



OPOLSKA
IZBA
LEKARSKA

Rok Założenia 1990

Kwiecień 2014

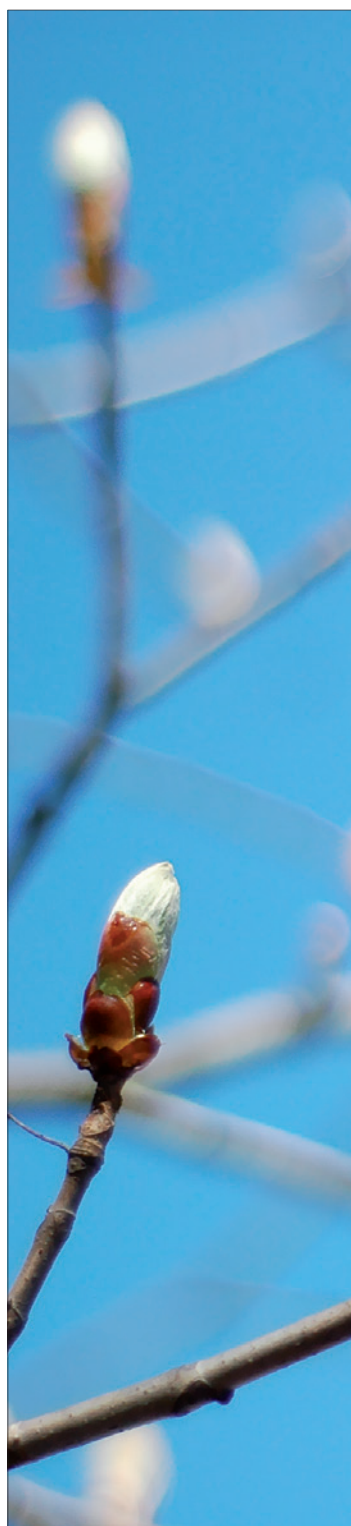
ISSN 1426-661X

BIULETYN INFORMACYJNY

Nr 211

OPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

www.izbalekarska.opole.pl



PO ZEWNĘTRZNEJ STRONIE URWISKA

Chodzę po ogrodzie tam i z powrotem, szukam jego śladów. Liczę niedopałki: dwanaście, osiemnaście, dwadzieścia. Zaglądam pod cisy, szperam w gałęziach złożonych pod płotem, myszkuję koło starej wanny na lwich łapach. – *Ale z niej złoto obłazi. Nie szkoda ci?* – zagadnął. – *Farby?* – zdziwiłam się. – *Lwa* – zachichotał. Lubiał cienkie papierosy, filtry zginał jednym ruchem palców, następnie budował z nich wieże, układał stosy. – *Dawaj diabła spod skóry, popatrzmy, jak się fajczy!* – droczył się. – *Kiedy rzucisz?* – pytałam. – *Jak się wypale!* – Wiatr roznosił więc różowe eldasy po okolicy, podrzucał je sąsiadom, ukrywał w kocich miskach. Obiecywałam, że wreszcie kupię popielniczkę. – *Wolisz stylową czy z gołą babą?* – *Przerzucam się na facetów, z babami same kłopoty* – tłumaczył. – *Wszędzie wejdą, nawet na obrazy.* – Toteż na jednej z jego ostatnich wystaw byli tylko mężczyźni, ale za to sławni.

Spotkałiśmy się niedawno na opolskim rynku. Ledwie znalazłam jakąś lukę i wcisnęłam się w nią nieporadnie, gdy usłyszałam za sobą głos. – *Uważaj, bo znów ci straż wóz ukradnie* – krzyczał Bolesław Polnar – *i zaciągnie pod Łódź!* – Biegł rozpięty, zdyszany, w berecie na bakier. – *Lecę do mamy, czeka na mnie.*

A ja czekam, kiedy znów przyjdzie, usiądzie koło Iwony, pochwali miody, napije się kawy, szturchnie Zbyszka, spojrzy na Eulalię, puści oko do Andrzeja i zarządzi przerwę na fajkę. – *Wytrzymaj jeszcze, Bolku* – poprosi Adam. Lecz on się wymknie, złapie psa za ogon, wytarłosi koty-wieśniaki, szepnie komplement Joli, aż ta obleje się rumieńcem. Czekam, kiedy narysuje karykaturę, podpisze ją dowcipnie, nauczy mojego syna rozumu. Kiedyś Sebastian dostał prezent – zgrabną damską nogę na szpilce, narysowaną oczywiście. – *A gdzie druga noga?* – spytał odważnie. – *Chcesz od razu dwie? Poczekaj trochę.* – Ja czekam, aż wyciągnie zaproszenia na trzy wystawy i promocję książki w bibliotece, opowie anegdotę, pochwali uczniów z plastyczniaka: – *Ale mają wyobraźnię, nie wyobrażasz sobie.*

Malował bez ustanku, nie liczył godzin w pracowni. Wjeżdżał na ósme piętro, przetrząsał kieszenie w poszukiwaniu kluczy, słuchał, jak skrzypią zawiasy i puszcza zamek w metalowych drzwiach. Potem siedł wąskim korytarzem, skręcał w lewo, gdzie zaczyna się atelier. Ileż tam kobiet! Stoją, leżą, podpierają ściany, rozsiadły się wzdłuż okien, otoczyły filar, są też w kuchni i przy balkonie, nagie i wystrojone, młode i nieco starsze, bliskie i nieznajome. – *Myślałam, że będziemy sami* – rzuciłam kiedyś. – *Wprosiły się, co miałem zrobić?* – uśmiechnął się chytrze, jak to on potrafił. – *Zmyśliłeś je? Nie, są prawdziwe, z głowy.* – Ciasno im było, a kobiety, jak wiesz, lubią przestrzeń. I rozprzestrzeniły się. Prawie nigdy nie milczą, przekomarzają się, plotkują, zdradzają coś w sekrecie. Bywają zazdrosne



o lazur, tło czy ładniejszą pozę. Czasem potrąca filiżanki, rozsypią cukier, jakby mówiły: spójrz na nas, nie jesteśmy tylko z płócien!

Niekiedy uciekał z atelier, wyruszał na pustkowia, przemierzał bezdroża, zapuszczał się tam, gdzie prawie nikt nie dociera. Wspinał się na wzgórza porośnięte mietą, mijał stawy oddzielone od siebie groblami, a połączone drewnianymi kładkami, które skrzypią i kołyszą się, jakby chciały przypomnieć o nietrwałości świata. Pod pomostami królują ptaki. Szkicował dzikie kaczki, te wznoszące się do lotu i te opadające, wypełniał kartki łabędziami, zatrzymywał na papierze cyraneczki, kazarki, magelanki; osoby tworzył później.

Czasem, chcąc otępić myśli, kierował się w miejsce, gdzie przed wiekami ogromna skała pękła na pół i poszła z niej woda. Najpierw płynęła cienką strugą, potem strumieniem, aż powstało jezioro. Wyobraźnia podpowiadała mu, że kryje się tam tajemnica, że woda przechowuje czyjeś strachy, tęsknoty. I rozpacz. Może nawet jego własną.

Kręcę się po ogrodzie i nie wiem już, czy poszukiwanie jego śladów jest dobrodziejstwem czy udręką. Wracam do pokoju, wpatruję się w obraz. Stoi tam namalowany jako Avis – nad grubą czerwoną krechą oddzielającą go od świata. Bolesław Polnar – nieprzynależny, zadumany, odchodzący badacz ludzkiego jestestwa, który dawno pojął słowa Michela Foucaulta: *Jedynym sposobem dotarcia do sedna [...] jest ciągle przebywanie na granicy, jak gdyby po zewnętrznej stronie urwiska.*

Agnieszka KANIA

Czas płynie bardzo szybko i za kilka dni (piszę te słowa w połowie marca) będziemy uczestniczyć w kolejnym Krajowym Zjeździe Lekarzy i będziemy wybierać najwyższe władze naszej Korporacji, z jej Prezesem na czele. Czy pomimo gorączki kolejnych głosowań będzie jeszcze czas na dyskusję programową? Sądząc z zapowiedzi ustępującego Prezesa – tak. Tym bardziej, że atmosfera wokół naszego zawodu znowu ulega podgrzaniu. Minister zdrowia „znalazł” bowiem sposób na zmniejszenie kolejek pacjentów do lekarzy specjalistów i poprawę funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej. Śmiem wątpić, czy kolejna „nakładka - żeby się posłużyć terminem komputerowym – do szwankującego nie od dzisiaj całego systemu będzie w stanie coś istotnie zmienić. Samorząd Lekarski nie od dziś krytykuje jego niewydolność. No, ale który z polityków przyzna się publicznie do wypuszczenia tego buba? Tak więc, jeśli

starczy czasu, pewnie będziemy się nawzajem przekonywać o tych wszystkich niedoskonałościach funkcjonowania opieki zdrowotnej w naszym kraju. Tylko czy będzie na sali ktoś oprócz lekarzy, kto będzie chciał tego wszystkiego słuchać? Czy ministrowi Arłukowiczowi starczy odwagi, by stanąć twarzą w twarz ze swoimi koleżankami i kolegami po fachu i wysłuchać tych wszystkich zarzutów i pretensji? Wątpię!

Ale jak w końcu będzie przebiegał Zjazd dowiecie się dopiero w następnym miesiącu z relacji „Gazety Lekarskiej”. Ja tymczasem, na progu wiosny – bo mam nadzieję, że zima już na pewno nie wróci – oddaję w Wasze ręce kolejny numer Biuletynu. Staralem się, jak zawsze, zamieścić w nim materiały, które powinny Was zaciekawić. Mając na to nadzieję pozostawiam Was sam na sam z lekturą.

Jerzy B. LACH

OIL w Opolu i Komisja ds Lekarzy Seniorów

zapraszają na Wiosenne Spotkanie Lekarzy Seniorów

w dniu 12.04.2014 (sobota) o godz. 13.00, które odbędzie się w lokalu „Willa Młynówka” (dawniej Kasyno Policyjne), w Opolu przy ul. Korfantego 4.

W czasie spotkania zostaną wręczone okolicznościowe medale i dyplomy lekarzom-seniorom, którzy przed 50 laty uzyskali dyplomy lekarskie.

Prosimy o zgłaszanie uczestnictwa w Biurze OIL (tel. 77/45-45-939) do dnia 9 kwietnia br.

Dr med. Tadeusz CHOWANIEC

SZPALTA PREZESA

Koleżanki i Koledzy,

Piszę te słowa w przededniu Krajowego Zjazdu Lekarzy, w momencie, w którym Premier Tusk po raz kolejny uwierzył Ministrowi Arłukowiczowi, że ten ma pomysły na rozwiązanie problemów ochrony zdrowia. Czy Minister skorzysta z okazji, jaką jest Zjazd i te swoje pomysły przedstawi najszerszej reprezentacji środowiska lekarskiego? Czy będą to istotnie nowe rozwiązania czy tylko PR-owskie hasła? Nic nie poradzę na to, że dotychczasowa działalność Ministra skutecznie wyleczyła mnie z pokładania nadziei w jego kolejnych pomysłach na poprawę systemu.

W ostatnich tygodniach dyskutowany jest temat opodatkowania szkoleń, które izby lekarskie organizują dla swoich członków. Punktem wyjścia dyskusji było pismo Ministerstwa Finansów do Przewodniczącej Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych, z którego wynikała konieczność opodatkowania bezpłatnych szkoleń, jako przychodu osób, biorących udział w takim szkoleniu. Temu zagadnieniu poświęcona była dyskusja na dwóch ostatnich Konwentach Prezesów okręgowych rad lekarskich. Próbuje znaleźć jakieś sensowne wyjście z tej sytuacji. Do tematu wrócę w kolejnym Biuletynie.

Jerzy JAKUBISZYN

XXXIII OKRĘGOWY ZJAZD LEKARZY

W chwili, gdy będziecie czytali ten numer Biuletynu będzie już po kolejnym Okręgowym Zjeździe lekarzy, który odbył się 29 marca br. W tym numerze – co stało się już tradycją – zamieszczam materiały zjazdowe. W następnym – znajdziecie sprawozdanie z jego obrad oraz pozostałe dokumenty Zjazdu.

Jerzy B. LACH

* * *

Sprawozdanie z działalności Okręgowej Rady Lekarskiej w Opolu w okresie między XXXII a XXXIII Okręgowym Zjazdem Lekarzy

Okręgowa Rada Lekarska VII kadencji na swoim pierwszym posiedzeniu ukonstytuowała się w następującym składzie:

1. Prezes – Jerzy Jakubiszyn
2. Zastępcy Prezesa:
 - Jolanta Smerkowska-Mokrzycka
 - Stanisław Kowarzyk
3. Sekretarz – Barbara Hamryszak
4. Zastępca sekretarza – Jerzy Lach
5. Skarbnik – Zbigniew Kowalik
6. Członkowie Prezydium:
 - Marek Dryja
 - Jacek Mazur
 - Marcin Mielczarek
7. Członkowie Rady:
 - Adam Bąk
 - Tadeusz Chowaniec
 - Stanisław Chruszczyk
 - Waldemar Felbel
 - Iwona Gajda
 - Justyna Grzybowska-Substelna
 - Wiesław Latała
 - Małgorzata Łuszczyńska-Ostrowska
 - Adam Martyniszyn
 - Jarosław Mijas
 - Rafał Olejnik
 - Barbara Suzanowicz
 - Aleksander Wojtyłko

W okresie sprawozdawczym Rada spotkała się trzykrotnie, jej Prezydium – dwukrotnie.

