoby zobowiązane do odbycia stażu podyplomowego, które nie rozpoczęły stażu podyplomowego najpóźniej: dla lekarza z dniem 1 października 2017 r., a dla lekarza dentyisty z dniem 1 października 2016 r. są zwolnione z obowiązku odbycia tego stażu.

Jednakże ww. nowelizacją ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentyisty, uchylono wprowadzoną w 2011 r., daleko idącą reformę w programie kształcenia młodych lekarzy. Zgodnie bowiem z wprowadzonymi od stycznia 2017 r. przepisami ww. ustawy, lekarze i lekarze dentyści będą nadal zobowiązani do odbycia stażu podyplomowego, a w tym celu będą uzyskiwali pełne prawo wykonywania zawodu, ale czasowo, na okres odbycia stażu (w celu odbycia stażu podyplomowego okręgowa rada lekarska przyznaje prawo wykonywania zawodu lekarza albo prawo wykonywania zawodu lekarza dentyisty na czas odbywania tego stażu – art. 5 ust. 7 ww. ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentyisty).

Wedle dotychczas obowiązujących przepisów prawa, na czas odbywania sta-

żu podyplomowego lekarzom i lekarzom dentyistom przyznawane było ograniczone prawo wykonywania zawodu lekarza i ograniczone prawo wykonywania zawodu lekarza dentyisty. Z uwagi zaś na powyższe zmiany, ograniczone prawo wykonywania zawodu przyznane przed dniem wejścia w życie ustawy w celu odbycia stażu podyplomowego stało się z dniem wejścia w życie zmian odpowiednio prawem wykonywania zawodu lekarza i prawem wykonywania zawodu lekarza dentyisty przyznanym na czas określony, które wygasają odpowiednio po odbyciu stażu podyplomowego lub po upływie 5 lat od dnia ich przyznania (art. 10 ust. 1 ustawy z dnia 21 października 2016 r. o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentyisty oraz niektórych innych ustaw).

Poza samą zmianą terminologii prawa przyznanego lekarzom stażystom, nowelizacja ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentyisty przyniosła również zmiany w zakresie uprawnień lekarzy stażystów, poszerzając te uprawnienia o:

- 1) wydawanie skierowań na badania laboratoryjne oraz inne badania diagnostyczne, a po uzgodnieniu z lekarzem posiadającym prawo wykonywania zawodu na czas nieokreślony na badania wymagające metod diagnostycznych i leczniczych stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta;
- 2) udzielanie informacji o stanie zdrowia pacjenta;
- 3) stwierdzanie zgonu;
- 4) wystawianie recept oraz wydawanie opinii i orzeczeń lekarskich po uzgodnieniu z opiekunem treści zawartych w nich informacji.

Pierwsze komentarze mówią jedynie o pozornym poszerzeniu uprawnień młodych lekarzy, wskazując, iż dodane uprawnienia dotyczą czynności o charakterze administracyjnym, jak wypisywanie recept, wydawanie orzeczeń lekarskich oraz skierowań na badania, nie zaś czynności strictly medycznych.

Pytania i wątpliwości budzi zaś uprawnienie do wystawiania recept w zakresie wystawiania recept pro auctore i pro familiae. Niniejsza nowelizacja zastąpiła bowiem

przepis, który wprost zakazywał lekarzom stażystom wystawiania recept, normą uprawniającą do ich wystawiania po uzgodnieniu z opiekunem treści zawartych w nich informacji, bez wyłączenia recept pro auctore i pro familiae. Jednocześnie nowelizacja przyznała lekarzowi stażyście prawo wykonywania zawodu, wprawdzie z czasowym ograniczeniem, lecz zgodnie z art. 2 pkt 14 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz.U. 2016.1536 t.j., ze zm.) osobą uprawnioną jest osoba posiadająca prawo wykonywania zawodu medycznego, która na podstawie przepisów dotyczących wykonywania danego zawodu medycznego, jest uprawniona do wystawiania recept zgodnie z ustawą oraz ustawą z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne. Niniejsza interpretacja wskazywałaby na prawo lekarza stażysty do wystawiania recept pro auctore i pro familiae. Z drugiej zaś strony lekarz stażysta jest uprawniony do wykonywania zawodu wyłącznie w miejscu odbywania stażu, z zastrzeżeniem art. 30 (lekarz ma obowiązek udzielać pomocy lekarskiej w każdym przypadku, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia, oraz w innych przypadkach niecierpiących zwłoki) oraz w sytuacji gdy prowadzi prace badawcze w dziedzinie nauk medycznych pod kierunkiem lekarza posiadającego prawo wykonywania zawodu (art. 15 ust. 3b ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentyisty), co może sugerować, iż przedmiotowe uprawnienie ograniczone jest do wystawiania recept w miejscu odbywania stażu pacjentom przyjmowanym w podmiocie, w którym lekarz odbywa staż podyplomowy.

Na posiedzeniu Senackiej Komisji Zdrowia w dniu 10 listopada 2016 r., radca Ministra w Departamencie Nauki i Szkolnictwa Wyższego w Ministerstwie Zdrowia Barbara Bańczak-Mysiak wyraziła stanowisko, iż omawiany projekt nowelizacji ustawy, nie uprawnia lekarza stażysty do wystawiania recept pro auctore i pro familiae. Jak wskazano, staż podyplomowy, zgodnie z ww. ustawą, jest wykonywany tylko i wyłącznie



omowy

w miejscu odbywania stażu i w ramach świadczeń wykonywanych w stosunku do pacjentów hospitalizowanych w danym podmiocie leczniczym, stacjonarnym czy całodobowym lub też w podmiocie, który udziela innych świadczeń zdrowotnych. Wobec tego pełne działanie lekarza stażysty jest

działaniem na rzecz pacjenta, w uzgodnieniu z opiekunem stażysty, a nie działaniem na swoją rzecz, czy na rzecz swojej rodziny (*stenogram z posiedzenia Senackiej Komisji Zdrowia w dniu 10 listopada 2016 r.*).

W związku z powyższymi wątpliwościami Okręgowa Izba Lekarska w Szczecinie

zwróciła się o zajęcie stanowiska do Ministra Zdrowia, o którym powiadomi członków OIL w Szczecinie niezwłocznie po jego otrzymaniu.

Art. 15 ust. 3b ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry w brzmieniu obowiązującym do 31.12.2016 r.

Stażysta jest uprawniony w szczególności do:

- 1) przedmiotowego i podmiotowego badania pacjenta oraz udzielania porad lekarskich po konsultacji z opiekunem;
- 2) wydawania, po konsultacji z opiekunem, zleceń lekarskich;
- 3) wydawania, po konsultacji z opiekunem, skierowań na badania laboratoryjne oraz inne badania diagnostyczne, z wyjątkiem badań wymagających metod diagnostycznych i leczniczych stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta;
- 4) samodzielnego stosowania, na zlecenie opiekuna, metod diagnostycznych i leczniczych, których praktyczna umiejętność została potwierdzona przez opiekuna;
- 5) wykonywania wspólnie z opiekunem zabiegów operacyjnych oraz wspólnie stosowania metod leczniczych i diagnostycznych objętych programem stażu;
- 6) prowadzenia, pod nadzorem opiekuna, historii choroby i innej dokumentacji medycznej;
- 7) udzielania informacji o stanie zdrowia pacjenta, po skonsultowaniu z opiekunem treści tych informacji;
- 8) zlecenia czynności pielęgnacyjnych;
- 9) w stanach nagłych do doraźnego podania lub zlecenia podania pacjentowi leków, a jeżeli są to leki silnie lub bardzo silnie działające – po zasięgnięciu, w miarę możliwości, opinii jednego lekarza.

Art. 15 ust. 3b ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry w brzmieniu obowiązującym od 1.01.2017 r.

Stażysta jest uprawniony w szczególności do:

- 1) przedmiotowego i podmiotowego badania pacjenta oraz udzielania porad lekarskich po konsultacji z opiekunem;
- 2) wydawania, po konsultacji z opiekunem, zleceń lekarskich;
- 3) wydawania skierowań na badania laboratoryjne oraz inne badania diagnostyczne, a po uzgodnieniu z *lekarzem* posiadającym prawo wykonywania *zawodu* na czas nieokreślony na badania wymagające metod diagnostycznych i leczniczych stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta;
- 4) samodzielnego stosowania zleconych przez *lekarza* posiadającego prawo wykonywania *zawodu* na czas nieokreślony metod diagnostycznych i leczniczych, których praktyczna umiejętność została stwierdzona przez opiekuna;
- 5) wspólnego z *lekarzem* posiadającym prawo wykonywania *zawodu* na czas nieokreślony stosowania metod diagnostycznych i leczniczych stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta oraz wspólnego z nim wykonywania zabiegów operacyjnych, objętych programem stażu podopiecznego;
- 6) prowadzenia we współpracy z opiekunem historii choroby i innej dokumentacji medycznej;
- 7) udzielania informacji o stanie zdrowia pacjenta;
- 8) zlecenia czynności pielęgnacyjnych;
- 9) w stanach nagłych do doraźnego podania lub zlecenia podania pacjentowi leków, a jeżeli są to leki silnie lub bardzo silnie działające – po zasięgnięciu, w miarę możliwości, opinii jednego *lekarza*;
- 10) stwierdzania zgonu;
- 11) wystawiania recept oraz wydawania opinii i orzeczeń lekarskich po uzgodnieniu z opiekunem treści zawartych w nich informacji.

**Sprawozdawczo-Budżetowy Okręgowy Zjazd Lekarzy
Okręgowej Izby Lekarskiej w Szczecinie
odbędzie się 8 kwietnia 2017 r. w Hotelu Silver w Szczecinie**



Wyróżnieni za najlepiej zdany w 2016 roku Lekarski Egzamin Końcowy i Lekarsko-Dentystyczny Egzamin Końcowy

Na posiedzeniu Okręgowej Rady Lekarskiej w Szczecinie 14 grudnia 2016 r. wyróżnieni zostali lekarze i lekarze dentyści, którzy spośród zdających członków OIL w Szczecinie uzyskali najlepszy wynik na Lekarskim Egzaminie Końcowym i Lekarsko-Dentystycznym Egzaminie Końcowym w 2016 roku

Lekarski Egzamin Końcowy:

- lek. Kamila Kutrzuba – 168 pkt
- lek. Łukasz Zwarzany – 167 pkt
- lek. Karol Sagan – 166 pkt

Lekarsko-Dentystyczny Egzamin Końcowy:

- lek. dent. Joanna Gołowkin – 165 pkt
- lek. dent. Piotr Kuligowski – 163 pkt
- lek. dent. Elżbieta Griszczenko – 162 pkt

Wyróżnionym zostały wręczone przez dr n. med. Magdę Wiśniewską – Prezes ORL w Szczecinie starodruki z przysięgą Hipokratesa.

Gratulujemy naszym Koleżankom i Kolegom tak wspaniale zdanego egzaminu zawodowego!

Komunikat w sprawie zmiany opłat dotyczących zaświadczeń związanych z procedurą uznawania kwalifikacji w UE

Za każde zaświadczenie związane z procedurą uznawania kwalifikacji (tzw. zaświadczenia unijne) wydawane na wniosek lekarza lub lekarza dentystry przez Okręgową Radę Lekarską w Szczecinie **pobierana jest opłata w wysokości 3% minimalnego wynagrodzenia za pracę obowiązującego w roku wydania zaświadczenia.**

Od dnia 1 stycznia 2017 r. minimalne wynagrodzenie za pracę wynosi 2000 zł – tym samym **opłata za każde zaświadczenie od dnia 1 stycznia 2017 r. wynosi 60 zł.**

Opłatę uiszcza się przelewem na rachunek bankowy OIL w Szczecinie, kartą lub gotówką w kasie:

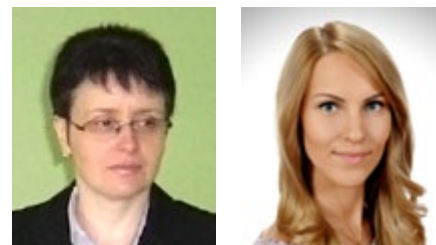
Konto bankowe: PEKAO S.A. I O/Szczecin numer konta: 56 1240 3813 1111 0000 4375 7699

Pobieranie powyższych opłat wynika z:

1. art. 6 ust. 13 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry dodanego na mocy art. 64 pkt. 4 lit. c ustawy z dnia 22 grudnia 2015 r. o zasadach uznawania kwalifikacji zawodowych nabytych w państwach członkowskich Unii Europejskiej.
2. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 9 września 2016 r. w sprawie wysokości minimalnego wynagrodzenia za pracę w 2017 r. (Dz.U. 2016 r., poz. 1456).

Wybrane substancje antyodżywcze występujące w żywności

dr hab. inż. Zuzanna Goluch-Koniuszy
mgr inż. Maria Salmanowicz



Substancje antyodżywcze (nieodżywcze, antyżywniowe, *antinutritional substances*) to substancje występujące w żywności, które ograniczają bądź uniemożliwiają wykorzystanie składników odżywczych, lub substancje wywierające szkodliwy wpływ na organizm ludzki. Mogą one interferować z procesem trawienia, wchłaniania i niektórymi innymi etapami metabolizmu substancji odżywczych, przez co obniżają ich wykorzystanie jako składników energetycznych lub budulcowych. Substancje te mają pochodzenie naturalne lub zostały one celowo dodane przez człowieka lub są skutkiem różnego typu zanieczyszczeń żywności. Odgrywają one istotną rolę w etiopatogenezie wielu chorób.

Największe znaczenie praktyczne mają: substancje wolotwórcze, toksyny roślin bobowatych, glikoalkaloidy, lektyny, aminy biogenne, metyloksantyny, fitoaleksyny, saponiny i szczawiany. Produkty stanowiące źródło substancji antyżywniowych dzięki odpowiedniej obróbce technologicznej mogą zostać wyeliminowane i/lub ich działanie może zostać ograniczone. Zawartość wybranych substancji antyodżywczych w produktach spożywczych zawarto w tabeli 1.

Kwas fitynowy (IP6) zawierający sześć grup fosforowych oraz jego pochodne zawierające od 3 do 5 grup (IP3, IP4, IP5). Występuje naturalnie w: ziarnach zbóż, płatkach zbożowych, nasionach roślin strączkowych i gryce. Prawie 70% całkowitego fosforu występującego w ziarnach jest w postaci IP6. Rozłożenie kwasu fitynowego w ziarnach nie jest równomierne, gdyż jest on zlokalizowany głównie w warstwie aleuronowej. Wyjątek stanowi kukurydza, w której kwas fitynowy w 95% występuje w zarodku.

Kwas fitynowy oraz jego izomery znajdująca się np. w chlebie pieczonym na drożdżach, tworzą nierozpuszczalne połączenia z pierwiastkami występującymi w mące, takimi jak: Fe, Zn, Ca, Na, P, Mg i Mn, tworząc fityniany. Mąki z wysokiego przemiału, pełnoziarniste pieczywo oraz grube kasze zawierają więcej

tych związków niż mąki z niskiego przemiału, drobne kasze i jasne pieczywo, ale te jednak charakteryzują się wyższym indeksem i ładunkiem glikemicznym. Dlatego monotonne i długotrwałe spożywanie znacznych ilości produktów bogatych w kwas fitynowy może doprowadzić do niedoborów ww. składników mineralnych w ustroju i być przyczyną demineralizacji ustroju, krzywicy, osteoporozy oraz zaburzeń mineralizacji szkliwa uzębienia.

Ponadto kwasy fitynowe oddziałują także z białkami, obniżając tym samym ich rozpuszczalność. W organizmie ssaków kwasy te tworzą także połączenia jonowe z enzymami trawiennymi (w składzie których np. znajduje się cynk) i przez ten fakt mogą ograniczać ich funkcje fizjologiczne. Już w latach 80. wykazano, że kwas fitynowy wyodrębniony z owsa ma zdolność hamowania aktywności enzymów przewodnictwa pokarmowego tj. pepsyny, trypsyny i/lub amylazy, wpływając na utrudnienie trawienia i zmniejszenia biodostępności białek i skrobi.

Z punktu widzenia konsumenta istotne znaczenie mają procesy technologiczne modyfikujące stopień wiązania kationów przez kwasy fitynowe. Jednak znaczne obniżenie zawartości kwasów fitynowych w produktach znajdujących się w diecie może być przyczyną jednocześnie obniżonej podaży znajdujących się w ziarnach zbóż białek, lipidów, witamin z grupy B, witaminy E, kwasu foliowego, biotyny oraz substancji mineralnych (Mg, Ca, Zn). Dlatego w piekarnictwie dobrym technologicznym rozwiązaniem jest wykorzystanie zbóż o obniżonej zawartości fitynianów lub wytwarzanie pieczywa i ciast na zakwasie, gdyż bakterie fermentacji mlekowej są źródłem enzymu fitazy, która katalizuje uwalnianie fosforanów z fitynianów, hydrolizuje kompleksy utworzone przez fityniany i jony metali.