Na bieżącą działalność administracyjną, związaną z wydawaniem prawa wykonywania zawodu i prowadzeniem rejestru Opolskiej Izby Lekarskiej, prowadzeniem rejestru podmiotów, uprawnionych do realizacji

kształcenia podyplomowego lekarzy i lekarzy dentyków oraz prowadzeniem rejestrów praktyk lekarskich, złożyły się:

- wydanie ograniczonego prawa wykonywania zawodu lekarza dentystry (dla odbycia stażu podyplomowego) – 1,
- wydanie nowego dokumentu prawa wykonywania zawodu lekarza – 1,
- wpisanie na listę członków OIL lekarzy przenoszących się z innych izb – 7,
- wpisanie na listę członków OIL lekarzy dentyków przenoszących się z innych izb – 2,
- skreślenie z listy członków OIL lekarzy przenoszących się do innych izb – 3,
- skreślenie z listy członków OIL lekarzy z powodu zgonu – 1,
- skreślenie z listy członków OIL lekarzy dentyków z powodu zgonu – 2,
- zrzeczenie się prawa wykonywania zawodu lekarza dentystry – 1,
- wydanie duplikatu prawa wykonywania zawodu lekarza – 1,
- wydanie zaświadczenia potwierdzającego posiadanie formalnych uprawnień lekarza – 5,
- wydanie zaświadczenia potwierdzającego uzyskanie przez lekarza specjalizacji – 1,
- wydanie zaświadczenia o postawie etycznej lekarza – 6,
- skierowanie lekarza na przeszkolenie w związku z przerwą w wykonywaniu zawodu dłuższą niż 5 lat – 1,
- przedłużenie ważności prawa wykonywania zawodu lekarza cudzoziemca – 1,
- uzupełnienie wpisu do rejestru o nowe zdarzenie edukacyjne (dotyczy podmiotu wpisanego do rejestru) – 1.

W ramach prowadzenia rejestru praktyk lekarskich Okręgowa Rada Lekarska w okresie sprawozdawczym zarejestrowała:

- indywidualne praktyki lekarskie – 2,
- indywidualne specjalistyczne praktyki lekarskie – 1,
- indywidualne praktyki lekarskie wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego – 11,
- indywidualne specjalistyczne praktyki lekarskie wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego – 10.

W ramach działalności samopomocowej Okręgowa Rada Lekarska w okresie sprawozdawczym udzieliła:

- 6 zapomóg na łączną kwotę 21.950 zł,

- 2 pożyczek w związku ze specjalizacją na łączną kwotę 9.900 zł.

Ponadto Rada dofinansowała udział 3 członków naszej Izby w zawodach sportowych.

Okręgowa Rada Lekarska wyznaczyła swoich przedstawicieli do:

- 1 komisji, powołanej dla wyboru zastępcy dyrektora ds. leczenia,
- 1 komisji, powołanej dla wyboru pielęgniarki naczelnej,
- 1 komisji, powołanej dla wyboru pielęgniarki przełożonej,
- 3 komisji, powołanych dla wyboru pielęgniarek oddziałowych.

Okręgowa Rada Lekarska podjęła uchwały dotyczące składek członkowskich:

- zwolnienie z obowiązku płacenia składki członkowskiej z powodu zaprzestania zarobkowego wykonywania zawodu – 6 osób,
- zwolnienie z obowiązku płacenia składki członkowskiej z powodu braku dochodu – 3 osób,
- obniżenie wysokości składki członkowskiej do 10 zł – 4 osób.

Okręgowa Rada Lekarska ponadto w okresie sprawozdawczym podjęła uchwały w sprawie:

- wykazu obowiązujących uchwał,
- zwrotu kosztów ponoszonych na realizację zadań samorządowych,
- terminów posiedzeń w I półroczu 2014 r.,
- przyznania Godności Honorowej „Prymariusza Opolskiego” lek. dent. Marcie Rodziewicz-Kabrowskiej,
- składu komisji problemowych OIL w VII kadencji,
- dofinansowania posiedzenia szkoleniowego Opolskiego Oddziału PTP,
- wyrażenia opinii o kandydacie na stanowisko konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie medycyny sportowej,
- przyznania punktów edukacyjnych I Międzynarodowej Konferencji „Pulsu Uczelni PMWSZ” w Opolu.

Sekretarz ORL
lek. dent.
Barbara HAMRYSZAK

Prezes ORL
dr n. med.
Jerzy JAKUBISZYN

* * *

Sprawozdanie z działalności Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej Opolskiej Izby Lekarskiej w 2013 r.

W 2013 r. wpłynęło 75 spraw, a z poprzedniego okresu pozostało 17 skarg. W sumie w zespole Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej w omawianym okresie sprawozdawczym rozpatrywano 92 sprawy

– postępowania zakończono w 68 sprawach, a 24 pozostały na następny okres (26%).

Spośród zakończonych postępowań, w 36 przypadkach (53%) Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej odmówił wszczęcia postępowania, a 11 (16%) spraw – umorzono. Natomiast 11 skarg zakończono w inny sposób (np. przekazano ze względu na właściwość do innych instytucji). Główne przyczyny złożonych skarg wynikały z:

- uszkodzenia ciała lub powikłań chorobowych – 33%,
- nieetycznego zachowania – 29%,
- śmierci – 16%.
- Skargi dotyczyły najczęściej następujących specjalności:
- chorób wewnętrznych – 33%,
- neurologii – 9%,
- chirurgii ogólnej – 9%.

Do Okręgowego Sądu Lekarskiego skierowano 10 (15%) spraw o ukaranie 14 lekarzy i lekarzy dentystów.

Spośród 57 skarg, które spotkały się z odmową wszczęcia postępowania lub zostały umorzone, odwołania złożono w 16 sprawach, a Okręgowy Sąd Lekarski uwzględnił – 3 (19%).

Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej dr n. med. Zbigniew KUZYSZYN

* * *

Sprawozdanie z działalności Okręgowego Sądu Lekarskiego w Opolu w okresie od 1.01.2013 r. do 31.12.2013 r.

W okresie od 1.01.2013 r. do 31.12.2013 r. w Okręgowym Sądzie Lekarskim w Opolu rozpatrywanych było 11 wniosków o ukaranie 12 lekarzy (5 spraw z roku 2012, 6 spraw z 2013 r.)

1. Uniewinniono – 6 lekarzy
2. Ukarano – 6 lekarzy, w tym:
 - karą upomnienia – 4 lekarzy,
 - karą nagany – 1 lekarza,
 - karą ograniczenia zakresu czynności w wykonywaniu zawodu lekarza – 1 lekarza.

Karą ograniczenia zakresu czynności w wykonywaniu zawodu lekarza na okres 2 lat ukarano lekarza, który przeprowadził biopsję aspiracyjną cienkoigłową u pacjentki, a pobrany materiał zbyt późno (prawie 6 miesięcy później) przekazał do pracowni histopatologicznej. Ponadto nie podjął działań zmierzających do poinformowania pacjentki o wyniku badania, co spowodowało opóźnienie leczenia oraz nienależycie dokładnie, na nieodpowiednim sprzęcie przeprowadził zabieg biopsji cienkoigłowej u pacjentki.

Podczas posiedzeń jawnych rozpatrywanych było 16 zażaleń na postanowienie Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej (2 zażalenia z roku 2012):

- w 3 sprawach uchylono postanowienie Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej,
 - w 13 sprawach utrzymano w mocy postanowienie Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej.
- Najwięcej spraw skierowanych przez Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej do Okręgowego Sądu Lekarskiego w Opolu dotyczyło stomatologii, chorób wewnętrznych oraz specjalności zabiegowych, tj. ginekologii, położnictwa, chirurgii ogólnej.

Obecnie przez Sąd Lekarski rozpatrywane są:

- 4 wnioski o ukaranie (terminy rozpraw to: 14.03.14 r. oraz dwie rozprawy w dniu 15.04.14 r. Z aktami czwartej sprawy zaznajamiają się członkowie Składu Orzekającego),
- 5 zażeń na postanowienie Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej (terminy posiedzeń to: 05.03.14, 07.03.14, 13.03.14, 9.04.14 oraz 25.04.14).

W roku 2013 r. odbyły się 34 wokandy sądu w tym: 17 rozpraw głównych i 17 posiedzeń (w tym 1 posiedzenie niejawne i 16 posiedzeń jawnych).

*Przewodnicząca Okręgowego Sądu Lekarskiego
lek. dent. Ewa NOCEN-FIRLEJ*

* * *

Sprawozdanie z działalności Komisji Stomatologicznej w okresie między XXXII a XXXIII OZL

Rozpoczęła się kolejna VII kadencja działalności KS OIL w Opolu. Po zjeździe sprawozdawczo-wyborczym 7.12.2013 r. spotkaliśmy się dwukrotnie 19.12.2013 r. i 16.01.2014 r.

19.12.2013 r. odbyło się inauguracyjne spotkanie członków KS, na którym Przewodnicząca KS dr J. Smerkowska-Mokrzycka zaproponowała na swojego zastępcę dr B. Hamryszak, a na sekretarza dr A. Adamską. Obie kandydatury zostały jednomyślnie zaakceptowane przez członków KS.

Do wybranego składu KS, na wnioski dr M. Lech-niak i dr E. Nociński-Firlej, dokooptowano dr I. Golicza ze Strzelec Opolskich, dr K. Kwiecień-Drab z Olesna i dr A. Szner z Praszki.

Omawialiśmy nowe zasady wystawiania faktur dla przedsiębiorców podmiotowo zwolnionych z VAT, kalendarium obowiązków lekarza i lekarza dentysty, jako przedsiębiorców prowadzących praktyki zawodowe, a także aktualności z KS NIL.

Przed nami kolejne lata pracy na rzecz samorządu lekarskiego, a głównie lekarzy dentystów.

*Przewodnicząca KS
lek. dent. Jolanta SMERKOWSKA-MOKRZYCKA*

Preliminarz budżetowy Opolskiej Izby Lekarskiej na 2014 r.

		PLAN 2013	WYKONANIE 2013	PLAN 2014
I. PRZYCHODY				
A.	Przychód z działalności statutowej	1.425.500,00	1.316.504,11	1.337.100,00
1.	Składki członkowskie	1.300.000,00	1.213.070,00	1.230.000,00
2.	Refundacja wydatków za zadania przejęte z budżetu	38.000,00	37.554,00	38.000,00
3.	Opłaty za rejestrację gabinetów lekarskich	20.000,00	16.783,00	17.000,00
4.	Refundacja wydatków stażu podyplomowego – Urząd Marszałkowski	13.500,00	9.793,00	16.100,00
5.	Komisja Bioetyczna – wydanie opinii	10.000,00	7.517,25	10.000,00
6.	Przychody finansowe	40.000,00	25.702,28	26.000,00
7.	Pozostałe przychody	4.000,00	6.084,58	–
B	Pozostałe przychody	82.000,00	92.743,77	55.000,00
1.	Z wynajmu pomieszczeń	30.000,00	25.687,40	3.000,00
2.	Z reklam w Biuletynie OIL	11.000,00	30.703,07	10.000,00
3.	Prowizja OC	41.000,00	30.854,30	42.000,00
4.	Pozostałe przychody operacyjne	–	5.500,00	–
C	Zyski nadzwyczajne	–	70,52	–
OGÓŁEM PRZYCHODY		1.507.500,00	1.409.318,40	1.392.100,00
A	Koszty rodzajowe	1.151.100,00	1.051.790,37	1.027.100,00
1.	Zużycie materiałów, energii i wody	93.200,00	94.050,08	92.000,00
	Energia, gaz, woda	62.200,00	66.033,99	68.000,00
	Artykuły biurowe	6.050,00	8.250,20	7.000,00
	Środki czystości	4.500,00	2.538,40	3.000,00
	Prenumerata czasopism	5.000,00	3.853,15	3.000,00
	Inne materiały	11.500,00	12.395,20	11.000,00
	Wybory korespondencyjne	3.950,00	979,14	–
2.	Usługi obce	298.500,00	200.986,58	191.700,00
	Remonty i konserwacja	100.000,00	8.342,97	10.000,00

		PLAN 2013	WYKONANIE 2013	PLAN 2014
	Koszty kolportażu Biuletynu	30.000,00	19.300,79	20.000,00
	Koszty Biuletynu Informacyjnego OIL	50.000,00	48.275,35	50.000,00
	Usługi pocztowe	24.000,00	21.000,30	21.000,00
	Usługi prawne	38.000,00	37.368,00	44.900,00
	Inne usługi	46.500,00	57.756,15	45.800,00
	Wybory korespondencyjne	10.000,00	8.943,02	–
3.	Podatki i opłaty	5.500,00	4.534,35	3.200,00
4.	Wynagrodzenia	480.000,00	450.986,62	448.000,00
	Osobowe wynagrodzenia	290.000,00	285.801,62	315.000,00
	Wynagrodzenia (umowa zlecenie, o dzieło)	102.800,00	97.015,00	82.000,00
	Nagrody za specjalizację	65.000,00	47.970,00	50.000,00
	Komisja Bioetyczna (umowa o dzieło)	3.000,00	1.000,00	1.000,00
	Wybory korespondencyjne	19.200,00	19.200,00	–
5.	Świadczenia na rzecz pracowników	98.300,00	107.011,93	105.200,00
	Składka ubezpieczeniowa, fundusz pracy	59.000,00	68.761,42	69.400,00
	Zakłady Fundusz Nagród	24.000,00	23.754,00	25.200,00
	Zakładowy Fundusz Świadczeń Socjalnych	8.000,00	8.161,00	8.200,00
	Inne – BHP	3.300,00	2.353,43	2.400,00
	Wybory korespondencyjne	4.000,00	3.982,08	–
6.	Amortyzacja środków trwałych	5.000,00	5.019,87	5.000,00
7.	Pozostałe koszty	170.500,00	189.200,94	182.000,00
	Posiedzenia Prezydium i Rady OIL	27.000,00	27.040,33	30.000,00
	Posiedzenia komisji problemowych OIL	20.000,00	26.095,65	27.000,00
	Zjazd	13.000,00	14.628,17	7.000,00
	Ubezpieczenia majątkowe	2.500,00	3.421,00	3.000,00
	Dofinansowanie do imprez sportowych i kulturalnych	13.000,00	5.017,30	6.000,00
	Komisja Bioetyczna (ryczałt)	6.000,00	5.000,00	5.000,00
	Inne koszty	67.000,00	84.214,59	80.000,00
	Koszty podróży	22.000,00	23.783,90	24.000,00
B	Składki do NIL	180.000,00	179.935,50	180.000,00
C	Dofinansowanie – kształcenie podyplomowe	50.000,00	50.639,47	50.000,00
D	Fundusz Samopomocy	150.000,00	130.000,00	130.000,00
E	Rzecznik Praw Lekarza	10.000,00	–	5.000,00
F	Pozostałe koszty operacyjne	–	3,47	–
G	Straty operacyjne	–	1,98	–
	OGÓŁEM WYDATKI	1.541.100,00	1.412.370,79	1.392.100,00
	DOCHÓD	– 33.600,00	– 3.052,39	–
	Wykup działki	300.000,00	151.061,50	–

Skarbnik ORL – Dr n. med. Zbigniew KOWALIK

Przypominamy

OBOWIĄZUJĄ NOWE DRUKI ZUS ZLA

Od 1 stycznia 2014 r. obowiązują wyłącznie nowe formularze zaświadczenia lekarskiego ZUS ZLA. Wzór tego druku określa załącznik nr 1 do rozporządzenia ministra pracy i polityki społecznej z 13 stycznia 2012 r., zmieniające rozporządzenie w sprawie szczegółowych zasad i trybu wystawiania zaświadczeń lekarskich, wzoru zaświadczenia lekarskiego i wzoru zaświadczenia lekarskiego wydanego w wyniku kontroli lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych. Lekarze posiadający

jeszcze bloczki formularzy według wzoru innego, czyli wcześniej obowiązującego, które mogły być wykorzystywane do czasu wyczerpania zapasów, muszą dokonać ich wymiany na druki wskazane w załączniku do nowego rozporządzenia. Mogą tego dokonać w dowolnej placówce ZUS.