W gospodarstwie domowym zastosowanie technik kulinarnych (moczenie płatków, mielenie ziaren, obróbka termiczna, kiełkowanie nasion i ich fermentacja z udziałem bakterii kwasu mlekowego), przed spożyciem produktów będących źródłem kwasu fitynowego, może zmniejszyć jego negatywne działanie. Zastosowanie ww. obróbki, np. moczenia na-

sion roślin strączkowych, może wpłynąć na obniżenie zawartości kwasu fitynowego od 4 do 37%.

Kwas szczawiovowy jest związkiem antyżywniowym, który naturalnie występuje głównie w produktach pochodzenia roślinnego. W tkankach roślinnych obecny jest w dwóch formach: rozpuszczalnej (szczawian potasu, sodu, amonu i litu) oraz nierozpuszczalnej (szczawian wapnia, magnezu i żelaza). Szczawiany są endogennie syntetyzowane w wyniku metabolizmu kwasu askorbinowego i glioksalanów, jako końcowy produkt przemian alaniny, glicyny i seryny. Antyżywniowe działanie szczawianów dotyczy głównie form rozpuszczalnych i polega na ich wchłanianiu z przewodnictwa pokarmowego, następnie wiązaniu z jonami wapnia, tworząc nierozpuszczalne kompleksy w postaci szczawianów wapnia. Proces ten powoduje zmniejszenie dostępności jonów wapnia w osoczu krwi, co prowadzi do zaburzeń w gospodarce wapniowo-fosforanowej. Kwas szczawiovowy w połączeniu z kwasem fitynowym wywiera szczególnie niekorzystne działanie demineralizacyjne.

Największe ilości kwasu szczawiovowego zawierają: szpinak, rabarbar, liście buraka ćwikłowego, migdały, orzeszki ziemne, truskawki oraz niedojrzałe pomidory. Bogatym źródłem szczawianów są również używki: kawa, herbata i kakao. Piwo, pomimo że produkowane jest z surowców zawierających kwas szczawiovowy, zawiera mniej tego kwasu w porównaniu z naparami z herbaty czarnej lub naturalnej kawy mielonej i typu instant. Jednak ważna jest nie tylko zawartość kwasu szczawiovowego w produktach, ale również jego stosunek do zawartości wapnia (Oxa/Ca), który powinien być niższy niż 1.0. Na przykład pietruszka zwyczajna zawiera przeciętnie 140-200 mg/100 g kwasu szczawiovowego, ale jednocześnie zawiera 180-290 mg/100 Ca i dlatego stosunek Oxa/Ca jest korzystny, gdyż wynosi zaledwie 0,32.

Przeciętne spożycie szczawianów w diecie zachodniej wynosi 50-150 mg/dobę, natomiast w diecie wegetariańskiej około 150 mg/dobę. Biodostępność szczawianów z różnych źródeł pokarmowych wynosi od 2-15% (np. 1% dla rabarbaru i szpinaku, 22% dla herbaty). Nie-

rozpuszczalny szczawian wapnia wydalany jest z kałem, natomiast rozpuszczalne szczawiany z moczem i są głównie pochodzenia endogenne (33-50% z metabolizmu askorbinianu, 40% z metabolizmu glicyny), a tylko 10-15% stanowią związki pochodzące z diety.

Działanie antyodżywcze kwasu szczawowego można zmniejszyć poprzez ograniczenie spożywania produktów będących jego źródłem lub oddzielnego spożywania produktów zawierających łatwo przyswajalny wapń. Moczenie i kielkowanie surowej soi powoduje zmniejszenie zawartości szczawianów. Gotowanie szczawiu i szpinaku (z odłaniem wody) powoduje spadek zawartości szczawianów rozpuszczalnych o 47%, natomiast nierozpuszczalnych tylko o 10%. Błanszowanie i fermentacja roślin również zmniejsza zawartość szczawianów.

Saponiny to naturalne związki powierzchniowo czynne występujące prawie wyłącznie w świecie roślinnym. Występują w formie glikozydów, mają charakter triterpenoidów lub steroli, tworzą wielopierścieniowy aglikon, określane mianem sapogeniny. Aglikon jest połączony z resztą cukrową wiązaniem O-glikozydowym lub estrowym. W resztach glikozydowych najczęściej występują: glukoza, galaktoza, ramnoza, ksyloza, arabinoza i kwas glukuronowy, ale zdarza się też apioza – cukier rzadko występujący w roślinach. Produkty spożywcze zawierające duże zawartości saponin to: soja, szpinak, buraki ćwikłowe, szparagi, owies i ziemniaki. Nasiona soi zawierają około 0,5% saponin i są to związki o strukturze triterpenów.

Saponiny w owsie stanowią dwie duże grupy związków nazywanych awenakozydami A i B, które różnią się liczbą reszt cukrowych. Ich zawartość w ziarnach owsa wynosi około 0,02-0,05%. Przyspieszają one zdolność organizmu do wchłaniania jonów wapnia i krzemu, w ten sposób stymulując jego wzrost. Jednak część badań wykazuje, że saponiny ograniczają przyswajanie składników odżywczych z pożywienia, trawienie białek (hamują aktywność trypsyny i chymotrypsyny) i przyswajanie niektórych witamin i składników mineralnych, powodując zmniejszenie tempa wzrostu i obniżenie stężenia glukozy we krwi, przyczyniając się do hipoglikemii.

Ponadto wykazano, że saponiny działają na mechanizmy enzymatycznego i nieenzymatycznego transportu przez błonę enterocytów jelit, zmniejszając aktywność transportu czynnego dla glukozy i galaktozy oraz jonów żelaza. Wchłanianie bierne dla L-glukozy jest zwiększone, co wskazuje, że saponiny hamują nie tylko absorpcję czynną, ale i trawienie węglowodanów poprzez hamowanie aktywności

disacharydaz i laktazy oraz prawdopodobnie amylazy. Obserwuje się nasiloną odpowiedź alergiczną przez związki toksyczne, które w warunkach fizjologicznych nie są wchłaniane, a pod wpływem saponin ulegają zwiększonej absorpcji. Jednocześnie wykazano, że saponiny mogą łączyć się nieodwracalnie z błoną komórkową erytrocytów, zwiększając jej przepuszczalność. Właściwości hemolityczne saponin polegają na nieodwracalnym uszkodzeniu błony lipidowej erytrocytów. Dochodzi wówczas do rozerwania membran i uwolnienia hemoglobiny na skutek obniżonej oporności osmotycznej krwinki czerwonej. Ponadto saponiny na skutek antagonizmu z witaminą D₃ mogą być przyczyną osteomalacji. Zawartość saponin w żywności ulega częściowej degradacji pod wpływem obróbki technologicznej.

Glikozydy, wśród których na uwagę zasługują pochodne pirymidyny znajdujące się naturalnie w nasionach bobu, bobiku i niektórych gatunkach fasoli, takie jak: wicyna, konwicyna i ich toksyczne aglikony: diwicyna i izouramil. U osób z genetycznie uwarunkowanym niedoborem enzymu dehydrogenazy 6-fosforanowej, a często spożywających ww. rośliny (basen Morza Śródziemnego), związki te wywołują „chorobę fasolową” (tzw. fawizm), objawiającą się zawrotami głowy, zaburzeniem ze strony układu pokarmowego i prowadzącą do niedokrwistości hemolitycznej.

Spośród glikozydów cyjanogennych najbardziej znane są amigdalina i linamaryna. Największe ilości amigdaliny stwierdzono w nasionach moreli, migdałów, brzoskwiń, wiśni, czereśni i pigwy oraz w pestkach jabłek. Dlatego pewne ilości tego związku mogą z pestek przechodzić do kompotów i wódek (nalewek) wytwarzanych z wiśni i czereśni. Amigdalina w przewodzie pokarmowym, pod wpływem enzymu β-glukozydazy, ulega degradacji z wydzieleniem toksycznego cyjanowodoru oraz nieszkodliwego aldehydu benzoesowego.

Linamaryna spotykana jest w nasionach lnu i w niektórych odmianach fasoli (*Phaseolus lunatus* L.) uprawianych m.in. w Polsce. W przypadku gotowania takiej fasoli pod przykryciem może dojść do zatrucia cyjanowodorem. Mechanizm toksycznego działania cyjanoków polega na łączeniu się jonów cyjanokowych (CN⁻) z kationami, metaloproteinami, enzymami. Połączenie jonu cyjanowego z integralnym składnikiem oksydazy cytochromowej znajdującej się w mitochondriach powoduje zahamowanie oddychania komórkowego, nasilenie glikolizy beztlenowej, a w efekcie niedotlenienie tkanek

i kwasieć metaboliczną. Cyjanoki powodują też dodatkowe zaburzenia metabolizmu komórek poprzez hamowanie aktywności innych enzymów, np. dekarboksylazy glutaminowej, dehydrogenazy bursztynianowej, katalazy, peroksydazy, oksydazy ksantynowej, ahydrazy węglanowej. Cyjanowódor jest skutecznym inhibitorem enzymów zawierających metale i ma bardzo silne powinowactwo do żelaza porfiryнового układu oddechowego białek enzymatycznych. Śmierć komórek następuje na skutek „głodu tlenowego”.

Już w latach 90. wykazano, że większość związków cyjanogennych występujących w żywności zostaje eliminowana w czasie jej przetwarzania, zatem otrzymywane produkty nie powinny stanowić większego zagrożenia dla zdrowia i życia człowieka. Ponadto organizm ludzki ma zdolność detoksykacji cyjanowodoru pod warunkiem, że cyjanogeny produkt spożywany jest w niewielkich dawkach i rozłożony w czasie. Nasiona migdałowca gorzkiego (*Prunus dulcis* var. *amara*) zawierają 3-5% amigdaliny i spożycie 50-60 jego nasion może skutkować śmiercią. Natomiast nasiona migdałowca słodkiego (*Prunus dulcis* var. *dulcis*) wykazują 40-krotnie mniejsze stężenie cyjanowodoru i są uważane za bezpieczne do spożycia. Jednak spożycie nasion zawierających duże ilości glikozydów cyjanogennych powoduje nudności, wymioty, biegunki, bóle brzucha i trudności z oddychaniem. Dla bezpieczeństwa konsumenta zaleca się zalanie migdałów wodą (konieczna do hydrolizy enzymatycznej amigdaliny) i moczenia ich przez kilka godzin lub (aby przyspieszyć proces) zalania ich ciepłą wodą o temperaturze około 50°C, gdyż wyższa temperatura może inaktywować hydrolizujący enzym emulsynę. Następnie należy prażyć migdały w celu usunięcia lotnego cyjanowodoru.

Glukozynolany to roślinne siarkowe tioglikozydy, zawierające w swoim składzie cząsteczkę glukozy, siarkę oraz resztę aminokwasową. Glukozynolany występują we wszystkich warzywach kapustnych, różnych odmianach rzepy, brukwi, rzodkwi oraz w nasionach gorzycy i rzepaku. Związki te zaliczane są do wtórnych metabolitów roślin. O ich pozytywnym działaniu w zakresie żywieniowej profilaktyki chorób nowotworach napisano już wcześniej (Vox Medici 2016, 3). Glukozynolany jednak łatwo ulegają hydrolizie enzymatycznej i nieenzymatycznej pod wpływem enzymu – mirozynazy, występującego w tkankach roślin kapustnych. Jest on uwalniany w wyniku uszkodzenia komórek roślinnych zarówno u człowieka w jamie ustnej po spożyciu (cięcie, miażdżenie, żucie, gryzienie),

jak i podczas procesów technologicznych. W jamie ustnej powstaje charakterystyczny ostry, niekiedy piekący smak, np. po spożyciu chrzanu czy kapusty sitowatej zwanej goryczyą sarepską. Właśnie te walory smakowe wykorzystuje się w celach kulinarnych, jako cenione przyprawy.

Proces degradacji glukozyzolanów przebiega w różny sposób w zależności od pH środowiska. U zwierząt glukozyzolany rozkładane są przez mirozynazę do nityryli (R-CN), izotiocyanianów (ITC), winyloksazolidonu (goitryna WOT) i jonu tiocyanowego. Produkty te mogą być wchłaniane w jelicie cienkim, a niehydrolizowane glukozyzolany podlegają hydrolizie pod wpływem mikroflory w okrężnicy i są częściowo wchłaniane w jelicie grubym. Związki te zakłócają czynność nadnerczy, trzustki, wątroby i nerek poprzez działanie goitrogenne. Wywołują przerosł tarzcycy i pobudzają jej aktywność z jednoczesnym obniżeniem stężenia jej hormonów we krwi. Przyczyniają się do hamowania wnikania jodu do tarczycy i jodowania tyrozyny w tyreoglobulinę, co zmniejsza ilość wytwarzanej tyroksyny i trójiodotyroniny. Ponadto WOT może powstawać także z tiocyanianów pod wpływem podwyższonej temperatury w obecności tlenu. Dlatego nadmierne spożywanie glukozyzolanów może powodować działanie wolotwórcze (goitrogenne), a nawet mutagenne. Goitrogenne działanie produktów rozpadu glukozyzolanów jest większe, jeśli ilość jodu w diecie jest mniejsza. Dlatego istotne jest, aby spożycie warzyw kapustnych (kapusta głowiasta, brokuł, kalafior, jarmuż, kapusta brukselska) związane było z obecnością w pożywieniu jodu. Gotowanie ww. warzyw w temperaturze 90°C powoduje denaturację białek enzymatycznych i dezaktywację mirozynazy.

Taniny są to naturalne substancje występujące w roślinach. Zaliczane do polifenoli rozpuszczalnych w wodzie, zdolnych do wytrącania z roztworów białek, a także kwasów nukleinowych, alkaloidów i niektórych polisacharydów. Ze względu na budowę i właściwości taniny dzielone są na dwie grupy: taniny hydrolizujące – poliestry kwasu galusowego oraz jego pochodne z monosacharydami (najczęściej z glukozą) oraz taniny niehydrolizujące – skondensowane (proantocyjanidyny) zbudowane z cząsteczek katechin połączonych wiązaniami węgla, które nie ulegają rozerwowaniu w procesie hydrolizy.

Taniny hydrolizujące charakteryzują się dużą różnorodnością form budowy, jednak nie występują w dużych ilościach, znaleźć je można w zdrewniałych częściach niektó-

rych roślin. Taniny niehydrolizujące występują w wielu owocach, zwłaszcza niedojrzałych, ale też w warzywach strączkowych, nasionach oleistych, ziarnach zbóż, a nawet w pestkach winogron. Taniny nadają charakterystyczną cierpkość i goryczkę owocom, herbacie, winu, piwu i ziarnom kakaowca. Tworzą kompleksy z białkami i polisacharydami, nadając cechy sensoryczne owocom, warzywom oraz żywności przetworzonej.

Głównym efektem interakcji tanin z białkami (np. nasion roślin strączkowych) jest blokowanie aktywności enzymów proteolitycznych (trypsyny i chymotrypsyny) w układzie pokarmowym, co ogranicza ich strawność. Taniny obecne w produktach hamują również aktywność amylazy, wpływając na wykorzystanie energii z pożywienia, gdyż obniżona jest biodostępność węglowodanów. Duża konsumpcja herbaty o znacznej zawartości tanin może być przyczyną ograniczenia przyswajalności niektórych metali, m.in. żelaza, z którymi tworzą one kompleksy nieulegające rozkładowi w przewodzie pokarmowym, co predestynuje do wystąpienia anemii. Również taniny utrudniają wchłanianie wapnia z przewodu pokarmowego, co może być przyczyną rozwoju osteoporozy. Jednocześnie wykazano, że taniny wpływają na biodostępność witamin A i B₁₂ poprzez tworzenie z nimi również nierozpuszczalnych związków. Ponadto dodatek do herbaty mleka lub soku cytrynowego (bogatego w witaminę C) może zredukować ten niekorzystny wpływ. Również zaleca się spożywanie herbaty pomiędzy posiłkami, a nie podczas nich. Zawartość tanin w nasionach fasoli można skutecznie zmniejszyć przez luskanie (najwięcej taniny jest w okrywkach),

namaczanie, kiełkowanie i procesy cieplne (gotowanie, autoklawowanie, mikrofalowanie).