O konieczności stosowania wyłącznie nowych formularzy druków ZUS ZLA przypomina centrala Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.

NOWE ZASADY WYPEŁNIANIA ZLECEŃ NA WYROBY MEDYCZNE

Z dniem 1 stycznia 2014 r. weszło w życie nowe rozporządzenie ministra zdrowia z 6 grudnia 2013 r. w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie (Dz. U. z 2013 r., poz. 1565). W związku ze zgłaszanymi przez lekarzy wątpliwościami, dotyczącymi zmian wprowadzonych jego przepisami, NFZ wyjaśnia, że zlecenia na te wyroby (np. protezy, obuwie ortopedyczne, aparaty słuchowe, zestawy infuzyjne, sprzęt stomijny, pieluchomajtki i inne) należy wypełniać na dotychczas obowiązujących drukach. Zmienił się natomiast załącznik do rozporządzenia, określający grupy i liczby porządkowe tych wyrobów, które – zamiast dotychczasowych ich kodów – należy wpisać na druku zlecenia.

NFZ zwraca ponadto uwagę, że w niektórych przypadkach zmianie uległy nazwy konkretnych wyrobów (np. wcześniejsza proteza powietrzna obecnie nosi nazwę: aparat z maską do leczenia obturacyjnego bezdechu sennego, grupa P, lp. 102), a także kryteria ich przyzna-

wania. Gdy zatem kod ICD-10 wyrobu wpisany na zleceniu nie jest jednoznaczny z kryteriami przyznawania określonymi w rozporządzeniu, w rubryce „Informacje dodatkowe”, należy wpisać istotne okoliczności związane ze stanem zdrowia pacjenta, np.:

- w zleceniu na zaopatrzenie w aparaty słuchowe (grupa P, lp. 84–85) należy podać stopień niepełnosprawności słuchowej (uszkodzenia słuchu);
- w zleceniu na zaopatrzenie w sprzęt stomijny (grupa P, lp. 99) wymagane jest dookreślenie rodzaju stomii poprzez odpowiedni wpis: kolostomia, urostomia, ileostomia;
- w zleceniu na zaopatrzenie w wózek inwalidzki (grupa P, lp. 129) należy wpisać informację dodatkową, np. osoba samodzielnie poruszająca się na wózku.

NFZ prosi o uważne i czytelne wypisywanie zleceń, ułatwia to bowiem pacjentom i pracownikom NFZ ich sprawne realizowanie.

PLAN SZKOLEŃ PROWADZONYCH W RAMACH KOMISJI KSZTAŁCENIA OIL W OPOLU NA I PÓŁROCZE 2014 r.

TERMIN	KIEROWNIK NAUKOWY	TEMAT	MIEJSCE SZKOLENIA
Część I – 27–30 marzec 2014 r. (czwartek-niedziela) Część II – 3–6 kwietnia 2014 r. (czwartek-niedziela)*	Dr Marek Lenart Konsultant Wojewódzki w dziedzinie zdrowia publicznego	Zdrowie Publiczne	Izba Lekarska w Opolu ul. Grunwaldzka 23
19–22 maj 2014 r. (poniedziałek-czwartek) godz. 9.00–14.00*	Dr Andrzej Sznajder Konsultant Wojewódzki w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej	Radiologia i diagnostyka obrazowa	Zakład Diagnostyki Obrazowej WCM w Opolu al. Witosa 26
6–8 maj 2014 r. (wtorek-czwartek) godz. 9.00–14.00*	Dr n. med. Iwona Rajca-Biernacka Dyrektor Regionalnego Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Opolu	Transfuzjologia	Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Opolu ul. Kośnego 55
17 maj 2014 r. sobota godz. 10.00–14.00	Prof. dr hab. n. med. Jerzy Krupiński	Antybiotykoterapia w pracy stomatologa	Izba Lekarska w Opolu ul. Grunwaldzka 23
czerwiec 2014 r.*	Dr Wiesława Błudzin Konsultant Wojewódzki w dziedzinie chorób zakaźnych	Zakażenia HIV i choroba AIDS	Izba Lekarska w Opolu ul. Grunwaldzka 23
czerwiec 2014 r.*	Dr Wiesława Błudzin Konsultant Wojewódzki w dziedzinie chorób zakaźnych	Zakażenia HIV i choroba AIDS	Izba Lekarska w Opolu ul. Grunwaldzka 23

* Kursy wymagane do specjalizacji, zgłoszenia: strona internetowa: www.opole.szkolenia.@hipokrates.org; informacja o kursach będzie zamieszczona na stronie internetowej www.cmkp.edu.pl (w zakładce kursy specjalizacyjne); będzie tam również zamieszczony formularz zgłoszenia. Szkolenia bez przyznawanych punktów edukacyjnych.

Prosimy o zgłaszanie chęci uczestnictwa w w/w szkoleniach do siedziby OIL w Opolu telefonicznie – 77 454 59 39. Za uczestnictwo w szkoleniu przysługuje 5 pkt. edukacyjnych.

Małgorzata ŁUSZCZYŃSKA-OSTROWSKA

KOMUNIKAT DO FACHOWYCH PRACOWNIKÓW OCHRONY ZDROWIA**Nowe ograniczone wskazanie oraz zalecenie monitorowania stosowania produktu leczniczego Protelos (ranelinian strontu)**

Szanowna Pani Doktor, Szanowny Panie Doktorze,
Ten komunikat został przygotowany w celu poinformowania Państwa o nowym ograniczonym wskazaniu do stosowania oraz zaleceniu monitorowania produktu Protelos, które zostały ustalone po dokonaniu pełnej oceny stosunku korzyści do ryzyka ranelinianu strontu przez Europejską Agencję Leków.

Dostępne dane nie wykazują zwiększonego ryzyka sercowo-naczyniowego u pacjentów, u których nie ma przeciwwskazań do stosowania produktu, wprowadzonych w kwietniu 2013 r.

Sfreszczenie

- Obecnie stosowanie Icku Protelos jest ograniczone do leczenia ciężkiej osteoporozy:

- u kobiet po menopauzie,
- u dorosłych mężczyzn,

z dużym ryzykiem złamań, dla których leczenie innymi produktami leczniczymi zatwierdzonymi w leczeniu osteoporozy nie jest możliwe, np. z powodu przeciwwskazań lub nietolerancji. U kobiet po menopauzie ranelinian strontu zmniejsza ryzyko złamań kręgow i biodra.

- Ustalone wcześniej przeciwwskazania do stosowania produktu z przyczyn sercowo-naczyniowych pozostają aktualne. Pacjenci aktualnie lub w przeszłości chorujący na chorobę niedokrwienną serca, chorobę tętnic obwodowych i (lub) chorobę naczyń mózgowych albo z niekontrolowanym nadciśnieniem tętniczym nie powinni być leczeni produktem Protelos.

- Lekarzom przepisującym lek zaleca się:

- ocenę ryzyka wystąpienia u pacjenta choroby sercowo-naczyniowej przed rozpoczęciem leczenia;
- monitorowanie u pacjenta ryzyka wystąpienia choroby sercowo-naczyniowej, na ogół co 6 - 12 miesięcy;
- zaprzestanie leczenia, jeśli u pacjenta wystąpi choroba niedokrwienna serca, choroba tętnic obwodowych, choroba naczyń mózgowych lub niekontrolowane nadciśnienie tętnicze.

- Leczenie powinno być rozpoczynane tylko przez lekarza mającego doświadczenie w leczeniu osteoporozy.

- Lekarzom oraz pacjentom zostaną dostarczone materiały edukacyjne dotyczące aktualnych wskazań oraz ograniczeń dotyczących stosowania produktu Protelos.

Ten komunikat jest rozsyłany w porozumieniu z Europejską Agencją Leków oraz Urzędem Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych.

Dalsze informacje dotyczące oceny produktu Protelos

Ocena produktu przez Europejską Agencję Leków została rozpoczęta z powodu bezpieczeństwa dotyczącego układu sercowo-naczyniowego.

Obowiązujące zalecenia Komitetu ds. Produktów Leczniczych Stosowanych u Ludzi (CHMP - *Committee for Medicinal Products for Human Use*) przy Europejskiej Agencji Leków, wydano po przygotowaniu wstępnych zaleceń przez Komitet ds. Nadzoru Bezpieczeństwa Farmakoterapii (PRAC - *Committee Pharmacovigilance Risk Assessment*) o zawieszeniu pozwolenia na dopuszczenie dla produktu z powodu ryzyka zdarzeń sercowo-naczyniowych. Jednakże CHMP uznał, że ryzyko zdarzeń sercowo-naczyniowych zidentyfikowane przez Komitet PRAC może być wystarczająco zmniejszone, aby lek mógł być stosowany u pacjentów, u których nie można zastosować alternatywnego leczenia.

Stosowanie ranelinianu strontu jest związane ze zwiększonym ryzykiem wystąpienia chorób sercowo-naczyniowych, w tym zawału mięśnia sercowego. Wniosek ten oparty jest głównie na zbiorczych danych z badań kontrolowanych placebo, w których brały udział pacjentki po menopauzie z osteoporozą (3803 pacjentek leczonych ranelinianem strontu, co odpowiada ekspozycji 11270 pacjentolat oraz 3769 pacjentek otrzymujących placebo, co odpowiada ekspozycji 11250 pacjentolat). Na podstawie danych z tych badań wykazano, że u pacjentek leczonych ranelinianem strontu wystąpiło statystycznie istotne zwiększenie częstości zawału mięśnia sercowego w porównaniu do placebo (1,7% wobec 1,1%), ryzyko względne wynosiło 1,6 (95% CI = [1,07; 2,38]). Obserwowano także zwiększone ryzyko zdarzeń zakrzepowo-zatorowych w porównaniu do placebo (1,9% wobec 1,3%), ryzyko względne wynosiło 1,5 (95% CI = [1,04; 2,19]).

Jednakże dostępne dane nie wskazują na zwiększone ryzyko wystąpienia zdarzeń sercowo-naczyniowych u pacjentek, u których nie ma przeciwwskazań do stosowania produktu (aktualnie występująca lub stwierdzona w wywiadzie choroba niedokrwienna serca, choroba tętnic obwodowych i (lub) choroba naczyń mózgowych albo niekontrolowane nadciśnienie tętnicze).

Zgłoszenie działania niepożądanego

Chcielibyśmy przypomnieć o konieczności zgłaszania wszystkich działań niepożądanych do Departamentu Monitorowania Niepożądanych Działań Produktów Leczniczych w Urzędzie Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych (03-736 Warszawa, ul. Żąbkowska 41, tel.: (22) 49 21 301, faks: (22) 49 21 309; adres poczty elektronicznej: ndl@urpl.gov.pl) lub do Działu Monitorowania Bezpieczeństwa Farmakoterapii Servier Polska Sp. z o.o. (01-248 Warszawa, ul. Jana Kazimierza 10, tel.: (22) 594 90 00, numer hot-line: 0 602 416 499).

Do zgłaszania działań niepożądanych prosimy wykorzystać formularz dostępny pod adresem <http://www.urpl.gov.pl/pl-formularze-zgloszenia-dzialania-niepozadanego>. W przypadku dalszych pytań lub wątpliwości prosimy o kontakt z Działem Monitorowania Bezpieczeństwa Farmakoterapii Servier Polska Sp. z o.o.

Z wyrazami szacunku,

Mathieu FITOUSSI
Dyrektor Generalny

DLACZEGO 13 DZIEŃ MIESIĄCA PRZYPADAJĄCY W PIĄTEK UCHODZI ZA PECHOWY W CAŁEJ EUROPIE?

W lipcowym numerze 2011 roku „Pulsu Uczelni” Państwowej Medycznej Wyższej Szkoły Zawodowej ukazała się moja powyższa praca. Ponieważ nie dotarła ona do szerokiego grona czytelników chciałbym przedstawić ją P.T. Koleżankom i Kolegom naszego „Biuletynu Informacyjnego OIL” przypuszczając, że wzbudzi ich zainteresowanie.

Aby odpowiedzieć na powyższe pytanie należy niestety sięgnąć głęboko - aż do historii wczesnego średniowiecza. Otóż kiedy w wyniku zwycięskich wypraw krzyżowych (vide piękne powieści Zofii Kossak-Szczuckiej pt.: „Krzyżowcy” i „Król Trędowaty”) powstało w XII wieku Królestwo Jerozolimskie (niestety przetrwało tylko jeden wiek) i pojawiły się tam zakony rycerskie - przede wszystkim celem obrony przed muzułmanami.

Jednym z pierwszych był Zakon Rycerski Joannitów powstały w roku 1130 w Jerozolimie przy szpitalu pod wezwaniem św. Jana. Po upadku Królestwa Jerozolimy w roku 1291 Joannici osiedlili się na Cyprze, zaś w roku 1309 utworzyli państwo na wyspie Rodos (Kawalerowie Rodyjscy), zaś w roku 1530 przenieśli się na Maltę (Kawalerowie Maltańscy). W Polsce Kawalerowie Maltańscy pojawili się już w wieku XIV, zaś ich działania - głównie charytatywne - do dzisiaj są powszechnie znane. Ich siedzibą do roku 1834 był Rzym, zaś od roku 1953 Watykan. Szczególnie aktywni są Kawalerowie Maltańscy w Krakowie. Ich przełożony Krzysztof Moczurad jest profesorem Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Równocześnie w tym samym czasie w Jerozolimie w roku 1118 powstał Zakon Rycerski Templariuszy (zakon ubogich Rycerzy Chrystusa i świątyni Salomona). Jego głównym zadaniem była ochrona pielgrzymów do Ziemi Świętej i obrona przed atakami innowierców, głównie Turków. Po upadku Królestwa Jerozolimy Templariusze przenieśli się do Francji, gdzie bulla papieża Innocentego II dała im całkowitą niezależność stwierdzając, że stanowią oni „prawo sami dla siebie”.

Dzięki temu Templariusze wykupując ogromne latyfundia w wielu krajach wkrótce doszli do niesamowi-



Jakub de Molay



Filip IV Piękny

tych bogactw i stali się w Europie potężną siłą polityczną, m. in. przez pożyczanie pieniędzy podupadającym rodom królewskim i książęcom.

Dlatego też nic dziwnego, że zaniepokojony tymi faktami papież Klemens V, w porozumieniu z królem Francji Filipem IV Pięknym (1268–1314) postanowił zniszczyć Zakon Templariuszy i przejąć ich olbrzymie skarby. Tutaj należy podkreślić, że Klemens V na papieża został przeformowany na konklawe przez Filipa IV Pięknego i dał początek tzw. awiniońskiej niewoli papieża.

W tym celu papież Klemens V wydał tajne rozkazy, na których pieczęć miała być złamana jednocześnie w całej Europie Zachodniej w piątek 13 października 1307 roku. Rankiem w wyznaczonym dniu otwarto pieczęcie i odczytano przerażający list. Wynikało z niego, że papież Klemens V miał w nocy widzenie. Otóż odwiedził go sam Pan Bóg i ostrzegł, że Templariusze to heretycy, homoseksualiści (skąd my to znamy) oddający cześć szatanowi o imieniu Baphomet. Pan Bóg prosił go we śnie, aby oczyścił Ziemię z Templariuszy, uprzednio poddając ich torturom.

Ta operacja papieża Klemensa V i króla Filipa IV Pięknego została przeprowadzona perfekcyjnie. Jednego dnia w piątek 13 października 1307 roku pojmano w Europie Zachodniej rzesze Templariuszy, poddając ich wyszukanym torturom, a następnie paląc na stosach. Na stosie spłonął również Wielki Mistrz Templariuszy Jakub de Molay, który przed śmiercią zdążył rzucić klątwę na swoich oprawców. Klątwa ta była skuteczna, ponieważ papież Klemens V nie doczekał Bożego Narodzenia (zmarł na bieżącą), zaś Filip IV Piękny został wkrótce ciężko ranny po upadku z konia i zmarł w niewyjaśnionych okolicznościach. Olbrzymi majątek Templariuszy formalnie przekazano Joannitom, ale duża część przypadła Filipowi IV Pięknemu.

Echa tego wydarzenia trwają do dzisiaj w naszej kulturze europejskiej i dlatego też piątek przypadający na 13 dzień miesiąca często przez nas uznawany jest za dzień przynoszący pecha.

Na zakończenie ciekawostka historyczna. Otóż Templariusze zostali sprowadzeni już w XIII wieku także na Śląsk przez księcia Henryka Brodatego, męża św. Jadwigi Trzebnickiej (i ojca Henryka Pobożnego poległego w bitwie pod Legnicą w roku 1241). Templariusze wybudowali zamki, m. in. w Obrowcu koło Krapkowic (Tempelberg), Rogowie Opolskim i Otmęcie. Wg legendy istnieje podziemne połączenie korytarzami zamków w Rogowie Opolskim (siedziba Biblioteki Uniwersytetu Opolskiego z pięknymi starodrukami) i Otmęcie (obecnie ruiny), gdzie mają być ukryte skarby Templariuszy.

Większość Templariuszy była pochodzenia niemieckiego, dlatego też być może nazwa największego berlińskiego lotniska Tempelhof pochodzi od nazwy miejscowości, gdzie znajdowała się jedna z ich siedzib.

PS Dobrze nam znany z historii Zakon Krzyżacki, to z kolei Zakon Rycerski Najświętszej Marii Panny założony również w czasach wypraw krzyżowych w Jerozolimie w roku 1190. Sprowadzony do Polski w roku 1225 przez Konrada Mazowieckiego dla ochrony Mazowsza przed atakami Prusów niechlubnie zapisał się na kartach historii Polski.

Dr hab. n. med. Janusz KUBICKI

BAL STOMATOLOGA 2014

8 lutego 2014 r. odbył się tradycyjny **Bal Stomatologa** organizowany przez Oddział Opolski Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego.

Po raz kolejny bawiliśmy się w salach Hotelu Festival w Opolu. Zabawę uatrakcyjniła, jak zawsze, loteria prezentów ufundowana przez zaprzyjaźnioną firmę stomatologiczną Amader z Opola. Tradycyjnie bawili się lekarze stomatolodzy ze swoimi przyjaciółmi, a więc weterani i fani naszego balu. W bardzo miłej atmosferze przy dobrej muzyce, miłej obsłudze i smakowitych daniach, zabawa trwała do „białego rana”.

Przedstawiając kilka zdjęć z Balu zapraszamy w przyszłym roku.

Organizatorzy



ZAKAŻENIA – SZPITALNE ZMARTWIENIE

Z prof. dr hab. n. med. Walerią HRYNIEWICZ, krajowym konsultantem w dziedzinie mikrobiologii lekarskiej, rozmawia Małgorzata SKARBEK

Mimo postępu medycyny, nadal nie umiemy zwalczyć zakażeń szpitalnych. Skąd się biorą?

To nie jest do końca tak. Mamy wiele możliwości ograniczania zakażeń szpitalnych, ale musimy korzystać ze zdobyczy medycyny w tej dziedzinie oraz podporządkowywać się zaleceniom niezbędnym do kontroli zakażeń, chociażby w zakresie właściwej higieny rąk. Nie jest to procedura kosztowna, a niezwykle skuteczna. Musimy mieć świadomość, że zakażenia należy ograniczać do minimum, ale nie uda się ich całkowicie wyeliminować, choć możemy mieć wielkie sukcesy w tej dziedzinie. Leczymy coraz większą liczbę chorych w skrajnych grupach wiekowych (wcześniaków, chorych w podeszłym wieku), z wieloma czynnikami zwiększonego ryzyka zakażenia (np. cukrzycą, wrodzonymi i nabytymi niedoborami odporności, nowotworami), stosujemy szereg inwazyjnych procedur diagnostycznych i terapeutycznych, nadużywamy antybiotyków itp. To wszystko zwiększa ryzyko zakażenia. Aby utrzymać je na niskim poziomie, musimy mieć w każdym szpitalu dobrze wykształcony i sprawnie działający zespół kontroli zakażeń szpitalnych (ZKZSz) i dyrekcję zdecydowaną na szybkie wdrażanie zaleceń przedstawianych przez ten zespół. Należy pamiętać, że w szpitalu leczymy dwa typy zakażeń: nabyte poza szpitalem, wymagające hospitalizacji ze względu na ciężki przebieg albo stan pacjenta spowodowany innymi przyczynami, np. socjalnymi, oraz zakażenia związane z opieką zdrowotną. Często zapomina się o tym rozróżnieniu, a jest ono ważne z uwagi na inne podejście terapeutyczne. Drobnoustroje powodujące zakażenia poza szpitalem (ale wymagające hospitalizacji) są najczęściej znacznie bardziej wrażliwe na antybiotyki, niż te bytujące w szpitalu. Można zatem stosować inne schematy terapeutyczne. A często się tego nie robi.

Trzeba też pamiętać o innym podejściu terapeutycznym do pacjentów przyjmowanych z domów opieki, którzy są szczególnie podatni na zakażenia, i to najczęściej bakteriami wieloantybiotykoopornymi, w wyniku częstych hospitalizacji i podawania antybiotyków.

Zakażenia szpitalne towarzyszą nam od wielu lat. To problem nie tylko u nas, ale na całym świecie. Ich liczba i rodzaj odzwierciedlają jakość opieki zdrowotnej. Uniknąć ich się nie da, wiele jest związanych z endogenną florą pacjenta. Do translokacji tej flory dochodzi w związku

z chorobą podstawową, jej leczeniem i towarzyszącymi procedurami medycznymi. Naszym celem jest ograniczenie liczby zakażeń do bardzo niskiego odsetka.

Musimy być świadomi różnic dotyczących czynników ryzyka zakażeń u pacjentów różnych oddziałów i stosowanych tam procedur. U pacjentów starszych, powyżej 65. roku życia, podatność na zakażenia jest większa, obraz ich i przebieg też jest inny. Zakażenia mogą być niskoobjawowe, trudniejsze do zaobserwowania, co może opóźniać rozpoczęcie leczenia i zwiększać ryzyko powikłań oraz przekazania drobnoustrojów innemu pacjentowi. Należy pamiętać, że niektóre zakażenia są ceną płaconą za postęp w medycynie, ponieważ stosując inwazyjne techniki diagnostyczne i terapeutyczne, naruszamy ciągłość tkanek pacjenta. Nawet mikrourazy stwarzają drobnoustrojom, zwłaszcza gronkowcom, ogromną szansę zasiedlenia tkanek pacjenta. Drobnoustroje mają cechy, które pozwalają im kolonizować tkanki, penetrować łożysko krwi i w ten sposób docierać do innych tkanek i narządów (zakażenia inwazyjne). W tej dziedzinie „mistrzem świata” jest gronkowiec. Ma na powierzchni takie struktury, które umożliwiają mu łączenie się z tzw. białkami macierzy pozakomórkowej odsłaniającej się w momencie przzerwiania ciągłości tkanek. Inne drobnoustroje wykorzystują „swoje” strategie inwazji, nie mniej skuteczne.

Jak walczyć z zakażeniami?

Przed wszystkim muszą funkcjonować procedury zapobiegawcze - higiena szpitalna, sterylizacja, właściwy ruch chorych. Kluczowym ogniwem epidemiologii szpitalnej jest dobrze działająca pracownia (zakład) mikrobiologii i kompetentny zespół kontroli zakażeń szpitalnych. Niestety, w Polsce niewiele osób posiada merytoryczne przygotowanie do pełnienia funkcji kierownika zespołu. A szpitali mamy ponad 900! Niepokoi też tendencja wyprowadzania ze szpitala diagnostyki mikrobiologicznej (outsourcing). Stanowi ona efekt krótkowzrocznego myślenia dyrektorów, podyktowanego dążeniem do zmniejszania kosztów. To czysta iluzja, bowiem pracownia mikrobiologiczna osadzona w strukturze szpitala spełnia niezwykle ważną rolę, której nie jest w stanie przejąć pracownia zewnętrzna. Ponadto własna pracownia świadczy diagnostykę przede wszystkim dla pacjentów swego szpitala, w odróżnieniu od laboratorium ze-

wewnętrznego, które obsługuje od kilku do kilkudziesięciu podmiotów leczniczych, w tym szpitale. Fakt posiadania certyfikatu PCA nie oznacza kompetencji laboratorium w zakresie wykonywania wszystkich zawartych w ofercie badań. Zazwyczaj akredytacja dotyczy nieskomplikowanych badań dla POZ i pojedynczych laboratoriów sieci. To własna pracownia stoi na straży bezpieczeństwa pacjentów. Dostarcza danych nie tylko do celowanego leczenia chorych, ale także do empirycznej terapii. To właśnie pracownia przekazuje sygnał zespołowi kontroli zakażeń szpitalnych w momencie pojawienia się groźnych drobnoustrojów. Im ten sygnał jest szybszy, tym większa szansa uniknięcia powstania ogniska epidemicznego. Zewnętrzna pracownia mikrobiologiczna, często niewiarygodna i niezaangażowana w diagnostykę indywidualnego chorego, odległa nierzadko o dziesiątki, nawet setki kilometrów od pacjenta, zajmuje się jedynie biologią drobnoustroju, a nie wspomaganie lekarzy i bieżącym udzielaniem konsultacji w procesie diagnostyczno-terapeutycznym. Materiał pobrany od chorego do badania mikrobiologicznego powinien być w większości przypadków opracowywany natychmiast. Niekiedy kluczowym działaniem jest wykonanie preparatu bezpośredniego lub test przeprowadzony bezpośrednio na materiale od chorego, wskazujący kierunek postępowania lekarskiego, często ratującego życie. Taki test musi być wykonany natychmiast po pobraniu. Jak takie wymogi ma spełnić laboratorium zewnętrzne, dla którego - ze względu na olbrzymią liczbę badań - pacjent jest anonimowy?

Powstaje też pytanie: jak szpital bez własnego laboratorium zrealizuje ustawę o zapobieganiu zakażeniom i chorobom zakaźnym oraz zwalczaniu ich, która mówi o całodobowej dostępności diagnostyki mikrobiologicznej?

Obecnie, gdy udział w etiologii zakażeń szczepów wieloantybiotykoopornych lawinowo narasta, niezbędna jest pomoc laboratorium mikrobiologicznego, ściśle współpracującego z lekarzem i ZKZSz w leczeniu i prewencji zakażeń.

Higiena rąk jest kluczową sprawą w zapobieganiu zakażeniom. Podporządkowanie się procedurom mycia rąk jest w polskich szpitalach niewystarczające. Dlatego uświadomienie wagi owych procedur jest jednym z najważniejszych zadań edukacyjnych nadzoru epidemiologicznego i zespołu kontroli zakażeń szpitalnych. Polska przystąpiła do międzynarodowego programu higieny rąk, który zapoczątkowała WHO. W szpitalach powinny być prowadzone obserwacje prawidłowego mycia rąk przez personel. Wnioski z tych obserwacji są przydatne w podejmowaniu ukierunkowanych działań naprawczych i edukacji.