Glikoalkaloidy (alkaloidy w połączeniu z kilkoma cząsteczkami cukru) są wtórnymi metabolitami roślin z rodziny psiankowatych (*Solanaceae*) i obecnie znanych jest aż 90 alkaloidów u ponad 350 gatunków z tej rodziny. Ich przedstawicielami są: w ziemniaku – α -solanina, α -chakonina, demissyna, komersonina, dehydrokomersonina, w pomidorze – tomatyna i dehydrotomatyna o słabszym działaniu niż solanina, w bakłażanie i obrzynie – α -solanina i α -solamargina.

Fizjologicznie solanina w ziemniaku pełni funkcję ochronną, gdyż gromadzi się w miejscu mechanicznego uszkodzenia (pęknięć, stłuczeń) lub infekcji (grzyb, zgnilizna). Więcej jej jest również w bulwach niedojrzałych i w młodych kiełkujących ziemniakach, w młodych pędach oraz niedojrzałych pomidorach niż w dojrzałych częściach tych roślin. Solanina nie znajduje się w miąższu bulwy ziemniaka.

Glikoalkaloidy ziemniaka i pomidora hamują czynność esterazy cholinowej, działają na centralny system nerwowy, powodują zaburzenia ze strony układu pokarmowego (mdłości, wymioty, biegunka, kolki), hemolizę erytrocytów oraz zaburzenia krążenia. Tradycyjnie przygotowane ziemniaki są bezpieczne dla konsumenta, jednak w przypadku wystawienia bulw na działanie promieni słonecznych w ich miąższu powstaje solanina z jednoczesnym powstawaniem maskującego jej obecność chlorofilu. Powoduje to zazielenienie bulwy, dlatego przy małych ich powierzchniach należy je usuwać przy obieraniu, natomiast przy dużych powierzchniach zazielenienia zrezygnować ze spożywania

Nie pozwolę wszczepić
mojemu dziecku gendera !

Jeszcze go nauczą sprzątać
po dziewczynkach !



Tabela 1. Zawartość wybranych naturalnych substancji nieodżywczych w żywności pochodzenia roślinnego

Nazwa produktu	Zawartość:
Kwasu fitynowego (g/100 g)	
Pszenica	0,23-0,29
Żyto	0,25
Jęczmień	0,22-0,29
Owies	0,21
Kukurydza	0,21
Otręby pszenne	0,72-0,92
Otręby gryczane	0,35-0,38
Fasola czerwona	1,99
Szczawianów (mg/100 g św. m.)	
Rabarbar ogrodowy	275-1336
Szczaw zwyczajny	270-730
Burak zwyczajny	121-450
Szpinak warzywny	320-1260
Kawa arabska	50-150
Kawa rozpuszczalna	1900
Kawa zbożowa	749
Herbata czerwona	832
Herbata zielona liściasta	636-1306
Herbata czarna liściasta	1572
Herbata chińska	300-2000
Ziemniak	20-141
Kapusta warzywna	0-125
Pietruszka zwyczajna	140-200
Owoce leśne	10-12
Saponin (g/kg)	
Ciecierzycza pospolita	2,3-60
Soja warzywna	5,6-56
Fasola zwyczajna	4,5-21
Bób	3,5
Soczewica jadalna	1,1-5,1
Groch zwyczajny	1,1-1,8
Szparag lekarski	15,0
Szpinak warzywny	47,0

Nazwa produktu	Zawartość:
Burak zwyczajny	58,0
Amigdaliny w nasionach (mg/g)	
Morela	14,37
Wiśnia czarna	2,68
Wiśnia czerwona	3,89
Nektaryna	0,11
Brzoskwinia	6,81
Śliwka zielona	17,44
Jabłko	2,96
Gruszka	1,29
Cukinia	0,21
Ogórek	0,07
Melon	0,12
Glukozynolanów (mg/g)	
Chrzan	33,2-35,4
Gorczyca biała	22,0-52,0
Gorczyca czarna	18,0-60,0
Soja, rzepak, len	1,8-77,7
Kapusta, kalfior, brukselka, brokuł	0,077-4,29
Tanin (%)	
Pszenica	0,12-0,41
Kukurydza	0,13-0,14
Ciecierzycza	0,03-0,22
Soja	0,045
Fasola półksiężycowata (limerńska)	0,77
Groszek	0,43-0,47
Bób	0,75-1,92
α-solaniny (mg/kg św. m.)	
Ziemniaki obrane i ugotowane	0,4-0,6
Frytki	4,61-4,8
Frytki mrożone	0,8-0,84
Chipsy	10,65-50,2

takich bulw. Ponieważ w miejscu kiełkowania ziemniaka również powstaje solanina, należy tzw. oczka (stożek wzrostu pędu) usuwać przy obieraniu. Solanina jest oporna na wysokie temperatury (częściowa degradacja dopiero > 170°C), dlatego gotowanie nie niszczy jej, choć pewna ilość jest wypłukiwana podczas gotowania z zewnętrznych warstw bulwy. Gotowanie ziemniaków „w mundurkach” ogranicza przejście solaniny z bulwy do wody. Nie usuwa jej też gotowanie ziemniaków na parze lub w mikrofalówce. Pieczenie i smażenie ziemniaków zmniejsza zawartość solaniny w niewielkim stopniu. Ponadto ziemniak zawierający podwyższoną zawartość solaniny ma gorzki lub cierpki smak, dlatego lepiej nie spożywać takich bulw. Zasadnym jest kupowanie ziemniaków na bieżąco i najlepiej odmian o obniżonej zawartości solaniny. Ziemniaki przechowywane w profesjonalnych przechod-

walniach mają zapewnione odpowiedniejsze warunki przechowywania (w ciemności, temperatura 1-4°C, wilgotność 85-90%) niż kopcowane. Według Komitetu Ekspertów ds. Dodatków do Żywności FAO-WHO maksymalna dopuszczalna zawartość alkaloidów wynosi od 1 mg do 10 mg/100 g bulwy. Stężenie około 14 mg/100 g nadaje roślinom gorzki smak, natomiast > 20 mg/100 g powoduje uczucie pieczenia w jamie ustnej i gardle.

Lektyny mają jedną lub więcej niekatalityczną domenę, za pomocą której wiążą w sposób odwracalny reszty cukrowe (mono- lub oligosacharydy). Ich rola fizjologiczna polega w obronie roślin przed fitopatogenami i roślinożercami, na działaniu cytotoksycznym, grzybobójczym, owadobójczym i pasożytniczym. Przykładowo lektyny wiążące D-mannozę i D-glukozę znajdują się w nasionach grochu, wyki, soczewicy i mają działanie mitogenne

w stosunku do leukocytów, a lektyny wiążące N-acetylo-D-galaktozaminę, występujące w soi i fasoli półksiężycowatej, są mutagenne.

W uprawianej w Polsce fasoli czerwonej oraz w nasionach bobu występuje białko fazyna (fitohemaglutynina), która powoduje sklejanie się erytrocytów. Jednak fazyna ulega rozkładowi podczas obróbki termicznej, dlatego wymagane jest gotowanie fasoli czerwonej w temperaturze 100°C przez co najmniej 30 minut. Natomiast jej obróbka w mikrofalach i innych urządzeniach w których temperatura jest niższa niż 75°C, może nie być wystarczająca. Spożywana najczęściej fasola czerwona w puszcze jest w obróbce przemysłowej poddawana obróbce cieplnej, dlatego można ją spożywać na zimno jako dodatek do surówek i sałatek.

Enzymy **tiaminazy**, rozkładające tiaminę (witaminę B₁) wykryto u bakterii, drożdży,

niektórych ryb i skorupiaków, a także u roślin. Występują dwie formy tego enzymu. Tiaminaza I to transferaza pirymidynowa rozkładająca tiaminę, wymieniając pierścień tiazolowy na prolinę lub cysteinę. Obecność tego enzymu i jego aktywność może wywoływać zatrucia u zwierząt, a także u ludzi, których głównym pożywieniem są skorupiaki i ryby zawierające ten enzym. Tiaminaza II to hydrolaza rozkładająca wolną tiaminę na część tiazolową i pirymidynową. Badania wykazują, że ta forma enzymu nie wykazuje aktywności w stosunku do fosforyzowanych pochodnych tiaminy, lecz może brać udział w odzyskiwaniu produktów degradacji tiaminy i przekształcać je do prekursorów niezbędnych do ponownej biosyntezy tej witaminy.

Askorbinaza jest enzymem z grupy oksydaz, występującym w niektórych produktach pochodzenia roślinnego. Działanie jej polega na rozkładzie kwasu askorbinowego. Jak wykazano, optymalne warunki dla aktywności tego enzymu są w temperaturze 40-70°C. Tradycyjne metody gotowania z rozpoczęciem procesu od zimnej wody powodują największe straty witaminy C, bo aż 41% w ziemniakach i 39% w brukselce. Termiczna inaktywacja askorbinazy następuje podczas blanszowania owoców i warzyw. Jednak działanie kwaśnego środowiska (poniżej pH 5) i niska temperatura, a zwłaszcza zamrażanie, hamują działanie askorbinazy i tym samym zmniejszają rozkład witaminy C.

Wykazano zmiany zawartości witaminy C w ogórku świeżym i jego przetworach. W przypadku ogórków świeżych przyczyną spadku zawartości tej witaminy jest m.in. aktywacja askorbinazy (poprzez uwolnienie jej ze struk-

tur komórkowych). Natomiast w przypadku kisenia ogórków niskie pH ogranicza działanie askorbinazy, natomiast spadek zawartości kwasu askorbinowego związany jest z procesem utleniania tlenem atmosferycznym.

Inhibitory tripsyny i chymotrypsyny. W wielu gatunkach roślin występują czynniki hamujące aktywność tripsyny i/lub chymotrypsyny, co upośledza trawienie peptydów i białek w jelicie cienkim. Typową dla roślin strączkowych i ziarniaków zbóż jest rodzina inhibitorów protez Bowmana-Birka (*BBI Bowman-Birk Inhibitor*). Są to inhibitory z grupy serynowych, hamujące aktywność tripsyny, chymotrypsyny, elastazy, katepsyny i innych proteaz. Charakteryzują się wysokim stopniem homologacji oraz dużą zawartością cysteiny. Mechanizm ich działania polega na tworzeniu nieaktywnych estrowych połączeń między arginina lub lizyna z centrum aktywnego inhibitora a seryna z centrum aktywnego enzymu. Skutkiem tego jest obniżenie proteolizy białek w przewodzie pokarmowym i ograniczenie ich wykorzystania przez organizm. Ograniczanie wykorzystania białek prowadzi do zahamowania wzrostu młodych zwierząt, a także wywołuje hipertrofię trzustki. Dlatego dieta bogata w nasiona soi i soczewicy zawierające inhibitory proteaz może osłabiać efekty leczenia u osób z przewlekłą niewydolnością trzustki, a w szczególności stosujących doustne preparaty farmaceutyczne zawierające enzymy proteolityczne.

Największe ilości inhibitorów proteaz znajdują się w nasionach soi, soczewicy, fasoli, bobu, grochu, gorczycy; ziarnach pszenicy, kukurydzy, gryki, jęczmienia, owsa, żyta; nasionach słonecznika i maku, w bulwach

ziemniaka oraz białku jaja. Inhibitory te są związkami termolabilnymi, więc poddanie ww. produktów procesom takim jak: ekstruzja, gotowanie i in. powoduje częściową lub całkowitą dezaktywację tych związków. Zmniejszenie aktywności uzyskuje się też stosując metody genetyczne, mikrobiologiczne i chemiczne.

Proteazą jest bromelaina, znajdująca się w ananasiu oraz aktynidaina w kiwi. Owoce te są dobrym dodatkiem do mięs i składnikiem marynat, gdyż pomagają skruszeć mięsu. Nie są natomiast przydatne do galaretek, gdyż proteazy w nich zawarte powodują rozkład żelatyny i galaretka nie tężeje. Dlatego jeśli chcemy dodać ananasa do galaretki, należy użyć pasteryzowanego ananasa z puszki (trzeba jednak pamiętać o jego wyższym indeksie glikemicznym), natomiast świeże kiwi należy wcześniej obgotować przez kilka minut. Nie zaleca się spożywania niedojrzałych ananasów i kiwi, gdyż może dochodzić do podrażnienia ust i jamy ustnej.

Powszechnie wiadomo, że rodzaj zalecanych do spożycia produktów spożywczych powinien być doborany indywidualnie, w zależności od potrzeb lub istniejących chorób. Jest to szczególnie ważne w żywieniu dzieci, kobiet ciężarnych i karmiących, osób starszych i/lub osób chorujących przewlekle, gdyż znajdujące się w żywności substancje antyodżywcze mogą modyfikować funkcjonowanie przewodu pokarmowego, a tym samym dostarczanie ustrojowi niezbędnych składników odżywczych. Dlatego zasadny jest odpowiedni dobór technologii przygotowania dań i potraw oraz obróbki kulinarnej, aby nie tylko poprawić strawność pokarmów, ale również ograniczyć spożycie substancji antyodżywczych.

Los sprawił, że dr Iwona Kamińska znalazła się w trudnej sytuacji życiowej. W obliczu ciężkiej choroby TWOJA POMOC w tym momencie jest PILNIE NIEZBĘDNA...

Proszę, pomóż w zbiorce środków na rehabilitację dr Iwony.

Fundacja „Pokoloruj Świat” w Koszalinie
nr konta: 54 1020 2791 0000 7802 0207 2510 (PKO BP)



Koniecznym należy dopisać:
dla dr Iwony Kamińskiej
KRS 0000241746





Mikołajki z OIL w Szczecinie



dr n. med. Agnieszka Ruchała-Tyszler

Po raz kolejny odbyły się „Mikołajki z Izba Lekarską”. Ponad 500 osób przeniosło się w świat bajki, a to za sprawą widowiska „Dziadek do orzechów” zaprezentowanego przez szczecińskich aktorów baletowych. Był to piękny spektakl z doskonałą choreografią i scenografią. Ale to widowisko nie było jedyną atrakcją przygotowaną przez organizatorów. Dzieci uczestniczyły w licznych zabawach ruchowych i plastycznych. Na koniec „obowiązkowe” zdjęcie z Mikołajem.

Podczas „Mikołajek” prowadzona była zbiórka publiczna „Lekarze – Dzieciom”, gdzie zebrano kwotę 2515 zł i 5 euro. Dziękujemy wszystkim darczyńcom!

Zachęcamy do korzystania z kolejnych imprez przygotowanych przez OIL w Szczecinie.







Wybory – VIII kadencja

Ramowy kalendarz wyborów delegatów na okręgowe zjazdy lekarzy i Krajowy Zjazd Lekarzy na okres VIII kadencji (na podstawie uchwały Krajowej Komisji Wyborczej z 15.10.2016 r.)

1. Utworzenie rejonów wyborczych – do dnia 28 lutego 2017 r.
2. Ostateczne ustalenie listy członków rejonu wyborczego oraz liczby mandatów na Okręgowy Zjazd Lekarzy – do dnia 14 kwietnia 2017 r.
3. Ustalenie listy kandydatów w rejonach wyborczych i jej opublikowanie – do dnia 31 maja 2017 r.
4. Głosowania w rejonach wyborczych – do dnia 31 października 2017 r.
5. Ogłoszenie wyników wyborów – do dnia 15 listopada 2017 r.
6. Rozpatrywanie protestów wyborczych – do dnia 15 grudnia 2017 r.
7. Kolejne tury wyborów (w razie potrzeby) – do dnia 31 stycznia 2018 r.
8. Zwołanie sprawozdawczo-wyborczego Okręgowego Zjazdu Lekarzy – do dnia 31 marca 2018 r.
9. Zwołanie Krajowego Zjazdu Lekarzy – do dnia 31 maja 2018 r.

Informacje o wyborach publikowane są na stronie internetowej OIL w Szczecinie (BIP) www.oil.szczecin.pl/bip (zakładka – aktualności – wybory – 8. kadencji)

lek. Tomasz Jarowicz
Przewodniczący Okręgowej Komisji Wyborczej
OIL w Szczecinie

APEL O POMOC

Fundacja Furtka
Pestalozziego 7, Bydgoszcz
www.fundacjafurtka.pl

Numer konta bankowego:
25 1140 2004 0000 3502 7643 9289
z dopiskiem dr Mosur Andrzej



Andrzej Mosur
Fundacja Furtka
25 1140 2004 0000 3502 7643 9289
z dopiskiem dr Mosur Andrzej

Szanowne Koleżanki i Koleżany

Zwracam się do Państwa z prośbą o pomoc. Nazywam się Andrzej Mosur mam 50 lat i jestem lekarzem rodzinnym z Babimostu w województwie lubuskim. W 2015 roku doznałem udaru niedokrwiennego prawej półkuli mózgu. Od tego czasu ze względu na stan zdrowia nie jestem w stanie nieść pomocy chorym. Przeszło rok czasu spędzam na oddziałach rehabilitacyjnych aby móc uzyskać władzę w lewej ręce i nodze. Profesjonalna rehabilitacja niestety jest poza moimi możliwościami finansowymi. Proszę serdecznie Kolegów i Koleżanki o wsparcie.