Wiele zależy od aktywności zespołów kontroli zakażeń szpitalnych. W Polsce mamy z tym pewien problem. Ustawa przewiduje, że szefem zespołu powinien

być lekarz specjalista w dziedzinie mikrobiologii (lub mikrobiologii lekarskiej), chorób zakaźnych, epidemiologii (lub higieny i epidemiologii), zdrowia publicznego lub organizacji ochrony zdrowia. Na podstawie przeglądu programów specjalizacji i własnych obserwacji muszę stwierdzić, że to mikrobiolog jest najlepiej przygotowany do pełnienia tej funkcji. Lekarz innej specjalności, który tylko dodatkowo zajmuje się zakażeniami, nie powinien być szefem ZKZSz. W odróżnieniu od krajów Europy Zachodniej, USA i Kanady nie mamy dostatecznej liczby lekarzy z odpowiednimi kwalifikacjami w tej dziedzinie. Powołuje się więc lekarzy po parotygodniowym przeszkoleniu, podczas gdy w innych krajach lekarz pełniący taką funkcję szkoli się pięć - sześć lat!

Mieliśmy pewną nadzieję na „wywalczenie” nowych specjalistów w zakresie epidemiologii szpitalnej i antybiotykoterapii, gdy rozpatrywane było wprowadzenie możliwości pozyskiwania umiejętności w tym zakresie. Dwuletni tok nauczania przygotowałby lekarzy do tego typu pracy, co mogłoby zlikwidować problem braku specjalistów.

To się nie udało. Mamy w Polsce tylko około 50 lekarzy specjalistów mikrobiologów, w tym są też emeryci. Pracują głównie w wielkich ośrodkach akademickich, w niektórych województwach nie ma ani jednego. Ta statystyka wskazuje, jak jesteśmy daleko w tyle za światem. Wielokrotnie zwracałam się do Ministerstwa Zdrowia o „uatrakcyjnienie” tej specjalizacji, która jest kluczowa dla bezpieczeństwa pacjenta. Do dziś nic nie udało się zdziałać.

Jaka jest zatem skala zjawiska w Polsce?

Stuprocentowo pewnych danych o zakażeniach nie mamy, i to nie tylko my. Wszyscy się boją ujawniania danych, bo wtedy można wyciągać zbyt daleko idące, nieuprawnione wnioski i użyć ich przeciwko szpitalom, systemowi opieki zdrowotnej itp. Bardzo trudno porównywać szpitale, ponieważ różnią się pod względem specyfiki oddziałów, leczonej populacji, wypadkowości w danym regionie itp.

Jestem zwolenniczką realizowanego w całej Europie przez Europejskie Centrum Prewencji i Kontroli Zakażeń (ECDC) badania PPS (Point Prevalence Study), którego procedura jest zamieszczona także na stronie naszego Narodowego Programu Ochrony Antybiotyków (www.antybiotyki.edu.pl). Polska przystąpiła do tego programu badań. Koordynuje je dr Aleksander Deptuła z Collegium Medicum UMK w Toruniu. Mamy już przeszkolonych 100 zespołów kontroli zakażeń szpitalnych. W 2014 r. przeszkolimy dalsze.

Badanie wykonywane jest w całej Europie według tej samej procedury i polega na jednodniowej ocenie (najwyżej w ciągu dwóch dni) liczby chorych z zakażeniem, stosowanych antybiotyków, zasadności ich podania, zuzycia, czynników etiologicznych i lekooporności.

Z badań tych, których rezultaty zamieszczone są na stronie internetowej ECDC (www.ecdc.europa.eu) i na naszej stronie (www.antybiotyki.edu.pl), wynika, że Polska plasuje się w średniej europejskiej. Niepokoi fakt, że 8–10% antybiotyków jest podawanych bez żadnych wskazań. Wnioski przydają się menedżerom szpitalnym. To znakomite narzędzie do identyfikacji nieprawidłowości i podejmowania działań naprawczych. Szkoda, że na Mazowszu niewiele szpitali przystąpiło do tego programu.

Polska wypada źle na mapie Europy, jeśli chodzi o rozpowszechnienie zjawiska antybiotykooporności. Mamy duży procent szczepów opornych na antybiotyki, szybko rośnie fala epidemiczna zakażeń wywoływanych przez pałeczki jelitowe, oporne na karbapenemy, a więc leki ostatniej szansy. Mamy zalecenia ministra zdrowia dotyczące tego zjawiska, opublikowane na stronie [\[biotyki.edu.pl\]\(http://biotyki.edu.pl\), wskazujące, jak postępować, gdy w szpitalu znajdzie się taki szczep w nosicielstwie lub zakażeniu. Każdy pacjent, który miał kontakt z opieką zdrowotną, także zagranicą, powinien być w izbie przyjęć poddany skriningowi w kierunku pałeczek jelitowych wytwarzających karbapenemazy. W niektórych krajach bada się także w kierunku metycylinoopornych gronkowców. Z naszych doświadczeń wynika, że niewykrycie pierwszego przypadku kończy się zwykle powstaniem ogniska epidemicznego bardzo trudnego do opanowania. Wywołujące je szczepy bakterii są zazwyczaj wrażliwe na jeden, dwa antybiotyki i coraz częściej oporne na wszystkie dostępne w terapii leki.](http://www.anty-</p></div><div data-bbox=)

Powinniśmy szybko reagować na coraz częstsze i poważniejsze zagrożenia ze strony drobnoustrojów.

(przedruk z „Pulsu” nr 3/14)

SOCJOLOGIA MEDYCyny – DYSCYPLINA WAŻNA DLA LEKARZY – CZĘŚĆ II

Socjologia medycyny stanowi naukę pomocną dla medycyny. Jej wkład w nauki medyczne opiera się głównie na wyjaśnianiu społecznych przyczyn powstawania określonych objawów chorobowych, ale także ich rozpoznawaniu, szybszym leczeniu, a nawet obniżaniu ich natężenia i rozprzestrzeniania geograficznego.

Socjologia pomaga medycynie także poprzez promowanie warunków życia sprzyjających utrzymaniu zdrowia i eliminacji ewentualnych stanów chorobowych. Za sprawą nauk społecznych medycyna może w bardziej przystępny sposób namawiać do prowadzenia zdrowego trybu życia. Zajmuje się bowiem także problematyką społecznej promocji zdrowia, w tym warunków niezbędnych do realizacji zadań prozdrowotnych.

Społeczna rola chorego

Ważnym polem zainteresowania na gruncie socjologii medycyny jest analizowanie społecznej roli chorego. Wyniki badań pokazują, iż pacjent często znajduje się w sytuacji odseparowania od swojej tożsamości psychospołecznej. Problem ten znajduje swoje korzenie głównie w samej medycynie jako instytucji, która alienuje się od społecznych aspektów powstania i przebiegu choroby, a człowieka traktuje jako chory organizm, a nie holistyczną całość, którą winno się postrzegać jako konglomerat duszy i ciała. Główne pytanie, jakie stawia sobie socjologia medycyny, to zagadnienie roli pacjenta w procesie leczenia i znaczenia jego aktywności w sposobie budowania więzi z osobą lekarza.

Socjologia medycyny jest niewątpliwie pomocna niektórym dziedzinom medycyny, na przykład psychiatrii. Jej wkład polega tu na zdefiniowaniu takich pojęć, jak stres czy przystosowanie. Dzięki temu możliwe jest

określenie indywidualnego funkcjonowania osób chorych psychicznie w ich relacjach społecznych. Ważnym punktem zainteresowania na naukowej mapie socjologii medycyny jest także wprowadzenie na grunt nauk medycznych pojęcia nierówności społecznych jako czynnika ryzyka w występowaniu chorób, czyli istotnej informacji dla lekarza. W tej dziedzinie prowadzone są badania na gruncie socjologicznym. Ich wyniki często przyczyniają się do poznania ukrytej zachorowalności i dostarczają niezbędnej wiedzy potrzebnej w planowaniu dalszego leczenia, bądź zapobieganiu powstaniu kolejnych chorób.

Szpital jako instytucja, komunikacja lekarz - pacjent

Socjologia medycyny zajmuje się także badaniem i analizą szeroko rozumianego systemu szpitalnictwa pojmowanego w kategoriach instytucjonalnych. W tym aspekcie badania społeczne mają na celu sprawdzenie, w jaki sposób funkcjonuje współczesna służba zdrowia oraz czy spełnia wymagania pacjentów. Analiza systemu szpitalnictwa ma pozwolić na wykrycie nieprawidłowości funkcjonalnych celem poprawy komfortu pracy lekarzy i personelu medycznego oraz zapewnienia wyższych usług świadczonych na rzecz pacjentów. Innym, równie istotnym, aspektem zainteresowania socjologii medycyny jest komunikacja na linii lekarz – pacjent, która stanowi swoiste zetknięcie się dwóch odrębnych światów: pacjenta i lekarza. Ten pierwszy jest zazwyczaj rzeczywistością niemedyczną, nieprofesjonalną i potoczną względem lekarza. Drugi natomiast to ogląd naukowy i teoretyczny. W związku z tym pojawia się problem wzajemnego zrozumienia potrzeb i oczekiwań. Tylko

spełnienie warunku, jakim jest obustronne zrozumienie i zbudowanie zaufania, może pozwolić na podjęcie skutecznego leczenia. Sformułowanie to może wydawać się nazbyt oczywiste, jednak badania pokazują, iż brak zaufania stanowi główną przeszkodę chorych już na samym etapie podjęcia decyzji o zgłoszeniu się do lekarza i rozpoczęcia terapii.

Mówiąc o komunikacji pacjenta z lekarzem, należy podkreślić ogromną rolę strony behawioralnej, czyli całego spektrum mowy ciała. W wielu placówkach medycznych lekarze odchodzą od zakładania charakterystycznych medycznych uniformów. Próbuja dzięki temu skrócić dystans w relacji z pacjentem, u którego biały kitel często budzi strach i obawy. Świadczy to o pewnej zmianie w sposobie podejścia do osoby pacjenta, którego coraz częściej traktuje się jako jednostkę, a nie „organ”.

O znaczeniu omawianych zmian może świadczyć także fakt, iż niedawno wprowadzono socjologię medycyny jako przedmiot obowiązkowy na uniwersytetach medycznych. Władze uczelni kładą coraz większy nacisk na zaznajamianie studentów z psychologiczną i społeczną stroną procesu leczenia, dzięki czemu przyszli absolwenci kierunku lekarskiego mogą nabyć umiejętności komunikacyjne i interpersonalne niezwykle przydatne w późniejszej pracy lekarza. Odpowiednie zrozumienie pacjenta i zdolność do budowania więzi chorym często przesądza o wyniku leczenia.

Ośrodki socjologii medycyny i badania

Znaczna większość ośrodków socjologii medycyny zlokalizowana jest w obrębie uczelni oraz instytu-

tów medycznych. Tak jest w całej Europie, także w Polsce. Wyniki podejmowanych badań przeznaczone są nie tylko na cele naukowe, ale przede wszystkim trafiają do lekarzy oraz całego środowiska medycznego. Socjologia medycyny ma bowiem wymiar głęboko empiryczny i stosowany.

W Polsce wiodącymi ośrodkami są m. in. Polska Akademia Nauk, Uniwersytet Jagielloński w Krakowie oraz Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie.

Badania na gruncie socjologii medycyny zamykają się głównie w dwóch działach. Pierwszy z nich dotyczy choroby i związanej z nią szerokiej problematyki, drugi skupia się na instytucji medycyny oraz formalnych funkcjach zawodowych pełnionych w jej ramach. Przykładowe nurty współczesnych badań dotyczą między innymi takich obszarów tematycznych jak: społeczny wymiar choroby przewlekłej, kardiologia behawioralna, problem społecznych nierówności w zdrowiu, społeczno-kulturowy kontekst zachowań zdrowotnych, medykalizacja życia społecznego, komunikacja na linii lekarz – pacjent czy analiza roli społecznej i zawodowej lekarza oraz innych profesji medycznych.

Zadaniem współczesnej socjologii medycyny jest więc ukazanie człowieka w wymiarze nie tylko biologicznym, ale i społecznym. Konsekwencją tego powinno być analizowanie zachowania pacjenta jako

jednostki uwarunkowanej społecznie, psychologicznie i kulturowo.

Joanna WÓJCIK

(przedruk z „Pro Medici” nr 12/13)

Czas pracy lekarza wciąż budzi emocje

PRACUJ NA ZDROWIE

Temat przepracowania lekarzy pojawia się za każdym razem, gdy na światło dzienne wychodzą szczegóły ukazujące patologie występujące w naszej ochronie zdrowia. Tak, jak to było trzy lata temu, gdy na dyżurze w szpitalu w Głubczycach zmarł 52-letni anestezjolog, który pracował już piątą dobę z rzędu. Albo tak, jak stało się na początku tego roku, gdy we wrocławskim szpitalu zmarły nienarodzone bliźnięta, na dzień przed ustalonym zabiegiem cesarskiego cięcia. Powodem mogło być to, że kobieta nie otrzymała na czas pomocy, gdyż ordynator prawdopodobnie zasnął na dyżurze z przemęczenia, po pracy w innej placówce.

Na to ostatnie wydarzenie natychmiast zareagował minister zdrowia, stwierdzając publicznie, że nadmiernie długa praca lekarzy stanowi zagrożenie dla bezpieczeństwa chorych. Następnie zaś zapowiedział kompleksowe kontrole czasu pracy lekarzy w całym kraju, a do dyrektorów szpitali skierował zapytanie, czy stosują wobec le-

karzy, pracujących u innych pracodawców, zakaz konkurencji. Chce w ten sposób zdyscyplinować lekarzy, ograniczając im możliwość pracy w kilku miejscach, bo teraz każdy pracuje średnio w trzech, a rekordziści nawet w kilkunastu placówkach. Temat podchwyciły media, rozpętując – oczywiście w tonie sensacji – kampanię, mającą przekonać Polaków, że lekarze w Polsce pracują na wielu „etatach”, ponieważ liczy się dla nich tylko „kasa”, a nie zdrowie i życie pacjenta.

Głos w sprawie zabrała także Danuta Rutkowska, rzecznik prasowy Państwowej Inspekcji Pracy, która poinformowała, że przeprowadzane są systematyczne kontrole czasu pracy lekarzy, które potwierdzają, że pracują oni zbyt długo. Nie ma wprawdzie jeszcze danych za rok miniony (będą znane najprawdopodobniej w marcu), ale w 2012 r. inspektorzy pracy ujawnili nieprawidłowości w tej mierze w blisko 250 placówkach w kraju. Kontrole wykazały, że są lekarze, którzy potrafią pracować

kilkadzieсят godzin bez przerwy, a rekordzista zaliczył non stop ponad 100 godzin.

Jak to możliwe, skoro przepisy ustawy o działalności leczniczej dokładnie określają dobowe i tygodniowe normy czasu pracy lekarzy, wraz z dyżurami medycznymi i przy uwzględnieniu tzw. klauzuli opt-out, a nawet regulują, ile przysługuje im godzin nieprzerwanego odpoczynku na dobę i w tygodniu? W praktyce bowiem wszelkie te limity są przekraczane, gdyż dotyczą jedynie zatrudnienia lekarzy przez podmioty lecznicze na podstawie umowy o pracę. Ograniczeń takich nie ma w przypadku umów cywilnoprawnych (kontraktów), które zaczynają dominować wśród stosowanych aktualnie form wykonywania zawodu przez lekarzy. Stanowią one wygodne dla pracodawców obejście prawa, pozwalające łączyć niedobory i ograniczenia kadrowe. Wiele szpitali z tego właśnie powodu zatrudnia swoich pracowników w ramach kilku nawet odrębnych umów.

Możliwości jest kilka: oprócz umowy o pracę z lekarzem, czy umowy cywilno-prawnej, można z nim zawrzeć umowę, której stroną jest indywidualna praktyka lekarska, ewentualnie zatrudnić go za pośrednictwem firmy zewnętrznej, której lekarz jest podwykonawcą.

Kij w mrowisko wsadził przewodniczący Zarządu Krajowego OZZL – Krzysztof Bukiel, kierując 31 stycznia br. prowokacyjny, jak się wydaje, list otwarty do ministra zdrowia, w którym zaapelował o natychmiastowe administracyjne ograniczenie czasu pracy lekarzy do przewidzianej przepisami normy 48 godzin tygodniowo (bez względu na liczbę miejsc pracy i formę wykonywania zawodu). Nie doczekawszy się odpowiedzi, zorganizował 14 lutego konferencję prasową, domagając się od ministra publicznej debaty na ten temat, a kilka dni później ZK OZZL wystosował list do Prezydenta RP z prośbą o wsparcie tej inicjatywy.

Na konferencji prasowej, zorganizowanej już 6 lutego, wypowiedział się także prezes Naczelnej Rady Lekarskiej – Maciej Hamankiewicz. Zaznaczając, że generalnie samorząd nie jest przeciwny ograniczeniu czasu pracy lekarzy, jednocześnie stwierdził, że w obecnej sytuacji wprowadzenie jakichkolwiek limitów nie jest po prostu możliwe, gdyż groziłoby to katastrofą systemu ochrony zdrowia w Polsce. Konieczność wykonywania zawodu ponad normę nie wynika bowiem z chęci nadmiernego wzbogacenia się przez lekarzy, ale wymuszone jest trudną sytuacją, spowodowaną brakiem medyków.

Ze statystyk Naczelnej Izby Lekarskiej wynika, że w 2013 r. liczba czynnych zawodowo lekarzy (z wyłączeniem lekarzy dentystów) wyniosła ponad 125 tys. Ważnym wskaźnikiem jest liczba lekarzy przypadająca na tysiąc mieszkańców w danym kraju. Jak wypadamy pod tym względem? Zgodnie ze wskaźnikiem OECD, liczba medyków pracujących w bezpośrednim kontakcie z pacjentem, to około 80 tys., co oznacza, że na tysiąc pacjentów przypada zaledwie nieco ponad dwóch lekarzy.

Choć od lat o tym wiadomo, z powodów finansowych, ale zapewne nie tylko, utrzymywane są za niskie, wobec potrzeb, limity przyjęć na studia medyczne. Brakuje też pieniędzy na opłacanie rezydentur dla specjalizujących się lekarzy, nawet w bardzo deficytowych dziedzinach. Na dodatek nasze kadry medyczne są w dość zaawansowanym wieku, a w wielu specjalizacjach nie ma mowy o zastępowalności pokoleń.

Obaj panowie – przedstawiciele NIL oraz OZZL – nie ukrywali, że obecny szum medialny wokół czasu pracy lekarzy, nakręcany przez decydentów, odbierają jako nieuczciwą grę wobec środowiska. Szukanie tematów zastępczych jest bowiem doskonałym sposobem na manipulowanie opinią publiczną, gdy nie ma się racjonalnych pomysłów na systemowe rozwiązania, mogące doprowadzić do uzdrowienia fatalnej sytuacji w ochronie zdrowia.

Czy można przypuszczać, że w najbliższym czasie coś się w temacie czasu pracy lekarzy zmieni i czy w ogóle nakładanie jakichś ograniczeń w tej mierze jest możliwe i uzasadnione? O opinii na ten temat poprosiliśmy zarówno samych lekarzy specjalistów, w tym ordynatorów oddziałów szpitalnych, jak i menedżerów ochrony zdrowia. Zamieszczamy je obok, a ponieważ większość rozmówców nie chciała ujawniać swoich nazwisk, wszystkie wypowiedzi są anonimowe. [...]

Nina SMOLEŃ, Paweł CZEKAŁSKI

Czas pracy lekarzy – zgodnie z przepisami

Zgodnie z przepisami ustawy o działalności leczniczej, co do zasady, czasu pracy pracowników podmiotów leczniczych, w tym lekarzy, nie może przekraczać 7 godzin i 35 minut na dobę oraz przeciętnie 37 godzin 55 minut na tydzień, w przeciętnie pięciodniowym tygodniu pracy w przyjętym okresie rozliczeniowym (nie dłuższym niż 3 miesiące, a w wyjątkowych przypadkach 4 miesiące).

Wraz z pełnionym dyżurem medycznym, który wlicza się do czasu pracy, lekarz – jak nakazują przepisy dostosowujące polskie prawo do dyrektywy unijnej – nie może pracować więcej niż 48 godzin tygodniowo. Istnieje jednak furtka, umożliwiająca znaczne wydłużenie tygodniowego czasu pracy lekarza, nawet do 78 godzin (czyli średnio nieco powyżej 11 godzin w ciągu 7 dni). Wystarczy, że wyrazi on pisemną zgodę na pracę w godzinach nadliczbowych poprzez podpisanie tzw. klauzuli opt-out.

Zgodnie z przepisami przywołanej ustawy, lekarzowi przysługuje w każdej dobie co najmniej 11-godzinny, a w każdym tygodniu 35-godzinny nieprzerwany wypoczynek. Lekarz, który pełni dyżur medyczny, od razu po jego zakończeniu powinien mieć wolne. Dyżur może trwać do 24 godzin.

Nasza sonda

Dyrektor publicznego szpitala, nawet dużego, ale na prowincji, praktycznie nie ma żadnej władzy nad lekarzem specjalistą, zwłaszcza z pewną renomą, bo w każdej chwili może on odejść do innej placówki. NZOZ-y tylko czekają na takie okazje. I w dobie szybkich samochodów, i rozbudowujących się autostrad nie jest przeszkodą, że do pracy trzeba dojeżdżać wiele kilometrów. Są tylko dwa odstępstwa od tej reguły. Gdy mamy do czynienia z kliniką, a więc lekarzowi zależy na pracy naukowej, albo gdy lekarz jest w trakcie robienia specjalizacji.

Dyrektor dużego szpitala w mieście powiatowym

...

Gdyby doszło do restrykcyjnego przestrzegania czasu pracy, to bardzo szybko okazałoby się, że kolejki na wizyty do lekarzy specjalistów w poradniach, czy na planowe operacje w szpitalach nie zostałyby skrócone w czasie, ale bardzo szybko by się wydłużyły, a minister Arłukowicz straciłby stanowisko. Trzeba sobie zdawać sprawę, że to również dzięki temu, że lekarz pracuje w kilku miejscach i nie trzyma się normy zatrudnienia, jest bardziej mobilny i przez to pozwala menedżerom łączyć dziury kadrowe. Uważam jednak, że to, co teraz jest na rynku pracy lekarzy, to hipokryzja, bo jako pracodawca staram się przestrzegać norm pracy, ale żeby zapewnić funkcjonowanie swojej placówki, muszę godzić się na obchodzenie prawa i zatrudniać lekarzy na różnego rodzaju umowach pozakodeksowych.

Dyrektor szpitala wojewódzkiego

...

Mimo, że mam lat, ile mam (to jest 55), zawsze uważałem, że powinniśmy żyć i pracować jak ludzie, a nie niewolnicy. Niestety, aby utrzymać rodzinę (żona – pracownik budżetówki, dwoje dzieci po studiach, więc także na mojej głowie), „nie chcem, ale muszę” za.... ać! Od kilkunastu lat jestem ordynatorem, od kilku także na kontrakcie, i to tylko dlatego, że dzięki temu mogę więcej zarobić. Dwa razy w tygodniu pracuję od rana do nocy. Dokąd tak można? Do nagłego zgonu w pracy? Nienawidzę swojego prywatnego gabinetu. Marzy mi się, żeby wprowadzono zakaz posiadania prywatnych praktyk (oczywiście w zamian godziwa pensja w szpitalu i to na etacie, a nie na jakichś szemranych kontraktach). Lubię podawać taki przykład: w prywatnym gabinecie pracuję dwa razy w tygodniu. Ostatni raz w te dni byłem w domu w 1991 r. Od tego czasu mam zarejestrowaną prywatną praktykę. Przez 23 lata dwa dni w tygodniu jestem poza domem, a do tego całonocne dyury w szpitalu, których liczby nawet nie zliczę. Uważam, że tak jak panująca nadal w Polsce klasa robotnicza, powinniśmy pracować 40 godzin tygodniowo i basta.

Ordynator oddziału

...

Bez zwiększenia wynagrodzeń lekarzom nie uda się wyegzekwować pracy w jednym miejscu. Dlatego uważam, że w najbliższym czasie nic się nie zmieni. Skończy się na pohukiwaniach ministra czy premiera. Tylko co jakiś czas przez media znów przemknie notka o wynikach kontroli PIP-y, pokazujących kolejnych rekordzistów, którzy przepracowali setki godzin. Albo, co gorsza, news o dramacie pacjenta i jego rodziny, którego przyczyną jest chaos panujący w systemie, czy przepracowanie lekarza.

Menedżer w szpitalu klinicznym

...

Robiłem rozeznanie wśród kolegów lekarzy i wyszło mi, że średnio mają dwie prace, a niektórzy nawet pięć. Patologiczny system, jaki mamy w Polsce, powoduje, że lekarzom stale przybywa pracy, głównie papierkowej, lecz nie rosną w związku z tym wynagrodzenia, a wręcz wraz ze wzrostem obowiązków, płace spadają. Propozycje wprowadzenia np. zakazu konkurencji, są w interesie tylko szefów placówek medycznych, dla pacjentów oznaczałyby dalsze wydłużanie się kolejek, a dla lekarzy – odejście do sektora komercyjnego.

Kierownik
przychodni specjalistycznej

...

Oczywiście, zgadzam się z tym, że praca lekarza powinna być w pewien sposób normowana, tzn. żeby te godziny pracy były na tyle bezpieczne, aby nie stanowiły zagrożenia dla pacjenta. Wcale nie mówię, że to musi być tylko 160 czy 170 godzin, bo przecież tych godzin pracy może być więcej – 200, może 250. Musimy sobie jednak odpowiedzieć, czy nam wystarczy specjalistów do tych wymogów dotyczących zatrudnienia specjalistów, które w tej chwili określił NFZ w oddziałach szpitalnych czy AOS. W związku z tym specjaliści są rozchwytywani i siłą rzeczy często padają ze zmęczenia, ale pracują w różnych miejscach.

Ordynator oddziału

...

„Tachografy” dla lekarzy – dlaczego nie? (śmiech). Skoro kierowcę tira, który niezależnie czy jest na umowie o pracę, czy na innej umowie, obowiązują limity czasu pracy, to podobnie powinno być w przypadku lekarzy. Nie licytujmy się, kto bardziej odpowiada za życie drugiego człowieka, kierowca czy lekarz, ale po to są normy czasu pracy, żeby z tego korzystać.

Lekarz w przychodni specjalistycznej,
radny powiatowy

...

Propozycja ewentualnego zakazywania lekarzowi pracy w innej placówce, to jest gaszenie pożaru benzyną. Wychodząc z taką propozycją narażam się na to, że lekarz odejdzie. A nie mogę sobie na to pozwolić, ponieważ nie znajdę innego. Przynajmniej w szybkim czasie. Dlatego ja nawet nie mogę wybrać sobie specjalisty, który spełniłby moje wszystkie oczekiwania. Mogłbym pozwolić sobie na zawieranie umów o zakazie konkurencji, gdybym był w stanie zagwarantować lekarzom rekom-

pensatę finansową. Ale nie mam na to póki co pieniędzy. A trudno się dziwić, że specjalista, który po dziesięciu latach pracy dostaje na rękę od 3 do 3,5 tys. zł, doraźnie. Wszelkie rozwiązania usztywniające czas pracy lekarzy są niekorzystne dla małych szpitali powiatowych. Specjaliści nie będą chcieli przyjeżdżać do nas do pracy, bo wybiorą duże miasto.

Prezes zarządu szpitala – spółki

(przedruk z „Panaceum” nr 3/14)

DZIENNIKARZU, ULE CZ SIĘ SAM!

Chętnie cytuję się powiedzenie: „*Błędy lekarzy kryje ziemia*”, ale to dzisiaj jest zasadniczo nieprawda. Stają się sensacją, chętnie wykorzystywaną przez dziennikarzy. Przy okazji warto podać dwa dalsze człony powyższego powiedzenia: „*Błędy prawników siedzą w więzieniu; błędy dziennikarzy drukuje się na pierwszej stronie*”.

Rzecz w tym, że tych ostatnich błędów jest ci u nas dostatek, a nawet nadmiar. Szczególnie, gdy odnosi się do lekarzy. Na pierwszych stronach drukuje się zazwyczaj wstrząsające informacje o możliwym błędzie, budzące grozę filmy (jak się okazuje wyreżyserowane, o wyprawach w kajdankach) (1), a często o przypadkach przyjmowania prezentów, faktycznych lub domniemyanych, od pacjentów czy firm farmaceutycznych.