Umowy zlecenia i umowy o świadczenie usług

Eliza Nahajowska – radca prawny

Nikogo już chyba nie dziwi fakt, że każdy nowy rok przynosi kolejne zmiany w pracy lekarza i lekarza dentystry. Rok 2017 nie stanowi zatem jakiegoś szczególnego wyjątku w tym zakresie.

W niniejszym artykule pragnę zatem przybliżyć Państwu dość istotną zmianę przepisów prawa, zarówno dla lekarzy i lekarzy dentystrów świadczących usługi medyczne na podstawie umów zlecenia lub umów o świadczenie usług, jak i dla lekarzy/lekarzy dentystrów prowadzących podmioty lecznicze, czyli zatrudniających personel na podstawie wyżej wskazanych umów.

W dniu 1 stycznia 2017 r. weszła bowiem w życie przeważająca część przepisów ustawy z dnia 22 lipca 2016 r. o zmianie ustawy o minimalnym wynagrodzeniu za pracę oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. z 2016 r. poz. 1265), która w dodawanym do ustawy o minimalnym wynagrodzeniu za pracę art. 8a ust. 1 przewidziała wprowadzenie minimalnej stawki godzinowej za każdą godzinę wykonania zlecenia lub świadczenia usług, niezależnie od sposobu określenia wynagrodzenia w tych umowach (np. stawka godzinowa, tygodniowa, miesięczna, dzienna itp.).

Powyższa zmiana jest o tyle istotna, iż wprowadzenie minimalnej stawki godzinowej (obecnie w 2017 r. wynosi ona 13,00 zł za godzinę, ale co roku jej wysokość będzie waloryzowana) obliuguje strony ww. umów do określania w ich treści zasad ustalania liczby godzin wykonywania zlecenia lub świadczenia usług, czyli innymi słowy określenia sposobu potwierdzania liczby godzin wykonywania umowy.

Zakres podmiotowy zmiany, czyli kogo ta zmiana przepisów dotyczy:

Przedmiotową regulacją objęci są „przyjmujący zlecenie lub świadczący usługi” w rozumieniu art. 1 pkt 1b ustawy o minimalnym wynagrodzeniu za pracę tj.:

1) osoby fizyczne (lekarze i lekarze dentyści) wykonujące działalność gospodarczą zarejestrowaną w Rzeczypospolitej Polskiej albo w państwie niebędącym państwem członkowskim Unii Europejskiej

lub państwem Europejskiego Obszaru Gospodarczego, niezatrudniające pracowników lub niezawierające umów ze zleceniobiorcami albo

2) osoby fizyczne (lekarze i lekarze dentyści) niewykonyjące działalności gospodarczej, które przyjmują zlecenie lub świadczą usługi na podstawie umów, o których mowa w art. 734 i art. 750 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny (Dz.U. z 2016 r. poz. 380 i 585) czyli na podstawie umowy zlecenia i umów o świadczenie usług, jeśli usługi medyczne świadczą na rzecz przedsiębiorcy w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej (Dz.U. z 2015 r. poz. 584, z późn. zm.) albo na rzecz innej jednostki organizacyjnej, w ramach prowadzonej przez te podmioty działalności.

Innymi słowy wyżej wskazana zmiana przepisów dotyczyć będzie osób fizycznych nieprowadzących działalności gospodarczej, które świadczą usługi na rzecz przedsiębiorców, jak i tych osób, które prowadzą działalność gospodarczą i w ramach tej działalności świadczą usługi na rzecz innego przedsiębiorcy, np. przychodni, a nie zatrudniają innych osób na podstawie umowy o pracę lub nie zawierają umów ze zleceniobiorcami (tzw. „samo zatrudnieni”).

Zmiana ta nie będzie więc obejmować:

- lekarzy-przedsiębiorców, którzy mimo iż świadczą usługi medyczne na rzecz innych przedsiębiorców na podstawie umowy o świadczenie usług lub umowy zlecenia, niemniej w ramach prowadzonej przez nich działalności gospodarczej zatrudniają pracowników lub zawierają umowy ze zleceniobiorcami,
- lekarzy-przedsiębiorców i lekarzy nieprowadzących działalności gospodarczej, jeśli zawierają umowy zlecenia bądź umowy o świadczenie usług z osobami fizycznymi niebędącymi przedsiębiorcą bądź zawierane poza prowadzoną przez nie działalnością gospodarczą,
- lekarzy, których działalność gospodarcza jest zarejestrowana w państwie będącym członkiem Unii Europejskiej lub w państwie będącym

członkiem Europejskiego Obszaru Gospodarczego,

- lekarzy, którzy jako przyjmujący zlecenie lub świadczący usługi sami decydują o miejscu i czasie wykonywania przez nich usług oraz otrzymują tzw. wynagrodzenie prowizyjne – czyli wynagrodzenie uzależnione od rezultatu wykonania zlecenia lub świadczenia usług (art. 8d ustawy o minimalnym wynagrodzeniu). Niestety trzy wskazane powyżej przesłanki wyłączenia od stosowania minimalnej stawki godzinowej muszą być spełnione łącznie. W praktyce zatem lekarz nie będzie korzystał z ww. wyłączenia, albowiem w większości przypadków, o ile lekarze otrzymują wynagrodzenie prowizyjne, to nie spełniają częstokroć kolejnych dwóch przesłanek, czyli nie decydują sami o miejscu i czasie wykonywania przez nich świadczeń zdrowotnych.

Sposób potwierdzania ilości godzin wykonywania zlecenia lub świadczenia usług:

Ustawa z dnia 22 lipca 2016 r. o zmianie ustawy o minimalnym wynagrodzeniu za pracę oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. z 2016 r. poz. 1265) nie precyzuje w jaki sposób strony wyżej wskazanych umów mają dokumentować ilość godzin wykonywania zlecenia lub świadczenia usług przez przyjmującego zlecenie lub świadczącego usługi.

Ustawodawca dopuścił zatem w tej kwestii dowolność, o ile przyjęty przez strony w umowie sposób będzie miarodajny dla potwierdzenia liczby godzin wykonania zlecenia lub świadczenia usługi, a co za tym idzie umożliwi kontrolę organom państwowej inspekcji pracy, która od dnia 1 stycznia 2017 r. będzie mogła weryfikować umowy zlecenia i umowy o świadczenie usług w zakresie przestrzegania przez przedsiębiorców-zlecających przepisów dotyczących minimalnej stawki godzinowej.

Bez wątpliwości nie jest wymagane prowadzenie list obecności czy tak szczegółowej ewidencji czasu, w jakim wykonywane jest zlecenie czy umowa o świadczenie usług, jak przy umowach o pracę. Ustawa

– uwaga, zmiany od dnia 1 stycznia 2017 r.



nie narzuca również tego, kto powinien potwierdzać liczbę godzin, tj. czy zleceniodawca, czy zleceniobiorca (lekarz). Wystarczającym może być zatem przedkładanie przez zleceniobiorcę pisemnego zestawienia wykonanych w danym miesiącu godzin, jak i składanie np. oświadczeń przez przyjmującego zlecenie lub świadczącego usługi o liczbie wykonanych w danym miesiącu godzin. Dopuszczalne jest również prowadzenie tej quasi-ewidencji przez samego zleceniodawcę.

Niemniej należy pamiętać, iż jeśli strony ww. umów nie określą wyraźnie w umowach sposobu potwierdzania liczby godzin wykonywania zlecenia lub świadczenia usług, to zgodnie z treścią art. 8b ust. 1 zmienionej ustawy o minimalnym wynagrodzeniu za pracę, to na przyjmującym zlecenie lub świadczącym usługi (lekarzu) będzie spoczywał obowiązek przedkładania w formie pisemnej, elektronicznej lub dokumentowej informacji o liczbie godzin, w terminie poprzedzającym termin wypłaty wynagrodzenia. Jeśli zaś umowa zlecenia lub umowa o świadczenie usług nie została zawarta z zachowaniem formy pisemnej, elektronicznej lub dokumentowej, to na zleceniodawcy będzie spoczywał obowiązek, przed rozpoczęciem wykonania zlecenia lub świadczenia usług, potwierdzenia przyjmującemu zlecenie lub świadczącemu usługi w formie pisemnej, elektronicznej lub dokumentowej, ustaleń co do sposobu potwierdzania liczby godzin wykonania zlecenia lub świadczenia usług (art. 8b ust. 2 ustawy).

Ponadto co istotne, jeśli kilka osób (lekarzy) przyjmuje zlecenie lub świadczy usługi wspólnie (na podstawie jednej umowy), to potwierdzanie liczby godzin wykonania zlecenia lub świadczenia usług następuje odrębnie w stosunku do każdej z tych osób. Powyższe wynika z faktu, iż nowelizacja ustawy o minimalnym wynagrodzeniu za pracę gwarantuje każdej z tych osób wykonujących zlecenie lub świadczących usługi wspólnie, wynagrodzenie w wysokości co najmniej minimalnej stawki godzinowej (czyli w 2017 r. w wysokości 13 zł za 1 godzinę dla każdej z osób).

Inne zmiany wprowadzane nowelizacją ustawy o minimalnym wynagrodzeniu za pracę:

Oczywiście obowiązek potwierdzania liczby godzin wykonywania zlecenia lub świadczenia usług nie są jedyną zmianą wprowadzaną przez nowelizację ustawy o minimalnym wynagrodzeniu za pracę.

- Ustawodawca wprowadza także:
- zakaz zrzeczenia się prawa do wynagrodzenia wynikającego z minimalnej stawki godzinowej oraz przeniesienia go na inną osobę (art. 1 pkt 7 nowelizacji ustawy wprowadzający do ustawy art. 8a ust. 4);
 - zakaz zrzeczenia się prawa do wynagrodzenia wynikającego ze stawki minimalnej w innej formie niż pieniężna (art. 1 pkt 7 nowelizacji ustawy wprowadzający do ustawy art. 8a ust. 5). Przykład: jeśli stawka godzinowa lekarza wynosi 100 zł, to zawsze kwotę 13 zł (bądź w kolejnych latach wyższą, ale stanowiącą minimalną stawkę godzinową) zleceniodawca będzie zobowiązany wypłacać w pieniądzu, pozostałą zaś należność o wartości 87 zł będzie mógł zrekomensować lekarzowi w inny sposób, np. poprzez możliwość korzystania przez lekarza z usług świadczonych przez przychodnię, w której lekarz wykonuje świadczenia;
 - obowiązek wypłaty kwoty wynikającej ze stawki minimalnej nie rzadziej niż raz w miesiącu przy umowach zawieranych na okres dłuższy niż 1 miesiąc (art. 1 pkt 1 nowelizacji ustawy wprowadzający do ustawy art. 8a ust. 6);
 - obowiązek przechowywania przez zleceniodawcę (np. przychodnię) dokumentacji określającej sposób potwierdzania liczby godzin wykonywania zlecenia lub świadczenia usług oraz dokumentów potwierdzających liczbę godzin wykonania zlecenia lub świadczenia usług przez okres 3 lat, licząc od dnia, w którym wynagrodzenie stało się wymagalne (art. 1 pkt 7 nowelizacji ustawy wprowadzający do ustawy art. 8c);

- wprowadzenie sankcji za wypłatę wynagrodzenia za każdą godzinę wykonania zlecenia lub świadczenia usług w wysokości niższej niż minimalna stawka godzinowa, tj. kary grzywny w wysokości od 1.000 zł do 30.000 zł nakładanej na przedsiębiorcę, na rzecz którego wykonywane jest zlecenie lub świadczone są usługi (art. 1 pkt 7 nowelizacji ustawy wprowadzający do ustawy art. 8e). Powyższy czyn stanowi wykroczenie i orzekanie w tej sprawie odbywać się będzie na podstawie przepisów ustawy z dnia 24 sierpnia 2001 r. – Kodeks postępowania w sprawach o wykroczenia (Dz.U. z 2013 r. poz. 395 ze zm.).

Co istotne pamiętać również należy, że powyższa zmiana przepisów prawa dotyczy nie tylko umów zlecenia i umów o świadczenie usług zawieranych przez lekarzy i lekarzy dentystów od dnia 1 stycznia 2017 r., ale także tego rodzaju umów zawartych już przed dniem 1 stycznia 2017 r. i trwających po tym dniu. Oznacza to konieczność dostosowania treści przedmiotowych umów do wymogów nowelizowanej ustawy.

Wyżej wskazane zmiany ustawy o minimalnym wynagrodzeniu za pracę co do istoty należy ocenić jako słuszne, albowiem miały na celu przeciwdziałać nadużywaniu umów cywilnoprawnych oraz wprowadzić ochronę dla osób otrzymujących wynagrodzenie na najniższym poziomie. Niemniej brakuje racjonalności w objęciu powyższą regulacją prawną także tych grup zawodowych, których stawki godzinowe znacznie odbiegają od minimalnych i stanowią jedynie dodatkowe obciążenie w co miesięcznym rozliczaniu zawartych lub zawieranych przez te osoby umów.

Podstawa prawna:

Ustawa z dnia 22 lipca 2016 r. o zmianie ustawy o minimalnym wynagrodzeniu za pracę oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2016 r. poz. 1265)



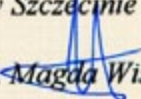
„Cechą cywilizacji prawdziwie ludzkiej jest szacunek i miłość do ludzi starszych, dzięki którym mogą oni czuć się żywą częścią społeczeństwa”

Papież Jan Paweł II

*Lek. dent. Hubert Galczyński
Dr n. med. Maria Kryweńczyk-Kadłubowska
Lek. Ilona Krzyżankiewicz-Szlapka
Dr n. med. Włodzimierz Kuligowski
Dr hab. n. med. Eugeniusz Murawski
Lek. Aurelia Orłowska-Stączek
Lek. dent. Eugenia Pająk
Lek. Marianna Szynkowska
Lek. Jan Śliwa
Lek. Henryka Turek
Dr n. med. Henryk Wesołowski
Lek. Jan Włodarczyk
Lek. dent. Stanisława Zglińska*

Wszystkim tegorocznym Jubilatam z okazji 90-tych urodzin w imieniu Okręgowej Rady Lekarskiej w Szczecinie i własnym życzę dalszych lat w zdrowiu, pomyślności, należnym szacunku, pełnych radości i pogody ducha.

*Prezes
Okręgowej Rady Lekarskiej
w Szczecinie*

Dr n. med.  Magda Wiśniewska



Szczecin. ŹRÓDŁO OIL W SZCZECINIE

Bożego Narodzenia w różnych krajach Europy i nie tylko. Sama wieczerza wigilijna to liczne dania, jak to na wigili. Wszystko bardzo smaczne i sprawnie podane mimo panującego tłoku. Dla koleżanek i kolegów, o których wiadomo, że stan ich zdrowia nie zezwala na osobiste uczestnictwo w spotkaniach, przygotowano paczki, które zostaną przez chętne osoby dostarczone im do domów. Myślę, że będę wyrazić woli wszystkich uczestników dziękując pani dr Halinie Teodorczyk i osobom, które jej w organizacji bezpośrednio pomagały, za przemiłą atmosferę, serdeczność i sprawną organizację naszego spotkania.

Wigilia u seniorów

Szczecin

prof. dr hab. n. med. Wanda Andrzejewska

Dnia 7 grudnia kończącego się 2016 roku w pięknie udekorowanej sali Klubu Remedium zebrało się wyjątkowo dużo naszych seniorów. Było nas prawie 100 osób. W rogu sali duża, żywa, pięknie przystrojona choinka. Resztę miejsca zajmowały duże, okrągłe stoły z białymi obrusami i zielonymi ozdobami. Przed każdym nakryciem drobny świąteczny upominek. Uroczystą wigilię rozpoczęły życzenia złożone przez panią prezes dr n. med. Magdę Wiśniewską, panią dyrektor biura OIL mgr Agnieszkę Niśkiewicz i redaktora naczelnego Vox Medici pana dr. Łukasza Tyszlera. Poza życzeniami rzeczy dla nas najważniejszej, bo zdrowia, obiecano nam nadal przychylność Rady OIL w Szczecinie.