W styczniu tego roku portal RMF24 wstrząsnął co najmniej portfelami jego czytelników (2). Korespondentka radia RMF FM w Brukseli, informowała, że z raportu Unii Europejskiej w sprawie korupcji w opiece zdrowotnej w krajach Unii wynika, że „Ze społecznego punktu widzenia łapówkarstwo to w Polsce poważny problem”. I dla wzmocnienia podała liczby, informując, że „*Przeciętnie każda rodzina w Polsce wydaje rocznie na łapówki dla lekarzy 311 złotych. Przeznacza taką sumę np. by ominąć kolejkę lub przyspieszyć zabieg*”. To jednak nie koniec naszych dodatkowych wydatków na leczenie. Na tzw. „dowody wdzięczności” dla lekarzy polska rodzina średnio wydaje 142 złote rocznie. Chodzi o prezenty, które pacjent wręcza np. już po operacji. Wynikałoby z tego, że przeciętna rodzina wydaje rocznie 452 zł na - jak to określa Bruksela - „nieformalne opłaty”, a portal RMF24, a za nim jak za panią matką, inne media, po prostu „łapówki dla lekarzy”.

Wprawdzie w samym tytule wskazuje się na sumę ok. 300 zł, a więc pierwszą kwotę, to jednak przytoczony tekst nakazuje ją powiększyć o „prezenty wdzięczności”. Ale nie arytmetyka i stylistyka jest tu mętna. Gorzej, że sięgając do oryginału raportu odnajdujemy tam inne słowa, inne dane, a także inne dodatkowe fakty ważne dla interpretacji wyników i podawanych ocen.

Po pierwsze, co najmniej jedno zdanie zostało źle i nie w pełni przetłumaczone. Oto fragment raportu z oryginal-

nału angielskiego: „*In 2011 the average amount spent on informal fees in healthcare, which were an attempt to acquire better or faster services (e.g. bigger interest in patient's problems, more care for his health, selection of the operating doctor, hastening the medical service), amounted to 311 PLN per household. In terms of expensiveness it is the third type of health expenses: treatment and diagnostic tests, and purchasing medicine. 1,7% Polish households admitted to giving bribes in healthcare services. The value of a gift of gratitude given after care was provided amounted to 142 PLN on average; 1,6% of households confirmed this expense*” (3).

A zatem:

1. To nie „przeciętna polska rodzina”, ale zaledwie 1,7 % (a właściwie nawet 1,6 %) rodzin potwierdziło dawanie owych „prezentów wdzięczności”.
2. W polskim tekście portalu zabrakło też dalszego zdania - w polskim tłumaczeniu „*Corocznie Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej Naczelnej Izby Lekarskiej otrzymuje ponad 100 skarg na doktorów akceptujących korzyści materialne, wiele z nich przekazywanych jest do Sądu Lekarskiego, które w pojedynczych przypadkach kończą się ukaraniem lekarza*”. Komentarz - liczba 100 skarg rocznie nie odpowiada skali faktycznego niezadowolenia pacjentów, ale przecież istnieje tryb składania skarg, które są rozpatrywane i niejednokrotnie uznawane. Sytuacja nie jest tu alarmistyczna, skarg są setki, nie tysiące, co zapewne wynika z owej liczby 1,7% rodzin dających owe prezenty.
3. W raporcie istotnie napisano, że przeciętne nieformalne wydatki gospodarstwa domowego na opiekę zdrowotną wynosiły 311 zł, ale nie jest użyte tu słowo „łapówka”, choć i one się mieszczą (semantycznie i faktycznie) w mglistym pojęciu „informal fees”. Co można uznać za możliwe, gdy uwzględni się korzystanie z usług medycznych nierefundowanych przez NFZ oraz prywatnych polis dla osób mających ubezpieczenie eWUS (a więc teoretycznie zbędnych, ale przecież kosztownych).

I ostatnia sprawa - może najważniejsza – „*Ze społecznego punktu widzenia łapówkarstwo to w Polsce poważny problem - napisano w raporcie*” podaje RMF24.pl. Oryginał brzmi inaczej: „*From the social point of view, according to the interviewees, informal payments for medical services are a serious problem*”. Ani nie ma tu mowy o łapówkach, ale co istotniejsze opuszcza się w tłumaczeniu środkową frazę: „*according to the interviewees*”. Otóż to, cały raport w części polskiej opiera się na wywiadach z „*3 to 4 interviews with different healthcare and anti-corruption stakeholders*”. Opinie te są nie tylko nieliczne, ale arbitralne. Raport nie zawiera odnośników, skąd owe dane zostały zaczerpnięte (poza wskazaniem Eurobarometru).

Jak wiele raportów na temat korupcji, opiera się na sondażach opinii i mądrości tłumu (crowd wisdom), co ma oczywiście znaczenie i wskazuje na problem, ale przecież nie pozwala na dowolną interpretację „miękkich” danych z sondaży.

„*Największym grzechem przeciw ścisłości, są pozory ścisłości*” uczył wielki polski socjolog profesor Sta-

niśław Ossowski. Grzech to pospolity, choć ciężki, wielu dziennikarzy. Więc parafrazując znane powiedzenie: *Medice, cura te ipsum*, wezwijmy „*Dziennikarzu, ulecz się sam*”.

prof. zw. dr hab. Tomasz GOBAN-KLAS
socjolog i medioznawca
profesor emeritus Uniwersytetu Jagiellońskiego

¹ Tzw. sprawa dr Mariusza G. i emitowany bez dziennikarskiej analizy w telewizji materiał CBA z jego wyprowadzenia w kajdankach. To wideo sąd uznał za „*falszywe i zmanipulowane, sporządzone przez kiepskiego reżysera*”. Jak podkreślił sędzia, na tym filmie występuje w rzeczywistości nie dr G, ale osoba z CBA!

² http://www.rmfm24.pl/fakty/swiat/news-polska-rodzina-wydaje-rocznie-srednio-ponad-300-zlotych-na-1,1088671,th,69799967?utm_source=paste&utm_medium=paste&utm_campaign=chrome&utm_source=paste&utm_medium=paste&utm_campaign=other

³ Zob. the Study on Corruption in the Healthcare Sektor (HOME/2011/ISEC/PR/047-A2) Brussels, October 2013

(przedruk z „Galicyskiej Gazety Lekarskiej” nr 1/14)

NAJBARDZIEJ ZNANY NA ŚWIECIE POLSKI OKULISTA

Ludwik Łazarz Zamenhof urodził się w rodzinie żydowskiej 15 grudnia 1859 r. w Białymstoku. Kwestia narodowości Zamenhofa bywa często mylnie przedstawiana: na przykład w tomie 12. „Encyclopedia

Britannica” z 1991 r. podano, że był rosyjskim lekarzem i okulistą, w tomie 4. – polskim okulistą, a w tomie 22. – polsko-rosyjskim lekarzem. Ostatecznie najbardziej właściwe byłoby stwierdzenie, że Zamenhof był Żydem mieszkającym w polskim mieście okupowanym przez Rosjan. W tych czasach w Białymstoku mieszkało około 18 000 Żydów, 5000 Niemców, 4000 Rosjan i 3000 Polaków. W jednym z listów Zamenhof tak opisał te warunki: „*Miejsce, gdzie się urodziłem i wzrastalem, Białystok, ukierunkowało całe moje dalsze życie. Mieszkańcami Białegostoku byli Rosjanie, Polacy, Niemcy i Żydzi, a każda z grup była wrogo nastawiona do wszystkich pozostałych*”.

Wiadomo, że Zamenhof, którego ojciec był nauczycielem języków obcych, w wieku 14 lat mówił biegle po polsku, hebrajsku, jidysz, białorusku, rosyjsku, angielsku, francusku, znał łacinę i grekę.

Zamenhof w 1879 r. rozpoczął studia medyczne w Moskwie, w 1881 r. – prawdopodobnie częściowo ze względu na problemy finansowe ojca, a częściowo nasilające się nastroje antysemityczne w Rosji i pogromy – przeniósł się do Warszawy, gdzie ukończył studia w 1885 r. W tym samym roku rozpoczął pracę jako lekarz ogól-

ny na Litwie w Vejseje. Następnie zdecydował się na rozpoczęcie specjalizacji z okulistyki, którą prowadził w Szpitalu Starozakonnych w Warszawie pod opieką słynnego okulisty, filozofa i humanisty Zygmunta Kramsztyka (1849–1920). Ten sam szpital był miejscem pracy znakomitych ówczesnych lekarzy polsko-żydowskich, w tym Edwarda Flatau (1868–1932) i Samuela Goldflama (1852–1932). W 1886 r. Zamenhof spędził kilka miesięcy w klinikach okulistycznych Wiednia, jednego z najważniejszych ośrodków okulistycznych ówczesnej Europy. Następnie pracował w różnych miejscach, w tym na Ukrainie (Cherson) oraz w Grodnie i Płocku, gdzie nie wiodło mu się najlepiej. Świadczy o tym listy, w których zwierzał się przyjacielowi: „*Moje zarobki w tych latach nie pozwalały mi na utrzymanie rodziny ani nawet mnie samego, chociaż prowadziłem bardzo skromne i oszczędne życie. Często nie miałem co jeść, często nie jadłem obiadu*”. Pomimo tych trudnych warunków przeprowadził w Grodnie bezpłatne badania oczu u dzieci i stwierdził występowanie wad wzroku i różnych chorób, które – jego zdaniem – miały związek z biedą i złymi warunkami życia.

Ostatecznie dzięki pomocy teścia Zamenhof otworzył prywatną praktykę okulistyczną w Warszawie, z której utrzymywał się do końca życia. Początki jednak były trudne, co sam opisał: „*Podczas pierwszego roku prawie popadłem w rozpacz. Jednak ostatecznie dzięki du-*

żemu wysiłkowi los stał się bardziej łaskawy. Moja prywatna praktyka zaczęła się rozwijać i w 1901 r. był tak duży, że wpływy balansowały już wydatki. Jestem uratowany. Po wielu latach obaw i walki osiągnąłem wreszcie spokojne życie i wystarczająco chleba dla mojej rodziny (choć ciągle zmuszony jestem żyć bardzo oszczędnie i liczyć każdego grosza). Mieszkam na jednej z najbiedniejszych ulic Warszawy. Moi pacjenci są biedni i płacą niewiele. Muszę przyjmować dziennie 30–40 pacjentów, by zarobić tyle, co inni lekarze przyjmując 5–10 pacjentów dziennie. Jednak jestem bardzo zadowolony, bowiem jestem samodzielny i nie potrzebuję żadnej pomocy”. Co ciekawe, Zamenhof nigdy nie napisał żadnego artykułu z zakresu medycyny. Ludwik miał cztery siostry: Sarę, Fanię, Augustę i Idę, oraz czterech braci: Feliksa – farmaceutę, Henryka – dermatologa, Leona (1875–1934) – otolaryngologa, oraz Aleksandra – chirurga. Ponadto dwoje z trojga dzieci Ludwika również było lekarzami – Adam (docent okulistyki na Uniwersytecie Warszawskim i ordynator oddziału okulistycznego w Szpitalu Starozakonnych) i Zofia (pediatra). Wszyscy troje zginęli w czasie wojny: Adam rozstrzelany na warszawskich Palmirach w styczniu 1940 r., Zofia i Lidia zamordowane w Treblince w 1942 r.

Pomimo wielu osobistych i rodzinnych związków Zamenhofs z medycyną jego pasją stało się stworzenie podstaw nowego języka – esperanto. Początkiem by-

ło wydanie w 1887 r. pierwszego słownika tego języka pod tytułem „Lingvo Internacia” pod pseudonimem Dr Esperanto. Ten pseudonim stał się przypadkowo nazwą nowego języka. Do końca życia esperanto pozostało najważniejszą sprawą dla Zamenhofs. Ludwik Zamenhof zmarł 14 kwietnia 1917 r. w Warszawie.

Chociaż zaproponowano ponad 200 koncepcji języków uniwersalnych w celu zastąpienia około 3000 istniejących na świecie języków, to właśnie esperanto jest najbardziej znanym. Szacuje się, że w 2000 r. używało go 1–15 mln ludzi na świecie.

Dzięki esperanto Zamenhof stał się sławny na całym świecie – ponad 1000 obiektów (głównie ulic i pomników) w ponad 50 krajach nosi jego nazwisko, wydano setki znaczków pocztowych i medali z jego podobizną. Istnieją wzgórza Zamenhofs na Węgrzech i w Brazylii, wyspa Zamenhofs na Dunaju, planeta Zamenhof (odkryta w 1938 r.) oraz rodzaj porostów Zamenhofs. W latach 1907–1917 Zamenhof był 14 razy nominowany do Pokojowej Nagrody Nobla. Otrzymał francuską Legię Honorową w 1905 r. oraz Order Izabeli Katolickiej w 1909 r. Ulica Ludwika Zamenhofs znajduje się w Poznaniu na Ratajach, między rondami Rataje i Starołęka.

*Prof. nadzw. dr hab. med. Andrzej GRZYBOWSKI
ae.grzybowski@gmail.com*

(przedruk z biuletynu Wielkopolskiej Izby Lekarskiej nr 5/12)

PRAWO NA CO DZIEŃ

ROZLICZANIE CZASU POZOSTAWANIA W GOTOWOŚCI DO UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

Często zdarza się, że uwagi na potrzeby szpitala część pracowników została zobowiązana do pozostawania w gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych. Jak taki czas pozostawania w gotowości rozliczać w aspekcie czasu pracy danego pracownika?

Analizę postawionego zagadnienia zacząć należy od stwierdzenia, iż obowiązujące przepisy prawa pozwalają na zobowiązanie pracownika wykonującego zawód medyczny do pozostawania w gotowości do pracy. Zgodnie z przepisem art. 98 ustawy o działalności leczniczej pracownicy wykonujący zawód medyczny i posiadający wyższe wykształcenie, zatrudnieni w podmiocie leczniczym wykonującym działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne mo-

gą zostać zobowiązani do pozostawania w gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych. Za każdą godzinę pozostawania w gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych przysługuje wynagrodzenie w wysokości 50% stawki godzinowej wynagrodzenia zasadniczego. Godzinową stawkę wynagrodzenia zasadniczego oblicza się, dzieląc kwotę miesięcznego wynagrodzenia zasadniczego wynikającą z osobistego zaszeregowania pracownika przez liczbę godzin pracy przypadających do przepracowania w danym miesiącu. W przypadku wezwania do podmiotu leczniczego zastosowanie mają przepisy dotyczące dyżuru medycznego.