Powiedziano, iż sprawy lekarzy seniorów: leczenie i rehabilitacja, wyjazdy, spotkania i inne uroczystości znajdują zawsze

zrozumienie u władz. Następnie nasza szefowa, pani lek. dent. Halina Teodorczyk wręczyła drobne upominki w postaci 2 bombek choinkowych osobom, które pomagały jej w organizowaniu „seniorskich” imprez. Po tej oficjalnej części do sali wkroczył chór lekarzy OIL w Szczecinie „Remedium” pod kierownictwem pana profesora Ryszarda Handke. I tak nasze koleżanki i koledzy, jak od wielu lat, a był to, jak niektórzy policzyli, 16 wigilijny występ chóru dla seniorów, zaśpiewali nam szereg polskich kolęd i pastorałek.

Wśród nich te najbardziej znane, ale i także kilka starszych o bardzo długim rodowodzie. Śpiewali jak zawsze pięknie, wzruszyli nas i wprowadzili w nastrój zbliżających się świąt. Bardzo im za to dziękujemy. Po występie było łamanie się opłatkiem i składanie sobie życzeń, i w końcu wieczerza wigilijna. Przed przystąpieniem do wieczerzy wysłuchaliśmy bardzo interesującego wystąpienia pani profesor Haliny Ey-Chmielewskiej, która zapoznała nas z obyczajami związanymi ze świętami

Gryfice

dr n. med. Ireneusz Mazurski

Od kilku lat tradycją stały się spotkania wigilijne Lekarzy Seniorów regionu gryfickiego w przyjaznych warunkach Motelu 32. Po raz kolejny przy wspólnym stole zgromadzili się doświadczeni Koleżanki i Koledzy, zarówno obecni podczas poprzednich spotkań (wśród nich – Nestor zacnego Grona – 92-letni, pełen werwy i wigoru Doktor Jan) jak i osoby, które dołączyły do nas po raz pierwszy. Wspólną cechą wszystkich jest ciągła aktywność zawodowa (miałem nawet problem z ustaleniem optymalnej godziny spotkania, gdyż trudno było ją pogodzić z napiętym harmonogramem przyjęć większości Seniorów).

Rozpoczęliśmy od części konferencyjnej – przedstawiłem temat „Wielcy ludzie i ich choroby” w oparciu o biografie Wolfganga Amadeusza Mozarta, Fryderyka Chopina, Ludwika van Beethovena oraz św. Jana



Szczecin. ŹRÓDŁO OIL W SZCZECINIE



Szczecin. ŹRÓDŁO OIL W SZCZECINIE



Gryfice



Gryfice

Pawła II. Prezentację ubogaczyli występy uczniów i nauczycieli Państwowej Szkoły Muzycznej I stopnia w Gryficach (rondo „tureckie” Mozarta, walc As-dur Chopina, bagatela „Do Elizy” Beethovena). W tym miejscu składam podziękowanie Pani Dyrektor Szkoły – Małgorzacie Drelich za cenną współpracę w tym zakresie.

W drugiej części spotkania – po raz kolejny przedstawiona została prezentacja wspomnieniowa pt. „Kolęda dla Nieobecnych” z przywołanymi fotografiami zmarłych gryfickich Lekarzy – naszych dawnych Kolegów i Mistrzów. I chociaż fizycznie nie zasiedli przy naszym wigilijnym stole, to pomocą były słowa kolędy „Daj nam wiarę, że to ma sens, że nie trzeba żałować przyjaciół, że gdziekolwiek są – dobrze im jest, bo są z nami choć w innej postaci”.

Przed łamaniem opłatkiem i osobistymi życzeniami wysłuchaliśmy jeszcze koncertu kolęd w wykonaniu wymienionych wyżej uczniów, najbardziej wzruszyło mnie wspólne wystąpienie chóru i zespołu młodzieżowych akordeonistów. Po krótkim błogosławieństwie przez ks. Kapelana Szpitala składaliśmy sobie nawzajem życzenia dalszych spokojnych dni pośród ludzi życzliwych i przyjaznych.

Wreszcie podczas spożywania tradycyjnych potraw wigilijnych nastąpił czas wspomnień i porównań poszczególnych okresów aktywności zawodowej, dominowała tęsknota za latami młodości lekarskiej. Podziwialiśmy minipopis wokalny naszego Nestora Jana, który z rozrzewnieniem, ale i doskonałą pamięcią przywołał głos słynnych tenorów z jego studenckich egzaltacji.

Pani Doktor Maria trochę zawstydziła nas przypomnieniem entuzjazmu i zapału związanego z odrodzeniem Samorządu Lekarskiego, zobowiązując tym do intensyfikacji działalności po przejęciu „pałeczki pokoleniowej”.

Mamy nadzieję na kolejne spotkania, oby nie w uszczuplonym gronie, w roku przyszłym.

Świnoujście

dr Bożena Romanowska

Grudniowe przedświąteczne spotkania lekarzy to w Świnoujściu już tradycja. W sobotę 10 grudnia 2016 roku wieczorem w bardzo miłym i radosnym nastroju odbyło się kolejne spotkanie zorganizowane przez lekarzy seniorów z okazji zbliżających się Świąt Bożego Narodzenia i Nowego Roku.

Była choinka, dekoracje świąteczne, tradycyjne potrawy wigilijne i wspólne śpiewanie kolęd, a przede wszystkim dzielenie się opłatkiem i wiele bardzo serdecznych życzeń świątecznych i noworocznych.

Nie zabrakło też, tak jak co roku, krótkiego programu artystycznego – tym razem słuchaliśmy wierszy i melodii na Święta w wykonaniu uczniów Społecznej Szkoły Podstawowej STSG z naszego miasta.

Spędziliśmy długi, bardzo miły wspólny wieczór w naszym ponad trzydziestoosobowym serdecznym gronie.

Kamień Pomorski

dr Karol Ptak

Wponiedziałkowy wieczór 12 grudnia 2016 roku, o godz. 17.00, w restauracji „Hotelu pod Muzami” w Kamieniu Pomorskim odbyła się wigilijna kolacja tutejszych lekarzy seniorów. Świąteczna i miła atmosfera, jaka była podczas wieczery, w której wzięło udział kilkunastu lekarzy, potwierdza potrzebę organizowania takich spotkań i budzi nadzieję uczestników na kolejne spotkanie za rok.

Serdeczne podziękowania za pomoc w organizacji wigilijnych spotkań lekarzy seniorów, członków naszej izby lekarskiej, wszystkim zaangażowanym osobom, a szczególnie:

- Wandzie Andrzejewskiej
- Halinie Ey-Chmielewskiej
- Elżbiecie Pietrzyk
- Bożenie Romanowskiej
- Ireneuszowi Mazurskiemu
- Karolowi Ptak

w imieniu Koła Seniora ORL w Szczecinie Halina Teodorczyk.



Świnoujście

Słowo o Kowalu

Mieczysław Chruściel

Późnym popołudniem jedenastego stycznia, mimo śnieżycy, w sali Klubu Remedium zebrał się tłum lekarzy seniorów i wielu zaproszonych gości. Dziesiątki zdjęć z bogatego życia profesora Sylwestra Kowalika wyświetliła Ludmiła Halczy-Kowalik – wdowa po nieodżałowanej pamięci Profesorze. Był to wzruszający pokaz. Na pożółkłych, czarno-białych fotografiach najwcześniejsze okresy z życia Sylwestra. Urodził się w Radomyślu nad Sanem w 1933 roku. Szkołę średnią ukończył w Stalowej Woli. W czasie studiów w Pomorskiej Akademii Medycznej dał się poznać jako pilny student, dobry kolega i przyjaciel. W roku 1953 w Pomorskiej Akademii Medycznej uzyskał dyplom lekarza dentysty, a w 1959 dyplom lekarza. Na stażu snuł rozważania o przyszłej pracy w szpitalu na Pomorzach. Oglądaliśmy na starych fotografiach zespół Kliniki Chirurgii Szczękowej z małym Marcinem Kowalikiem na rękach taty. Na kolejnych slajdach widzieliśmy skupionego w pracy Profesora w otoczeniu zespołu współpracowników, wśród pacjentów i studentów. Spokój, który panował na bloku operacyjnym, zawsze zadziwiał wizytujących klinikę, najtrudniejsze części zabiegu operacyjnego przebiegały w milczeniu.

Wspaniały człowiek, wychowawca, lekarz i naukowiec. Twórca zachodniopomorskiej szkoły chirurgii szczękowo-twarzowej. W 1965 roku uzyskał specjalizację w za-

kresie otolaryngologii, a w 1983 tytuł naukowy profesora. Był autorem wybitnych dzieł naukowych, twórcą nowoczesnego ośrodka chirurgii szczękowo-twarzowej, promotorem wielu doktoratów i habilitacji, a także wychowawcą i nauczycielem wielu pokoleń chirurgów szczękowych. Był promotorem doktoratu honoris causa profesora dr hab. n. med. Kazimierza Kobusa. Funkcję rektora Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie pełnił w latach 1984-1990.

Profesor Kowalik był zasłużony dla Alliance Francaise. Odznaczony był m.in. Odznaką Gryfa Pomorskiego, Medalem Komisji Edukacji Narodowej, Złotym Krzyżem Zasługi, Krzyżami: Kawalerskim oraz Oficerskim Orderu Odrodzenia Polski.

Opracował zasady zintegrowanej wielonarządowej chirurgii głowy i szyi. Opublikował je w wielu książkach. Profesor Kowalik był operatorem „szanującym tkanki”, obdarzonym wyobraźnią wykraczającą poza czas i przestrzeń, oczekującym od asysty tego samego. Był odważnym operatorem, ale wolał asystę raczej rozważną niż odważną.

Pomorska Akademia Medyczna była Jego marzeniem, dumą i spełnieniem przez całe życie. W roku 1984 został rektorem Pomorskiej Akademii Medycznej. Mówił wtedy: *...chciałbym aby Pomorska Akademia Medyczna była bardziej pomorska, bardziej związana z regionem, żeby Pomorzanie Zachodnie uważało ją za swoją uczelnię.*

W maju 1987 roku założył Stowarzyszenie Absolwentów Pomorskiej Akademii Medycznej. Był szczęśliwy, że może dziękować kolegom z roku za utrzymywanie więzi z Uczelnią. Odrębną i wielce znaczącą dziedziną w życiu i działalności profesora Kowalika był Jego udział w rokrocznie organizowanych wakacyjnych obozach społeczno-naukowych. Uczestniczył w nich jako lekarz i członek obozowej kadry. Uwa-



żał, że studenci są wspaniali, że od nich zależy przyszłość Uczelni. Czuł się dobrze jako kolega z obozu. Wizytował także inne obozy organizowane przez Pomorską Akademię Medyczną. Był bardzo wysportowany. Codziennie o piątej rano przebiegał z psem 10 km. Powiadał, że jak się jest rektorem, trzeba podejmować wyzwania i na przykład startować w zawodach sportowych z drużyną kolegów i studentów.

Profesor Kowalik wiele podróżował. Na zaproszenie lekarzy z Korei Płn. uczestniczył wraz z profesorem Leszkiem Krystem w otwarciu szpitala w Pjongjang. Miał tam okazję zapoznać się z wykorzystaniem akupunktury jako jedynej metody znieczulenia, stosowanego w zabiegach wymagających pełnego znieczulenia ogólnego. Organizowa-



wał kongresy i konferencje naukowe, zapraszał znakomitych wykładowców z Polski i z zagranicy. Uważał, że: *Chirurgia nie ma racji bytu bez podstawowych dyscyplin medycznych*. Wraz z profesorem Jerzym Malinowskim organizował kursy ułatwiające szczecińskim stomatologom wejście w problemy implantologii. Mocną stroną kursów była możliwość implantacji wszczepów kostnych TBR w baranie szczęki, z użyciem przeznaczonych do tego narzędzi.

9 grudnia 2006 roku profesor Kowalik rozpoczął w Stalowej Woli swój kolejny, dwudziestokilometrowy marszobieg do Radomyśla nad Sanem, po nadrzecznym wale. Pokonywał ten dystans co najmniej 2 razy w roku. 11 grudnia 2006 doznał udaru niedokrwiennego mózgu. Ta straszna choroba na wiele lat uniemożliwiła Profesorowi prowadzenie dotychczasowej aktywności życiowej, rodzinnej, zawodowej i naukowej. Początkowo przykuty do łóżka, z trudem pokonywał niemoc paraliżu. Dzięki bezprzykładowemu poświęceniu i miłości żony Ludmiły oraz najbliższych powoli odzyskiwał siły i sprawności niezbędne do chodzenia i wykonywania zwykłych czynności życiowych. Pomimo ograniczeń wynikających z choroby nie zrezygnował ze spotkań, udzielał wywiadów, prowadził polemiki, śledził literaturę, ale także dał się poznać jako świetny kucharz. Chętnie utożsamiał się z młodymi ludźmi, którzy sprawili, że nie musiał leżeć, ożywał się, gdy rozmowy z nimi dotyczyły aktualnych wydarzeń czy najbliższych planów. Odwiedziny studentów, a zwłaszcza studentek, przynosiły radość i były długo wspominał. Każda porcja informacji o tym, co się dzieje w klinice była chyba równie ważna jak rehabilitacja, a może nawet ważniejsza od porcji leków. Wiadomości przynoszone z kliniki sprawiały, że dalej w wyobraźni Profesor dokonywał mikrozespołów naczyń i nerwów. I, jak to w myślach bywa, wszystkie zespolenia były udane.

Spacerował, przysiadł na skwerze pod domem i na ławce „swojego” szpitala na Pomorzanach. Lubił go i cieszył się jego modernizacją. Był fanem Szczecina i musiał, po prostu musiał oglądać co roku kwitnące magnolie. Mimo konieczności poruszania się na wózku inwalidzkim stawał się na każde wezwanie koleżanek i kolegów z roku, nadal zaangażowany w ich problemy. Uważał, że mimo wszelkich trudności trzeba się spotykać.

Dowody wdzięczności za stworzenie polskiej szkoły chirurgii szczękowo-

-twarzowej składał profesorowi Sylwestrowi Kowalikowi w roku 2009 ówczesny rektor PAM profesor Przemysław Nowacki. Trzeba pamiętać, że lata, w których profesor Sylwester Kowalik piastował rektorski urząd w naszej Uczelni (lata 1984-1990), były wyjątkowo trudnym okresem przemian społeczno-politycznych. Dzięki wrodzonym talentom i przymiotom ducha, koncyliacyjnej postawie i umiejętności dialogu potrafił stabilnie przeprowadzić Pomorską Akademię Medyczną przez ten trudny czas.

Rok 2015 przyniósł najbardziej radosny na świecie prezent – narodziny wnuczka Antosia (01.01.2015). Antoś obdarzył go męskim uściskiem dłoni przez sen. Profesor Sylwester Kowalik odszedł na zawsze 29 marca 2016 roku.

Tak Ludmiła pokazała nam sylwetkę swojego zmarłego przed rokiem ukochanego męża, profesora Sylwestra Kowalika. Obejrzelismy fotografie i wysłuchaliśmy w zadumie i głębokim skupieniu „słowa o Kowalu”. Profesor lubił kawę z mlekiem i książki zawierające filozoficzne treści. Nigdy nie mówił, że lubi poezję, ale kupował wszystkie dzieła Czesława Miłosza. Ten postawny i wysportowany niegdyś mężczyzna, znany ze swej tężyzny i siły, na co dzień daleki od kliwów, poetyckich strof, w ostatecznym słowie przywołał dla swojej ukochanej żony Ludmiły, wszystkich najbliższych i przyjaciół strofę poety:

*Miłość to znaczy popatrzeć na siebie,
Tak jak się patrzy na obce nam rzeczy,
Bo jesteś tylko jedną z rzeczy wielu.
A kto tak patrzy, choć sam o tym nie wie,
Ze smartwień różnych swoje serce leczy.*

Z profesorem Kowalikiem bywałem na obozach społeczno-naukowych jako młody asystent. Najbardziej jednak w pamięci utkwiła mi rozmowa z Profesorem jako świeżo upieczonym rektorem w 1984 roku. Przedstawiłem pomysł malowania portretów wszystkich dotychczasowych rektorów naszej Uczelni. Pomysł ten został zaakceptowany i opatrzony stosowną pieczęcią i podpisem. Od tej pory stałem się więc oficjalnym malarzem rektorów. Prezentowany tutaj portret profesora Sylwestra Kowalika namalowałem po portretach kilku innych rektorów dopiero w roku 1998. Od tamtej chwili jest on eksponowany w Sali Senatu Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego i majestatycznie przypomina nam postać Profesora.

W ten styczniowy, mroźny wieczór ożyły wspomnienia i nie sposób byłoby nie podzielić się nimi. Wielu spośród zaproszonych gości opowiadało o swoich spotkaniach i współpracy z profesorem Sylwestrem Kowalikiem. Wśród mówców byli profesorowie: Irena Karłowska, Jerzy Malinowski, Seweryn Wiechowski, Józef Kładny, doktor Jerzy Andrzej Karls. Te opowieści przekształciły się w rozmowy kulturalowe, trwające jeszcze przez kilka kwadransów po oficjalnym zakończeniu spotkania, po podziękowaniu i obdarowaniu kwiatami głównej prelegentki tego wieczoru dr hab. n. med. Ludmiły Halczy-Kowalik. Podziękowania za organizację należą się również koleżance Halince Teodorczyk oraz wszystkim współpracownikom, którzy przygotowali spotkanie.

Zdjęcia: M. Chruściel





U seniorów dobry początek

dr n. med. Roman Milkiewicz

Dwudziestoosobowa grupa lekarzy seniorów z rodzinami rozpoczęła tegoroczne imprezy rekreacyjne czterodniowym pobytom w gościnnym Dworcu Prawdzic w Niechorzu.

Pierwszego dnia morze szalało, zabierając całą plażę i część wydm, następne dni były tradycyjnie słoneczne przy 3-stopniowym mrozie i sprzyjające długim spacerom. Spotkanie integracyjne w domu państwa Milkiewiczów było okazją do spróbowania zeszłorocznych nalewek. Wykorzystaliśmy

w pełni oferowane w dworcu atrakcje: basen jacuzzi, saunę i symboliczne zabiegi lecznicze. Tylko dwie osoby, w tym dr Joanna Wysocka-Milkiewicz, skorzystały z kąpeli w Bałtyku, budząc powszechne uznanie.

Dziękujemy miłemu personelowi dworku.
Zdjęcie: R. Milkiewicz

www.realna.pl

REALNA STOMATOLOGIA X Konferencja Endodontyczna i Kurs

Wystawa Materiałów i Sprzętu Stomatologicznego

Kierownik naukowy: prof. Mariusz Lipski

Główni wykładowcy: prof. Małgorzata Pietruska • prof. Mariusz Lipski •

• dr Magdalena Pawelczyk-Madalińska • dr Łukasz Zadrożny • dr Tadeusz Telesz

Główne zagadnienia:

- Leczenie periodontologiczne u pacjentów z nasiloną chorobą przyzębia.
- Kiedy się podjąć leczenia periodontologicznego, a kiedy usunąć ząb i implantować?
- Jak wykorzystać własny ząb pacjenta do odbudowy ubytków kostnych?
- Etapy leczenia kanałowego – kiedy zachować, a kiedy usunąć ząb?
- Jak leczyć zęby z przewlekłym zapaleniem okołowierzchołkowym?
- Czym jest CBCT, czyli tomografia 3D i jej wykorzystanie w stomatologii?
- Przygotowanie periodontologiczne pacjenta do leczenia protetycznego.
- Do czego można zastosować drukarki 3D w stomatologii?

Punkty edukacyjne: kurs medyczny 10 punktów, konferencja naukowa 2 punkty

Rejestracja i program: www.realna.pl lub telefonicznie 502 652 932, 91 42 19 997

Opłata pełna: 537 zł (kod 270EN). Opłata „first minute” do 15 lutego 297 zł. Opłata promocyjna do 15 marca 387 zł

Studenti, stażyści, personel średni: 197 zł. **Oferta specjalna na hasło VOX MEDICI: 397 zł do 30 marca.**

ANDERSZ - Realna Stomatologia, ul. Jana Kazimierza 1/U2, 71-620 Szczecin; konto: 13 1020 4795 0000 9902 0216 4572

Szczecin, 7-8 kwietnia 2017 r.

piątek 16.00-20.00

sobota 10.00-18.00



**Oferta specjalna na hasło VOX MEDICI
397 zł do 30 marca**

Opinie

Różne oblicza jedności

Wojciech Żebrowski

Na sklepieniu Kaplicy Sykstyńskiej, wśród fresków Michała Anioła Buonarrotiego opowiadających historię ludzkości, uwagę przykuwa scena „Stworzenie Adama” z tytułowym Adamem i Stwórcą na pierwszym planie. Obydwie postaci są do siebie podobne, co symbolizuje stworzenie człowieka na „obraz i podobieństwo Boga”. Współcześni badacze fresków twierdzą, że obrys okalający Stwórcę i aniołów przypomina dość wiernie profil ludzkiego mózgu i sugerują, że być może Michał Anioł chciał w ten sposób przemycić moment, w którym Bóg przekazuje człowiekowi inteligencję. Czy każdemu taką samą? Chyba nie, skoro jesteśmy niepowtarzalni. Inna rzecz, czy każdy z ludzi używa jej głównie w dobrym celu.

Takie wątpliwości ogarnęły mnie po przeczytaniu artykułu „Przemyslenia jesienne” prezes OIL Magdy Wiśniewskiej, w którym autorka opisuje swój udział w manifestacji Porozumienia Zawodów Medycznych 24 września w Warszawie i recenzuje udział NIL w uroczystościach 1050 rocznicy Chrztu Polski w Gnieźnie (Vox Medici nr 5 z 2016 r.).

Pierwsze wydarzenie autorka chwali za pokaz jedności, drugie ocenia krytycznie. Z satysfakcją m.in. stwierdza: „Pierwszy raz w manifestacji wszyscy przedstawiciele zawodów medycznych szli ramię w ramię, sprzeciwiając się niesprawiedliwemu systemowi wynagrodzeń...”

Doceniam wysiłek wszystkich uczestników owej manifestacji oraz solidaryzując się z nimi. Wiem, że przez 27 kolejnych lat rządy wszelkich politycznych opcji nie uporały się z systemem wynagrodzeń w ochronie zdrowia. Ale nie jest prawdą, że do „jedności zawodów medycznych” doszło po raz pierwszy tego dnia w stolicy. Wystarczy przypomnieć historię 15 corocznych, regionalnych Dni Charytatywnej Pomocy Chorym w Szczecinie, w których uczestniczyli wspólnie profesorowie i adiunkci klinik, lekarze specjaliści z placówek publicznych i prywatnych, pielęgniarki, ratownicy i technicy medyczni, fizjoterapeuci, kierownicy i pracownicy administracji medycznej, wolontariusze i... chorzy! Nie cieszył nas zbyt „duży rozgłos medialny”

ponieważ akcent położony był na służebną misję naszego zawodu. Manifestowano jedność w regionie, świadcząc solidarną pomoc dla najuboższych jego mieszkańców. Społeczeństwu pokazywaliśmy wrażliwość społeczną naszego środowiska zawodowego, a rządowi wytykaliśmy reglamentację świadczeń specjalistycznych. Prezesowi OIL nie wypada tak istotnych faktów zapominać, tym bardziej, że wszystkie te wielkie akcje organizowaliśmy we współpracy ze Szczecińską Izbą Lekarską.

Ogólnopolskie manifestacje przedstawicieli wszystkich zawodów medycznych odbywają się co roku w Częstochowie – duchowej stolicy Polski. Podczas trzydniowej pielgrzymki służby zdrowia jest czas na rekolekcje, dyskusje i postulaty dotyczące kondycji materialnej i duchowej naszej profesji. Tłumy są tam nie mniejsze, paleta zawodów podobna, a ratownicy medyczni, pielęgniarki i położne nawet strojem nie różnią się od swoich koleżanek i kolegów obecnych w tym roku w Warszawie.

Nie przeciwstawiając sobie miejsc, formy, ani motywów żadnej z tych manifestacji, warto dzisiaj postulować więcej życzliwości i harmonijnej jedności w miejscu pracy. Takim dobrym przykładem z przeszłości, znanym mi z autopsji, był Miejski Szpital Dziecięcy przy ulicy św. Wojciecha za czasów dyrektora Piotra Frączaka. Oddziały pediatrii, chirurgii dziecięcej i ortopedii dziecięcej prowadzone przez wyjątkowe osobowości lekarskie – dr Annę Mokrzycką, dr Mieczysława Bryczyńskiego i prof. Tomasza Żuka – były autentyczną szkołą sztuki lekarskiej. Ze społom pracowniczym nie przeszkadzały różnice narodowościowe, wyznaniowe ani orientacja ideowa, przez większość osób w ogóle nie uświadamiane. Do pracy przychodziło się z radością, która udzielała się podopiecznym. Dbano o pacjenta i wyniki leczenia. Ze szczególną atencją odnoszono się do lekarza, pielęgniarki czy salowej w potrzebie. Echo tej sympatycznej atmosfery do dziś jeszcze trafia do mojego ucha niesione wspomnieniami dzieci i wnuków byłych pacjentów i pracowników. Takiej atmosfery jedności w pracy życzyłbym wszystkim obecnym i przyszłym pokoleniom lekarzy.

Recenzję z Gniezna cechuje odmienną, skomplikowaną ton narracji. Zaczyna

się ironicznie: „Gdybyście gdzieś usłyszeli, Koleżanki i Koledzy, że Naczelna Izba Lekarska brała udział w obchodach 1050 rocznicy chrztu Polski, to nie będzie to pomylka”. Dalej czytamy: „O ile pod względem historycznym umiejscowienie tych obchodów w Gnieźnie jest uzasadnione, o tyle prowadzenie wszystkich obrad, w tym konferencji poświęconej Kodeksowi Etyki Lekarskiej (sic!) w Wyższym Prymasowskim Seminarium Duchownym jest co najmniej zastanawiające. Podobnie, jak treść wystąpienia Prezesa NIL, rozpoczynająca się najpopularniejszym pozdrowieniem katolickim”. Czytałem ten fragment kilkakrotnie i nie mogłem w żaden sposób uwierzyć, że napisała go szefowa naszej korporacji lekarskiej. Czy Pani Prezes wolałaby, aby dyskusję nad Kodeksem Etyki Lekarskiej prowadzono w kuźni „prawa stosowanego”, np. w budynku byłego więzienia przy ul. Rakowieckiej w Warszawie lub Wronkach? Nie widzę nic złego w wyborze godnego miejsca obrad dla przedstawicieli godnego zawodu. Być może tak było nawet wygodniej i taniej dla wszystkich. Natomiast samo przywołanie przez Prezesa NIL katolickiego zwrotu przy takiej okazji, jak 1050 rocznica Chrztu Polski, i w takim miejscu, jak Prymasowskie Seminarium Duchowne, jest dowodem wysokiej osobistej kultury Prezesa NIL. Przywódcy religijni, wielcy politycy czy gwiazdy estrady uczą się słów powitania w języku mieszkańców kraju, do którego przybywają. Czynią tak z szacunku dla narodu, jako całości. Na Mazowszu, skąd pochodzę, do końca „epoki koni” w rolnictwie, osoby pracujące w polu witało się zwrotem „Szczęść Boże!” słysząc w odpowiedzi „Bóg zapłać!”. W Austrii, państwie nowoczesnym, stojącym organizacyjnie i ekonomicznie znacznie wyżej niż Polska, mieszkańcy do dzisiaj pozdrawiają się mówiąc: „Gruss Gott!”. Zwrot powitalny tej treści pisany wielkimi literami widnieje już na granicy państwa, chociaż nie wszyscy obywatele Austrii i turyści są katolikami. Na dolarach USA od 200 lat znajduje się napis „We trust in God” i nie słyszałem, aby którykolwiek obywatel świata miał z tego powodu objawy idiosynkrazji lub odmówił poborów w amerykańskiej walucie. Polska, póki co, jest krajem w większości katolickim. Dlatego mylnie i groteskowo brzmi reasumpcja autorki, że samorząd

powinien być „apolityczny i areligijny”. Taki postulat jest nierealny, przeczy praktykowanym faktom, cofa nas mentalnie do czasów późnego Gomółki a współcześnie naśladuje wersety z „Dekretu Napoleona” przywoływane w reklamie artykułów spożywczych. To, co służy reklamie, w tekście

Prezesa OIL brzmi śmiesznie i bałamutnie, wznieca różnice zamiast sprzyjać jedności. „Nie ma dwóch światów – niebo chodzi po ziemi, ziemia chodzi po niebie – jest jeden świat...” słyszymy w tekście rewelacyjnej piosenki M. Szcześniaka. Z teorii prawdopodobieństwa wynika, iż skład każdego

demokratycznie wybieranego samorządu powinien w przybliżeniu odwzorowywać strukturę wyłaniającej go społeczności. No chyba że mają miejsce specjalne układy i cuda przy urnie. Ale wtedy normalni wyborcy się smucą, a radują durnie.

Absolwenci PAM w Szczecinie 1961-1967 Wydział Lekarski i Stomatologii

Serdecznie zapraszamy na uroczystości związane z 50-leciem uzyskania dyplomu, które odbędą się w dniach 22-23.09.2017 r. w Szczecinie.

Początek obchodów w Rektoracie PUM przy ul. Rybackiej dnia 22 września o godz. 13.

Opłatę za uczestnictwo 350 zł prosimy wpłacić na konto Okręgowej Izby Lekarskiej w Szczecinie do dnia 31.05.2017 r.

ING Bank Śląski: 981050 1559 1000 0022 1716 8034 Hasło: Zjazd 50-lecia. Zakwaterowanie we własnym zakresie.

Proponujemy:

- Hotel Rycerski, tel. 91 814 66 01. Hasło: Zjazd 50-lecia.
- Hotel Słowiański, tel. 91 81 25 461. Hasło: Zjazd 50-lecia.

Zgłoszenia z imieniem i nazwiskiem z okresu studiów prosimy kierować na adres organizatorów:

Marta Pacuła-Kolodziej: 91 422 82 42, 662 244 750, Krystyna Kotowska-Honczenko

e-mail: khonczar@pum.edu.pl

Prosimy o możliwie szybkie zgłoszenia i dokonanie wpłat.

Nabór na lekarzy sądowych

dr n. med. Magda Wiśniewska
Prezes ORL w Szczecinie

W związku z ponowną prośbą Prezesa Sądu Okręgowego w Szczecinie z dnia 19.12.2016 r. o pomoc w pozyskaniu lekarzy sądowych w każdym mieście, w którym jest sąd rejonowy, zachęcam lekarzy – członków Okręgowej Izby Lekarskiej w Szczecinie do zgłaszania swoich kandydatur.

Zgłoszenia proszę nadsyłać na adres Okręgowej Izby Lekarskiej w Szczecinie:

71-332 Szczecin,
ul. Marii Skłodowskiej-Curie 11,
e-mail: biuro@oil.szczecin.pl
tel./fax 91 48 77 561

Na podstawie art. 5 ustawy z dnia 15 czerwca 2007 r. o lekarzu sądowym (Dz.U. Nr 123, poz. 849 ze zm.)

Art. 5.

1. Lekarzem sądowym **może zostać** lekarz, który spełnia następujące warunki:

- 1) ma prawo wykonywania zawodu lekarza na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
- 2) ma pełną zdolność do czynności prawnych;
- 3) nie był karany za przestępstwo lub przestępstwo skarbowe;
- 4) ma nieposzlakowaną opinię;
- 5) uzyskał rekomendację okręgowej rady lekarskiej;
- 6) ma tytuł specjalisty lub specjalizację I lub II stopnia.

2. Lekarzem sądowym **nie może zostać** lekarz, wobec którego jest prowadzone postępowanie:

- 1) o przestępstwo ścigane z oskarżenia publicznego lub przestępstwo skarbowe;
- 2) związane z niedostatecznym przygotowaniem zawodowym;

3) w przedmiocie niezdolności do wykonywania zawodu ze względu na stan zdrowia.

Na podstawie przesłanych zgłoszeń utworzona zostanie lista kandydatów na lekarzy sądowych, która wraz ze stosownymi rekomendacjami Okręgowej Rady Lekarskiej w Szczecinie przekazana zostanie Prezesowi Sądu Okręgowemu w Szczecinie. Ponadto wyjaśniam, że pomiędzy lekarzem a Prezesem Sądu Okręgowego zawierana jest umowa o wykonywanie czynności lekarza sądowego. Za wykonywanie czynności przewidzianych w ww. ustawie lekarzowi sądowemu przysługuje wynagrodzenie w wysokości 100 zł brutto za każde wydane zaświadczenie potwierdzające zdolność albo niezdolność do stawienia się z powodu choroby oskarżonych, świadków, obrońców, pełnomocników i innych uczestników postępowania na wezwanie lub zawiadomienie organu prowadzącego postępowanie.

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY NA LEKARZA SĄDOWEGO.....
miejsowość, dnia.....
imię i nazwisko.....
adres zamieszkania.....
adres miejsca przyjęć pacjentów.....
tel. kontaktowy.....
tytuł specjalisty.....
lub specjalizacja I lub II stopnia.....
nr prawa wykonywania zawodu

**Okręgowa Izba Lekarska
ul. Marii Skłodowskiej – Curie 11
71-332 Szczecin**

Zgłaszam swoją kandydaturę na lekarza sądowego.

Równocześnie oświadczam, że nie byłam karana* / nie byłem karany* za przestępstwa lub przestępstwo skarbowe, a także nie jest prowadzone wobec mnie postępowanie:

- o przestępstwo ścigane z oskarżenia publicznego lub przestępstwo skarbowe
- związane z niedostatecznym przygotowaniem zawodowym
- w przedmiocie niezdolności do wykonywania zawodu ze względu na stan zdrowia.

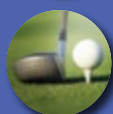
.....
podpis i pieczęć lekarza

** niepotrzebne skreślić*

**OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA W SZCZECINIE
ZAPRASZA NA
IMPREZY KULTURALNO-SPORTOWE ORGANIZOWANE
PRZEZ KOMISJĘ DS. KULTURY, SPORTU I REKREACJI
ORL W SZCZECINIE**



**VII edycja Międzynarodowego Konkursu Lekarzy Śpiewających
„Musica mores confirmat” – 12-14.05.2017 r. – Szczecin**



**XVII Mistrzostwa Polski Lekarzy w Golfie
Modry Las Golf Club (16.06.2017 r.)
Binowo Park Golf Club (17.06.2017 r.)**



**XI Mistrzostwa Polski Lekarzy w Siatkówce Plażowej w Niechorzu,
15-18.06.2017 r.**



X Mistrzostwa Okręgowej Izby Lekarskiej w Szczecinie w Żeglarstwie – klasa OMEGA, 16.06.2017 r., jezioro Miedwie, Morzyczyn



XIII Ogólnopolskie Mistrzostwa Izb Lekarskich w Żeglarstwie klasa Omega o Puchar Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej – 16-18.06.2017 r., jezioro Miedwie, Morzyczyn

**Szczegółowe informacje: www.oil.szczecin.pl zakładka: Sport, kultura, rekreacja
ZAPRASZAMY!**



**KOMISJA DS. KULTURY, SPORTU I REKREACJI ORL
W SZCZECINIE**

ZAPRASZA NA BEZPŁATNE ZAJĘCIA

ZUMBA FITNESS

Zajęcia odbywają się w każdy czwartek o godz. 18.30
w siedzibie OIL w Szczecinie - sala rady, parter.

Zainteresowane osoby prosimy o kontakt mailowy:
ksidor@oil.szczecin.pl
lub telefoniczny: 91 48 74 936 wew. 116
www.oil.szczecin.pl zakładka: Sport, kultura i rekreacja
ZAPRASZAMY!

VOX MEDICI

BIULETYN OKRĘGOWEJ IZBY LEKARSKIEJ W SZCZECINIE

cennik ogłoszeń

OKŁADKI	Cała strona	Moduł 1/2 strony	Moduł 1/3 strony	Moduł 1/4 strony
IV okładka	2000 zł netto	1300 zł netto	800 zł netto	–
II i III okładka	1600 zł netto	900 zł netto	600 zł netto	–
Strona wewnętrzna	900 zł netto	500 zł netto	400 zł netto	300 zł netto
Zniżki za ilość powtórzeń na okładkach i za ogłoszenia modułowe do 1/4 strony				
2 powtórzenia	5%			
3 powtórzenia	10%			
4 powtórzenia	15%			
5 powtórzeń	20%			
6 powtórzeń	22%			
umowa na minimum 20 wydań	Cena negocjowana			
Ogłoszenia drobne WEWNĄTRZ NUMERU				
Nekrologi, wspomnienia o lekarzach	bezpłatnie			
Praca dla lekarza max. 20 słów – dla członków OIL w Szczecinie	bezpłatnie			
Ogłoszenie drobne do 20 słów bez ramki	50 zł brutto			
Ogłoszenia w ramce				
– moduł 1/16 strony – bez koloru	100 zł netto			
– moduł 1/16 strony – z kolorem	125 zł netto			
– moduł 1/8 strony – bez koloru	170 zł netto			
– moduł 1/8 strony – z kolorem	200 zł netto			
Możliwość dołączenia reklamowej płyty CD do wydania VOX MEDICI	Cena do uzgodnienia			
Insert do wydania – wykonany we własnym zakresie i dostarczony do miejsca kolportażu, min. 500 sztuk.	C-6 1/4 kartki 0,60 netto			
	C-5 1/2 kartki 0,80 netto			
	C-4 1/1 kartki 1,00 netto			

Wszelkich informacji dotyczących ogłoszeń udziela sekretariat redakcji
mgr Kamila Sidor, tel. 91 487 49 36 w. 116.

Ogłoszenia proszę przysyłać na adres e-mail:
voxmedici@oil.szczecin.pl

Prywatna Przychodnia Lekarska
w Schwedt/Oder,

zatrudni

Lekarza Rodzinnego/Internistę.

Wymagania:

- bardzo dobra znajomość języka niemieckiego

Czas pracy do uzgodnienia.

Atrakcyjne wynagrodzenie.

Kontakt: 503-165-997

Adres e-mail: simone9@tlen.pl

PRACA

NZOZ Polmed Goleniów zatrudni lekarza specjalistę medycyny rodzinnej w pełnym wymiarze godzin. Kontakt pod nr telefonu 602 734 845.

MEDICINE Lekarze Specjaliści nawiąże współpracę z lekarzem stomatologiem: Szczecin tel. 512 251 250.

Centrum Medyczne Kaszubska, zatrudni lekarza dentystę z doświadczeniem. Prosimy o przesłanie CV na adres: k.kazojc@stomatologkaszubska.pl lub kontakt pod numerem 91 820 48 81.

Szpital w Gryfinie poszukuje LEKARZA GERIATRĘ, ANESTEZJOLOGA, CHIRURGA, INTERNISTĘ oferty prosimy przysyłać na adres kadry@szpital-gryfino.pl.

WYNAJEM

Wynajmę tanio lub odstąpię wyposażony gabinet stomatologiczny. Szczecin os. Słoneczne. Baza pacjentów od ok. 20 lat 45 m kw. dzierżawiony od spółdzielni. Tel. 601 767 299.

Wynajmę widny, kompletnie urządzony gabinet lekarski w Szczecinie przy ulicy Chopina. W pobliżu duży parking, apteka. Oferuję dogodne warunki. Tel. 601173420.

DOM LEKARSKI

Centrum Medyczne

ZATRUDNIMY LEKARZY
różnych specjalizacji

do klinik mutyspecjalistycznych w naszych ośrodkach w Szczecinie (przychodnie i szpital jednego dnia).
Formy zatrudnienia do uzgodnienia.

Zainteresowane osoby prosimy o przysyłanie CV na adres:
administracja@domlekarski.pl

UCHWAŁY OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ z 14.12.2016 r.

Uchwała Nr 74/2016/VII

W SPRAWIE AKCEPTACJI DECYZJI KOMISJI SOCJALNEJ OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W SZCZECINIE

§ 1.

Akceptuje się decyzję Komisji Socjalnej z dnia 14 grudnia 2016 r. dotyczącą:

- przyznania świadczenia pieniężnego po narodzinach dziecka w wysokości 1000,00 zł:
 - (...)
- przyznania jednorazowego zasiłku pogrzebowego w wysokości 1500,00 zł:
 - (...)

Uchwała Nr 75/2016/VII

W SPRAWIE AKCEPTACJI DECYZJI KOMISJI FINANSOWEJ OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W SZCZECINIE

§ 1.

Akceptuje się decyzję Komisji Finansowej ORL w Szczecinie z dnia 14 grudnia 2016 r. dot.:

- (...)

Uchwała Nr 76/2016/VII

W SPRAWIE WYRAŻENIA ZGODY NA WSPÓŁFINANSOWANIE NOWEGO SYSTEMU INFORMATYCZNEGO DLA PROWADZENIA REJESTRÓW LEKARZY I LEKARZY DENTYSTÓW I CENTRALNEGO REJESTRU LEKARZY I LEKARZY DENTYSTÓW RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ ORAZ NA ZAWARCIE UMOWY LICENCYJNEJ

§ 1.

- Wyrazić zgodę na współfinansowanie przez Okręgową Izbę Lekarską w Szczecinie nowego systemu informatycznego dla prowadzenia rejestrów lekarzy i lekarzy dentystów i Centralnego Rejestru Lekarzy i Lekarzy Dentystów Rzeczypospolitej Polskiej, tworzonych przez Naczelną Izbę Lekarską, poprzez uiszczenie na rzecz Naczelnej Izby Lekarskiej opłaty w wysokości 35 042,00 zł (słownie: trzydzieści pięć tysięcy czterdzieści dwa złote) na podstawie umowy licencyjnej.
- Wyrazić zgodę na zawarcie odpłatnej umowy licencyjnej z Naczelną Izbą Lekarską na korzystanie z ww. systemu informatycznego (Programu) dla celów

związanych z działalnością Okręgowej Izby Lekarskiej w Szczecinie, zgodnie z jego przeznaczeniem.

Uchwała Nr 77/2016/VII

W SPRAWIE TERMINÓW POSIEDZEŃ OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W SZCZECINIE I JEJ PREZYDIUM W 2017 ROKU.

§ 1.

- Ustala się następujące terminy posiedzeń Okręgowej Rady Lekarskiej w Szczecinie w 2017 roku: 25 stycznia, 8 luty, 22 marzec, 5 kwiecień, 24 maj, 21 czerwiec, 20 wrzesień, 18 październik, 22 listopad, 20 grudzień. Posiedzenia rozpoczynają się będą o godzinie 11.00.
- Ustala się następujące terminy posiedzeń Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej w Szczecinie w 2017 roku: 11 stycznia, 22 luty, 8 marzec, 26 kwiecień, 10 maj, 7 czerwiec, 19 lipiec, 9 sierpień, 6 wrzesień, 4 październik, 8 listopad, 6 grudzień. Posiedzenia rozpoczynają się będą o godzinie 13.00.

UCHWAŁY I STANOWISKA PREZYDIUM OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ z 07.12.2016 r.

Uchwała Nr 26/2016/VII

W SPRAWIE WSKAZANIA PRZEDSTAWICIELA OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W SZCZECINIE DO SKŁADU KOMISJI KONKURSOWEJ NA STANOWISKO ZASTĘPCY DYREKTORA DS. LECZNICTWA W SAMODZIELNYM PUBLICZNYM WIELOSPECJALISTYCZNYM ZAKŁADZIE OPIEKI ZDROWOTNEJ W STARGARDZIE

§ 1.

Wskazuje się dr n. med. Grzegorza Czajkowskiego do składu komisji konkursowej na stanowisko Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa w Samodzielnym Publicznym Wielospecjalistycznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Stargardzie.

Uchwała Nr 27/2016/VII

W SPRAWIE REKOMENDACJI KANDYDATURY DR HAB. N. MED. MACIEJA ŻUKOWSKIEGO NA KONSULTANTA KRAJOWEGO W DZIEDZINIE INTENSYWNEJ TERAPII

§ 1.

Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej w Szczecinie rekomenduje kandydaturę dr hab. n. med. Macieja Żukowskiego na konsultanta krajowego w dziedzinie intensywnej terapii.

Uchwała Nr 29/2016/VII

W SPRAWIE ZAOPINIOWANIA KANDYDATURY DR N. MED. WIESŁAWY FABIAN NA STANOWISKO KONSULTANTA WOJEWÓDZKIEGO W DZIEDZINIE MEDYCYNY RODZINNEJ

Na podstawie art. 26 ust. 3 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (t.j. Dz.U. z 2016 r. poz. 522) oraz uchwały ORL w Szczecinie z dnia 18 lutego 2015 r. nr 13/2015/VII w sprawie udzielenia upoważnienia Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej w Szczecinie do opiniowania kandydatów na stanowisko konsultanta wojewódzkiego w poszczególnych dziedzinach medycyny, w związku z art. 5 pkt 10 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (t.j. Dz.U. z 2016 r. poz. 522), z art. 6 ust. 4 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o konsultantach w ochronie zdrowia (Dz. U. 2009 Nr 52 poz. 419) uchwała, się, co następuje:

§ 1.

Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej w Szczecinie pozytywnie opiniuje kandydaturę dr n. med. Wiesławy Fabian na stanowisko Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie medycyny rodzinnej.

z 11.01.2017 r.

Uchwała Nr 1/2017/VII

W SPRAWIE ZAOPINIOWANIA KANDYDATURY DR N. MED. KATARZYNY ŻUŁTAK-BĄCZKOWSKIEJ NA STANOWISKO KONSULTANTA WOJEWÓDZKIEGO W DZIEDZINIE MEDYCYNY PALIATYWNEJ

§ 1.

Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej w Szczecinie pozytywnie opiniuje kandydaturę dr n. med. Katarzyny Żułtak-Bączkowskiej na stanowisko Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie medycyny paliatywnej.

Uchwała Nr 2/2017/VII

W SPRAWIE REKOMENDACJI KANDYDATURY PROF. DR HAB. N. MED. JADWIGI BUCZKOWSKIEJ-RADLIŃSKIEJ NA KONSULTANTA KRAJOWEGO W DZIEDZINIE STOMATOLOGII ZACHOWAWCZEJ Z ENDODONCJĄ

§ 1.

Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej w Szczecinie rekomenduje kandydaturę prof. dr hab. n. med. Jadwigi Buczkowskiej-Radlińskiej na konsultanta krajowego w dziedzinie stomatologii zachowawczej z endodoncją.

STANOWISKO NR 1/2017/VII

Stanowisko w sprawie projektowanych na dzień 19, 20 i 22 grudnia 2016 r.:

- 1) ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;
- 2) rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie określenia profili charakteryzujących poziomy system zabezpieczenia oraz kryteriów kwalifikacji świadczeniodawców do tych poziomów;
- 3) rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie określenia wykazu świadczeń opieki zdrowotnej, które wymagają ustalenia odrębnego sposobu finansowania w ramach kwoty zobowiązania umowy zawartej w ramach systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej;
- 4) zarządzenia Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne w ramach podstawowego szpitalnego systemu zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej.

Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej w Szczecinie, odnosząc się do ww. projektów regulujących tzw. sieć szpitali, zgłasza następujące uwagi i zastrzeżenia:

- 1) Projekt ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych zakłada, że PSZ obejmie również świadczenia z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej realizowane w przychodniach przyszpitalnych oraz

świadczenia z zakresu nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej. Wedle art. 55 ust. 3 przewiduje, iż świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej są udzielane przez świadczeniodawców zakwalifikowanych do poziomów zabezpieczenia, o których mowa w art. 95l ust. 2 pkt 1-3 i 5, na podstawie umowy, o której mowa w art. 159a ust. 1. Dodanie do projektu ust. 3a w brzmieniu: „W przypadku braku zabezpieczenia świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej przez świadczeniodawców, o których mowa w ust. 3, stosuje się przepisy dotyczące konkursu ofert i rokowań”, potwierdza, iż istnieje zagrożenie wyeliminowania z rynku usług medycznych gabinetów POZ i innych podmiotów leczniczych nie będących szpitalami z zakresu nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej. W województwie zachodniopomorskim na 29 podmiotów świadczących nocną i świąteczną opiekę zdrowotną 15 z nich to podmioty nie będące szpitalami, co stanowi około 50% wszystkich podmiotów świadczących te usługi. W przypadku zaś, gdy w ramach sieci szpitali nie zostanie zabezpieczona nocna i świąteczna opieka, to zgodnie z projektem, wybór podmiotów opierać się będzie na uznaniowości Dyrektora NFZ, który w drodze dowolnej oceny będzie decydował, czy dana jednostka (świadczeniodawca) zostanie zakwalifikowana do systemu szpitali, pomimo niespełniania warunków kwalifikacji, w przypadku stwierdzenia, iż jest to niezbędne dla właściwego zabezpieczenia dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej (art. 95n ust. 6 i 8). Ustawa nie przewiduje żadnych kryteriów wyboru takiego świadczeniodawcy, a nadto nie przewiduje kontroli takiej decyzji w trybie odwoławczym, bowiem wyłącza stosowanie przepisów kodeksu postępowania administracyjnego. Takie rozwiązanie jest nie do przyjęcia i konieczne jest określenie w tym zakresie obiektywnych kryteriów, tak aby było jasne i czytelne, na jakiej podstawie dany świadczeniodawca został wybrany, a nie inny. Konkludując, wprowadzenie systemu PSZ może prowadzić

do administracyjnej kontroli finansowania oraz funkcjonowania szpitali;

- 2) Skutkiem projektowanej reformy będzie wyeliminowanie z rynku małych, prywatnych podmiotów (świadczących głównie chirurgię „jednego dnia”), a preferowanie szpitali publicznych. Powyższe z pewnością negatywnie przełoży się na dostępność pacjenta do usług zdrowotnych, w tym usług o wysokiej jakości i posługujących się innowacyjnymi metodami leczenia, jak i nowoczesnym sprzętem, co w przypadku świadczeniodawców realizujących hospitalizacje jednodniowe było standardem. W przypadku bowiem niezakwalifikowania się podmiotu do sieci szpitali, z uwagi na niespełnianie kryteriów (tj. udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w ramach izby przyjęć albo szpitalnego oddziału ratunkowego, na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, której okres trwania wynosi co najmniej 2 ostatnie lata kalendarzowe, czy też posiadania umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie leczenia szpitalnego spełniającej łącznie dodatkowe warunki – art. 95n ww. ustawy), zawieranie umów na realizację tych świadczeń w trybie konkursu ofert lub rokowań będzie jedynie rozwiązaniem o charakterze subsydiarnym. Skutkiem takiej regulacji będzie brak możliwości realizowania przez dotychczasowe podmioty prywatne ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, chirurgii „jednego dnia” oraz nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej w ramach systemu, skoro zawieranie umów w tym zakresie w trybie konkursu ofert lub rokowań ma mieć postać jedynie uzupełniająca i być stosowane w przypadku, gdy świadczenia te nie będą zabezpieczone w ramach umów ze szpitalami systemu PSZ. Obecnie ambulatoryjna opieka specjalistyczna oraz nocna i świąteczna opieka jest szeroko dostępna dla pacjenta poprzez jej zabezpieczenie w większości przez świadczeniodawców prywatnych (małe zakłady lecznicze lub praktyki indywidualne i grupowe). Z aktualnych danych otrzymanych od Zachodniopomorskie-

go Oddziału NFZ w Szczecinie wynika, iż wedle projektu poza siecią szpitali pozostanie 8 podmiotów prywatnych, w tym 4 podmioty realizujące świadczenia tylko w ramach hospitalizacji planowanej lub hospitalizacji jednego dnia;

- 3) Wprowadzone kryteria zakwalifikowania podmiotów do sieci szpitali zamykają drogę wejścia na rynek medyczny (do sieci szpitali) nowym podmiotom, bowiem wśród warunków zakwalifikowania do sieci wymagane jest, aby podmiot posiadał umowę z NFZ na udzielanie świadczeń w ramach izby przyjęć albo szpitalnego oddziału ratunkowego w okresie co najmniej 2 ostatnich lat kalendarzowych oraz posiadał umowę z NFZ o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie leczenia szpitalnego również w okresie co najmniej 2 ostatnich lat kalendarzowych. Zatem nasuwa się pytanie, w jaki sposób nowy podmiot, który nie miał zawartych wskazanych umów z NFZ w okresie ostatnich 2 lat, może wejść do sieci szpitali. Dodatkowo kwalifikowanie do systemu będzie odbywało się raz na 4 lata. Tym samym w systemie będą cały czas funkcjonowały te same podmioty, a nadto do ich zakwalifikowania nie będzie konieczne spełnienie kryteriów jakościowych udzielania świadczeń zdrowotnych. Brak konkurencyjności, która charakteryzowała postępowania konkursowe, może prowadzić do zaniechania rozwoju podmiotów zakwalifikowanych do PSZ, które bez względu na jakość świadczeń będą miały zagwarantowaną umowę z NFZ. Taki stan rzeczy wpłynie na brak motywacji po stronie szpitali do wdrażania nowych, innowacyjnych metod leczenia oraz dbania o jakość usług medycznych i podnoszenia ich stopnia, co może również utrudnić bądź nawet uniemożliwić lekarzom rozwój w danej dziedzinie medycyny;
- 4) Pomimo zgłaszanych już zastrzeżeń, projekt ww. rozporządzenia nadal nie przewiduje na I poziomie szpitali obowiązku posiadania oddziałów intensywnej terapii, pomimo iż przewiduje chirurgię ogólną, co może za-

grażać bezpieczeństwu pacjentów oraz wpływać na jakość pracy personelu medycznego.

Konkludując, w ocenie Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej w Szczecinie, ponownie przedłożone projekty aktów prawnych wprowadzających reformę systemu leczenia szpitalnego nadal budzą poważne wątpliwości i stanowią pozorne usprawnienie tego systemu. Kolejne zmiany przepisów prawa w zakresie opieki zdrowotnej nie poprawią dostępności pacjenta do świadczeń zdrowotnych ani ich jakości. W rzeczywistości bez zwiększenia środków finansowych na ochronę zdrowia i bez zwiększenia liczby wykwalifikowanego personelu medycznego nie należy oczekiwać poprawy w zakresie funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w Polsce.

STANOWISKO NR 2/2017/VII

w sprawie projektu zmian ustawy – Prawo atomowe z dnia 14.12.2016 r.

Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej w Szczecinie, odnosząc się do przedstawionego projektu ustawy – Prawo atomowe z dnia 14.12.2016 r. wskazuje, co następuje.

- 1) Zgodnie z oczekiwaniami środowiska lekarzy dentyistów dokonano zmian przepisów ustawy Prawo atomowe, poprzez ułatwienie ich stosowania przez gabinety stomatologiczne. Z tego względu pozytywnie należy ocenić proponowane zmiany, wedle których:
 - a) jednostki ochrony zdrowia prowadzące działalność polegającą jedynie na wykonywaniu stomatologicznych zdjęć wewnątrzustnych za pomocą aparatów rentgenowskich służących wyłącznie do tego celu albo prowadzące działalność polegającą jedynie na wykonywaniu densytometrii kości za pomocą aparatów rentgenowskich służących wyłącznie do tego celu nie będą zobowiązane do posiadania inspektora ochrony radiologicznej; do jednostek tych również nie będą miały zastosowania

wania przepisy dotyczące uzyskania i cofnięcia zgody państwowego wojewódzkiego inspektora sanitarnego na prowadzenie działalności z narażeniem na promieniowanie jonizujące w celach medycznych polegającej na udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu diagnostyki, radiologii zabiegowej i teleradiologii,

- b) wyłączono spod obowiązku poddawania się audytom klinicznym zewnętrznym jednostki ochrony zdrowia udzielające świadczeń wyłącznie w zakresie stomatologicznych zdjęć wewnątrzustnych oraz densytometrii kości, a w ramach audytów wewnętrznych wystarczającym będzie, aby w placówce tylko jedna osoba dysponowała uprawnieniami do wykonywania zdjęć;

- 2) Pozytywnie należy ocenić również zmianę w zakresie nowych form odbycia szkolenia z ochrony radiologicznej pacjenta przez osoby wykonujące i nadzorujące wykonywanie badań i zabiegów przy użyciu promieniowania jonizującego. Realizacja obowiązku podnoszenia kwalifikacji w zakresie ochrony radiologicznej pacjenta nie będzie ograniczona tylko do odbycia szkolenia i zdania egzaminu, bowiem projekt przewiduje, iż przedmiotowy obowiązek będzie można realizować także poprzez uczestnictwo w innych szkoleniach poświęconych problematyce stosowania promieniowania jonizującego, a także poprzez udział w konferencjach i zjazdach naukowych, tak jak w systemie doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentyistów poprzez uzyskanie wymaganej liczby punktów;
- 3) Zastrzeżenia natomiast budzi wymóg zdobycia 30 punktów szkoleniowych z tytułu szkolenia z ochrony radiologicznej w okresie 5 lat, poprzez uczestnictwo w innych szkoleniach, konferencjach i zjazdach naukowych, jako zbyt wysoki w proporcji do zagadnień objętych ochroną radiologiczną pacjenta. Za ukończenie innego szkolenia (niż zakończonego egzaminem) można uzyskać jeden punkt za jedną godzinę, co daje 30 godzin szkolenia w ciągu 5 lat.

»»» Pełna treść powyższych dokumentów została opublikowana w BIP bip.oil.szczecin.pl

Z wielkim smutkiem przyjęliśmy
wiadomość o śmierci

śp.
dr Danuty Sykuły

biorącej czynny udział w powstawaniu odrodzonego
samorządu lekarskiego

Łączymy się w żalu z Najbliższymi

Prezes i Członkowie
Okręgowej Rady Lekarskiej w Szczecinie

„Ci, których kochamy, nie umierają nigdy,
bo miłość to nieśmiertelność”

Emily Dickinson

Lek. dent.
Jerzemu Szymczakowi
wyrazy współczucia z powodu śmierci

OJCA

składają

Prezes i członkowie
Okręgowej Rady Lekarskiej w Szczecinie

„Nie umiera Ten, kto pozostaje
w sercach i pamięci...”

Dr. Jerzemu Szymczakowi

wyrazy współczucia

i słowa otuchy
w ciężkich chwilach
po śmierci

OJCA

składa

Komisja Stomatologiczna
Okręgowej Rady Lekarskiej w Szczecinie

„Umarłych wieczność dotąd trwa,
dokąd pamięcią się im płaci”

Wisława Szymborska

**Kol. Jackowi Gibaszкови
i jego bliskim**

wyrazy wsparcia i otuchy
w trudnych chwilach z powodu śmierci

TATY

składają

koledzy z Oddziału Gastroenterologii
i Chorób Wewnętrznych SPWSZ
w Szczecinie

„Gdyby nie było śmierci, życie nie wydawałoby się nam tak piękne”

Mikołaj Gogol

Z głębokim smutkiem przyjęliśmy wiadomość o śmierci
śp.

Prof. dr. hab. n. med. **Stanisława Zielińskiego**

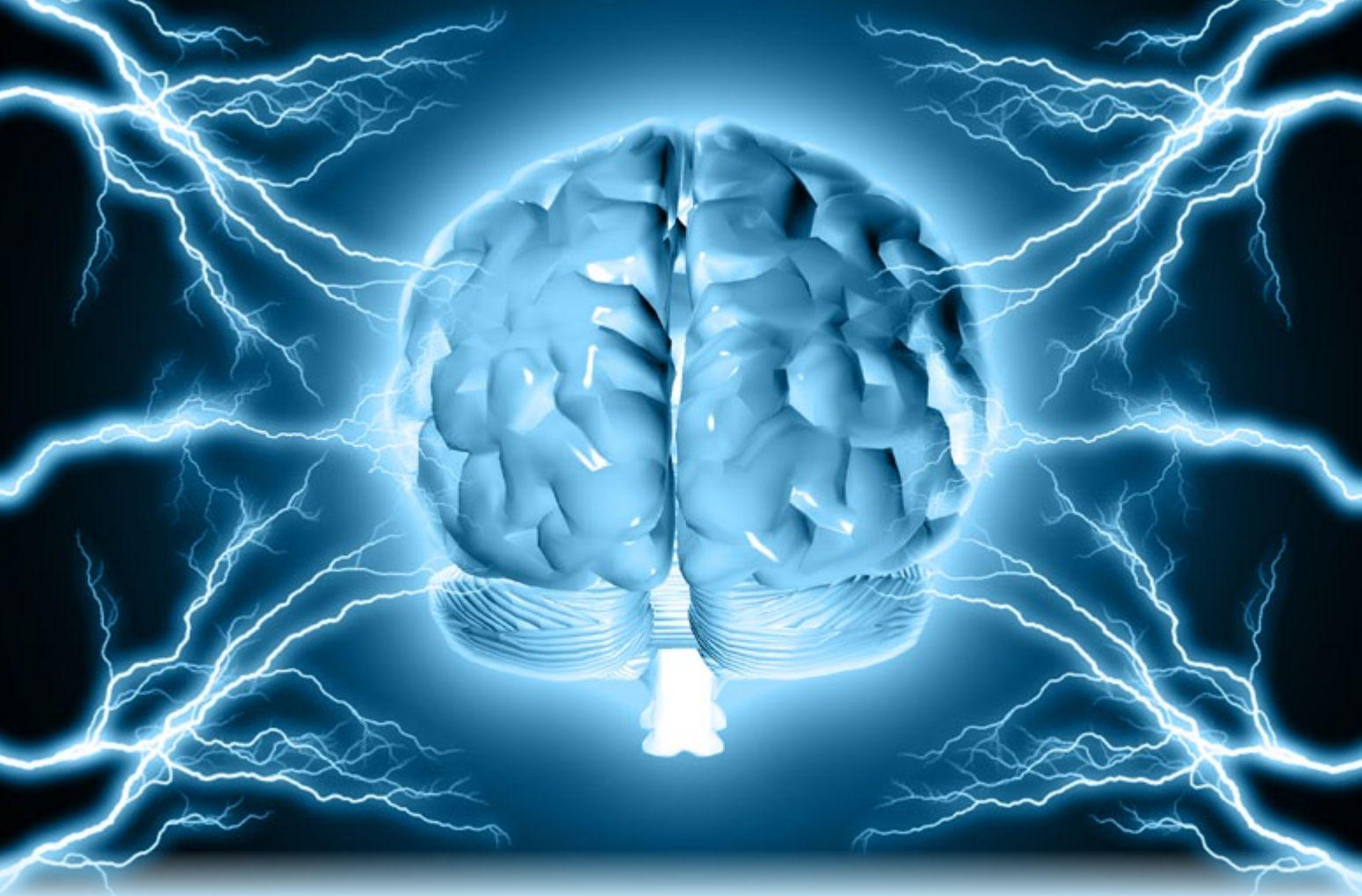
lek. dent. **Danuty Sykuły**

dr. **Longina Zorgi**

dr. **Jana Kopcia**

Przekazujemy wyrazy najgłębszego współczucia
Rodzinom i Najbliższym

Koło Seniora Okręgowej Rady Lekarskiej w Szczecinie



Program Międzyuczelnianej Konferencji – V DZIEŃ MÓZGU

„Młody mózg pod presją współczesności”

8 KWIETNIA 2017 R.

AULA WYDZIAŁU HUMANISTYCZNEGO UNIwersYTETU SZCZECIŃSKIEGO UL. KRAKOWSKA 71-79

Organizatorzy: Zakład Psychologii Klinicznej i Psychoprofilaktyki Instytutu Psychologii Uniwersytetu Szczecińskiego, Katedra i Klinika Psychiatrii Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego, Okręgowa Izba Lekarska w Szczecinie, Polskie Towarzystwo Neurologiczne Oddział w Szczecinie, Polskie Towarzystwo Psychiatryczne Oddział w Szczecinie, Stowarzyszenie Cogito, Przewodniczący Komitetu Naukowego: Prof. dr hab. n. med. Jerzy Samochowiec, Przewodniczący Komitetu Organizacyjnego: Prof. US dr hab. n. med. Andrzej Potemkowski

9.00 – 9.15 – Otwarcie Konferencji i Słowo Rektorów US i PUM

Wykłady otwierające konferencję:

9.15 – 9.45 – Prof. Jerzy Vetulani – Mózg dziecka – między doświadczeniem a traumą.

9.45 – 10.15 – Prof. Przemysław Nowacki: Mózg – zanim pojawi się na świecie.

SESJA I – JAK STYMULOWAĆ MŁODY MÓZG

Prowadzący: Prof. P. Nowacki, Prof. Z. Kroplewski

10.15 – 10.35 – Prof. Ewa Stachowska – Młody mózg a dieta.

10.35 – 10.55 – Prof. A. Potemkowski – Młody mózg a rola sztuki.

10.55 – 11.15 – Prof. Maciej Witek – Dlaczego młody mózg filozofuje.

11.15 – 11.35 – Przerwa

SESJA II – NIEBEZPIECZEŃSTWA WSPÓŁCZESNEGO ŚWIATA

Prowadzący: Prof. A. Samochowiec, Prof. A. Potemkowski

11.35 – 11.55 – Prof. Jerzy Samochowiec: Dojrzwianie a zdrowie psychiczne.

11.55 – 12.15 – Dr hab. Jolanta Kucharska: Toksyczny wpływ uzależnień na młody mózg.

12.15 – 12.35 – Dr Izabela Gorzkowska: Mózg dziecka autystycznego.

12.35 – 13.15 – Przerwa

SESJA III – PROBLEMY MŁODEGO MÓZGU W OCZACH PEDAGOGA – PSYCHIATRY – PSYCHOLOGA

Prowadzący: Prof. J. Samochowiec, Prof. B. Kromolicka

13.15 – 13.35 – Prof. Barbara Kromolicka: Młody mózg a współczesne rodzicielstwo.

13.35 – 13.55 – Dr hab. Justyna Pełka-Wysiecka: Wychowanie bezstresowe a młody mózg.

13.55 – 14.15 – Dr Ewa Łodygowska: Trudne psychologiczne problemy w młodości.

14.15 – 14.20 – Podsumowanie i zamknięcie konferencji – Prof. A. Potemkowski, Prof. J. Samochowiec