Pozostawanie w gotowości do udzielania świadczeń medycznych jest jedną z form realizacji przez pracowników podmiotów medycznych, będących osobami wy-

konującymi zawód medyczny, ich obowiązków zawodowych poza normalnym czasem pracy.

Jest to rodzaj dyżuru pełnionego poza zakładem pracy w rozumieniu art. 1515 k.p., czy potocznie rzecz ujmując, „dyżuru pod telefonem” (choć strony stosunku pracy mogą bardziej precyzyjnie określić, na czym dokładnie ma polegać sprawowanie tego rodzaju dyżuru).

Od zwykłego dyżuru medycznego różni się on nie tylko miejscem pobytu pracownika w czasie jego trwania, ale przede wszystkim tym, że „dyżur pod telefonem” polega wyłącznie na pozostawaniu w gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych i nie jest on wliczany do czasu pracy, co znajduje swój wyraz między innymi w treści art. 1515 § 2 k.p. Przy tym warto zwrócić uwagę na fakt, że: dyżur dzieli się na dyżur wliczany do czasu pracy (gdy, „pozostając w gotowości do wykonywania pracy”, pracownik jednocześnie wykonuje pracę) i dyżur nie wliczany do czasu pracy, który wszakże mimo to, że nie jest wliczany do czasu pracy, jest brany pod uwagę przy ustalaniu 11-godzinnego dobowego i 35-godzinnego (24-godzinnego) tygodniowego nieprzerwanego odpoczynku. Za czas dyżuru - i to zarówno wliczanego, jak i nie wliczanego do czasu pracy (z wyłączeniem dyżuru pełnionego w domu) - przysługuje czas wolny w odpowiednim wymiarze albo na zasadzie wyjątku, bo tylko wtedy, gdy brak jest możliwości udzielenia czasu wolnego, wynagrodzenie ustalone jest według szczególnych zasad (mniej korzystnych od zasad ogólnych).

W przypadku wezwania pracownika do podmiotu leczniczego, od chwili jego stawienia się w przedsiębiorstwie tego podmiotu do czasu pracy i sposobu jego wynagradzania stosuje się przepisy dotyczące dyżuru medycznego, tj. art. 95 ustaw o działalności leczniczej.

Za każdą godzinę gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych pracownikowi przysługuje wynagrodzenie w wysokości 50% stawki godzinowej wynagrodzenia zasadniczego, którą oblicza się, dzieląc kwotę miesięcznego wynagrodzenia zasadniczego, wynikającą z osobistego zaszeregowania pracownika, przez liczbę godzin pracy przypadających do przepracowania w danym miesiącu (art. 98 ust. 3 ustawy o działalności leczniczej).

Trzeba także wspomnieć, iż zgodnie z aktualnym, choć wydanym jeszcze na gruncie poprzednio obowiązującego stanu prawnego, wyrokiem SN z 17 lipca 2006 r., I PK 27/06, LexPolonica nr 1461348 (OSNP 2007, nr 13–14, poz. 196, OSP 2008, nr 10, poz. 103), dyżur domowy ordynatora może być dyżurem pełnionym w ramach całodobowego nadzoru związanego z powierzoną funkcją kierowniczą (art. 1515 k.p.), za który nie przysługuje czas wolny ani wynagrodzenie, albo pozostawaniem poza zakładem opieki zdrowotnej w gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych, za co przysługuje wynagrodzenie.

Odpowiadając więc na pierwsze z nasuwających się pytań, a więc *czy lekarz, który pełnił dyżur „pod telefo-*

nem” i został w czasie dyżuru wezwany na oddział szpitalny ma prawo po tym dyżurze do 11 godzin nieprzerwanego odpoczynku należy udzielić odpowiedzi twierdzącej - lekarz, który został zobowiązany do pozostawiania poza podmiotem leczniczym w gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych i został wezwany na oddział ma prawo po takiej pracy do nieprzerwanego dobowego odpoczynku.

Jak już bowiem wskazano, ustawa o działalności leczniczej (a wcześniej ustawa o zakładach opieki zdrowotnej) przewiduje dwie odmienne formy wykonywania obowiązków zawodowych przez pracowników medycznych, poza normalnym czasem pracy. Pierwszą z form jest dyżur medyczny, natomiast drugą pozostawanie w gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych (często zwane dyżurem pod telefonem). Choć każda z tych instytucji ma swoją odrębną specyfikę to obie jednak nakładają na zatrudnionego pracownika medycznego dodatkowe obowiązki i uniemożliwiają mu swobodne dysponowanie czasem po zakończeniu dniówki pracowniczej.

Aby odpowiedzieć na zadane pytanie należy rozważyć, jak traktować pracę lekarza, który w czasie dyżuru pod telefonem został wezwany do zakładu opieki zdrowotnej. Wyrażną wskazówką przemawiającą za przyznaniem lekarzowi prawa do odpoczynku bezpośredniego po wezwaniu do szpitala z dyżuru pod telefonem jest art. 1515 Kodeksu pracy. Przepis ten wprawdzie zawiera uregulowania dotyczące zwykłego dyżuru pracowniczego (formalnie więc nie dotyczy dyżurów medycznych), niemniej jednak uregulowania tam zawarte mogą znaleźć zastosowanie na podstawie art. 5 Kodeksu pracy, który stanowi, że jeśli stosunek pracy określonej grupy pracowników regulują inne przepisy, wówczas przepisy Kodeksu pracy stosuje się pomocniczo. Ponieważ ustawa o zakładach zdrowotnych nie reguluje kwestii, której dotyczy pytanie, a zatem można odwołać się w tym zakresie do przepisów Kodeksu pracy. Art. 1515 stanowi, że czas pełnienia dyżuru pracowniczego nie może naruszać prawa pracownika do 11 godzin nieprzerwanego odpoczynku i to nawet wtedy, gdy w czasie dyżuru pracownik nie wykonywał pracy. W Kodeksie pracy przyjęto więc wyraźną regułę, że nawet jeśli pracownik w czasie dyżuru nie wykonywał pracy i nawet jeśli tego dyżuru nie wlicza się do czasu pracy (bo zwykłego dyżuru pracowniczego, w czasie którego pracownik nie wykonywał pracy nie wlicza się do czasu pracy), to i tak po dyżurze pracownik ma prawo do 11 godzin nieprzerwanego odpoczynku. Dlatego tym bardziej należy przyjąć, że lekarz ma prawo do 11 godzin odpoczynku, jeśli został wezwany do szpitala z dyżuru pod telefonem - a zatem wykonywał pracę.

Pozostawanie przez lekarza poza zakładem opieki zdrowotnej w gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych można uznać za dyżur w rozumieniu definicji zawartej w Kodeksie pracy. Nie należy mylić go jednak

z dyżurem medycznym, który jest inną formą wykonywania obowiązków zawodowych przez pracowników medycznych poza normalnym czasem pracy.

Odnosząc się natomiast do pytania: *czy czas pozostawania w gotowości do wykonywania pracy jest wliczany do czasu pracy jeżeli pracownik medyczny, którego do takiej gotowości zobowiązano, nie zostanie wezwany do pracy* – odpowiedzieć należy przecząco. Gotowość do wykonywania pracy nie jest czasem pracy.

Kwalifikacja okresu pozostawania w gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych zależy od aktywności samego pracownika. Jeżeli okres gotowości przebiega bez zakłóceń, nabywa on prawo do połowy stawki godzinowej określonej dla danego miesiąca z wynagrodzenia zasadniczego, ale czas ten nie jest wliczany do czasu pracy. Jeżeli jednak pracownik zostanie wezwany do pracy, okres aktywności traktuje się jak dyżur medyczny, a więc wlicza do czasu pracy i przyznaje wynagrodzenie analogiczne do należnego za pracę w nadgodzinach.

Pozostawanie w gotowości do świadczenia pracy jest dla pracownika najmniej uciążliwą formą dodatkowej dyspozycji pracownika medycznego. Gotowość nie wymaga bowiem obecności w ZOZ - chodzi jedynie o umożliwienie bezpośredniego kontaktu i niezwłocznego stawienia się na wezwanie pracodawcy. Pracownik nie musi zatem informować pracodawcy gdzie będzie przebywał, choć na prośbę pracodawcy może to oczywiście zrobić.

Mając na uwadze stanowisko przedstawione powyżej, może się jeszcze nasunąć pytanie, *czy można polecić lekarzowi pozostawanie w gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych w domu, jeśli ma się to odbywać po 12-godzinnej pracy, wynikającej z harmonogramu czasu pracy lekarza, który pracuje w równoważnym systemie czasu pracy?*

Odpowiadając na powyższe pytanie, trzeba wskazać iż gotowość do udzielania świadczeń zdrowotnych nie może naruszać prawa pracownika do odpoczynku dobowego. Lekarz zatrudniony jest w równoważnym systemie czasu o pracy, co oznacza, że w skali doby musi ona się mieścić razem z pracą maksymalnie w 13 godzinach. Tak więc po pracy trwającej 7 godz. 35 min można polecić gotowość trwającą 5 godz. i 25 min, a po pracy 12-godzinnej - trwającą już tylko 1 godzinę.

Stanowisko takie prezentuje także GIP, który twierdzi, że gotowość do udzielania świadczeń medycznych nie może naruszać nieprzerwanego odpoczynku. Tak więc planowanie gotowości z naruszeniem prawa do odpoczynku może się wiązać z mandatem w razie kontroli PIP (stanowisko GIP w sprawie pozostawania przez lekarza w gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych, GPP-302-4560-154/08/PE). Zachowuje ono aktualność.

Rafał JANISZEWSKI
Kancelaria Doradcza
www.kancelariajaniszewski.pl

SĄD ADMINISTRACYJNY ZMIENIA STANOWISKO

Ubiegasz się o kontrakt z NFZ – masz prawo poznać ofertę konkurenta

Powszechnie wiadomo, że podmiot leczniczy w starciu z NFZ jest na pozycji, która nie daje dużych szans powodzenia. Dla walczących o kontrakt z publicznym płatnikiem, którym odmówiono wglądu do akt, pojawiło się światło w tunelu. Zdaniem Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie, dotychczas prezentowane stanowisko Prezesa NFZ, zgodnie z którym odmowa udostępnienia stronom skarżącym dokumentacji ofertowej złożonej przez konkurencyjnych świadczeniodawców biorących udział w postępowaniu konkursowym wynika z przepisów prawa powszechnie obowiązującego – budzi uzasadnione wątpliwości. Orzeczenie wydano w wyniku rozpoznania skargi lekarza dentysty, właściciela gabinetu, na odrzucenie przez NFZ odwołania od wyniku konkursu na świadczenie usług stomatologicznych.

Jakimi motywami kierował się Sąd zmieniając stanowisko? Otóż, płaszczyznę prawną orzekania stanowiły między innymi przepisy ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Określono w nich tryb i zasady procedury dotyczącej po-

stępowania w sprawie zawarcia umów ze świadczeniodawcami. W jego pierwszej fazie przeprowadzany jest tzw. konkurs ofert. Ustawa zobowiązuje organy Funduszu do równego traktowania wszystkich świadczeniodawców, w tym zachowania podczas postępowania zasad uczciwej konkurencji, porównywania ofert według określonych kryteriów, wskazuje też reguły wyboru oferty. Świadczeniodawcom, których interes prawny doznał, w ich ocenie, uszczerbku w wyniku naruszenia przez Fundusz powyższych zasad, przysługują środki odwoławcze – odwołanie i skarga. Jeżeli żaden z uczestników nie skorzysta z możliwości ich złożenia, postępowanie się kończy. Jeśli jednak którykolwiek z podmiotów postępowania złoży odwołanie, rozpoczyna się faza drugą – administracyjna.

W ocenie Sądu to moment kluczowy – mający określone konsekwencje. Ponieważ postępowanie zmieniło swój charakter, będą tu miały zastosowanie przepisy Kodeksu postępowania administracyjnego, w tym te związane z udostępnianiem akt sprawy. Skład orzekający podkreślił, że dyspozycja art. 73 k.p.a. jest jasna

i stanowi wprost, że organ administracji publicznej jest obowiązany w każdym stadium postępowania umożliwić stronie m. in. przeglądanie akt.

W rozpoznawanej sprawie, wbrew tej zasadzie, odmówiono skarżącej udostępnienia pełnych akt sprawy – m. in. ofert złożonych przez konkurencyjnych świadczeniodawców, pomimo, że skarżąca o to wnosiła. Uzasadniając odmowę powołano się na ustawę o ochronie danych osobowych oraz na ustawę o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji. Wskazano, że oferty współuczestniczące w postępowaniu zawierały dane wrażliwe, podlegające szczególnej ochronie i z tego powodu nie podlegały udostępnieniu innym świadczeniodawcom. W konsekwencji skarżąca nie miała możliwości zapoznania się z pełnymi aktami postępowania konkursowego, które stały się częścią akt administracyjnych, a co za tym idzie, nie mogła precyzyjnie sformułować swoich zastrzeżeń i odnieść się do postępowania. Nadto, akta do których skarżącej odmówiono dostępu, nie były objęte klauzulą poufności, o której mowa w ustawie o swobodzie działalności gospodarczej.

W tej sytuacji zdaniem Sądu oczywistym jest, że prowadząc postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i przestrzegając zasad tego postępowania, Fundusz nie może naruszać reguł wynikających zarówno z ustawy o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji, jak i ustawy o ochronie danych. Niemniej ograniczenia wynikające z powyż-

szych ustaw w zakresie przestrzegania norm w nich zawartych nie mogą naruszać jednocześnie zasad obowiązujących w postępowaniu odwoławczym prowadzonym według przepisów kodeksu postępowania administracyjnego. **Tym samym stanowisko organów NFZ, że oferta konkurencyjnego świadczeniodawcy nie może w sposób całkowity podlegać jakemukolwiek ujawnieniu innym świadczeniodawcom, nie zasługuje na akceptację.**

Będę z uwagą śledziła kierunek linii orzeczniczej w opisanym płaszczyźnie i obserwowałam, czy dokonana zmiana ma charakter trwały. Być może będziemy świadkami przerwania monopolu organów NFZ w zakresie dokonywanej przez nie wykładni i interpretacji regulacji prawnych. Należy podkreślić, że w dotychczasowym orzecznictwie Naczelnego Sądu Administracyjnego przeważał pogląd, iż Fundusz ma prawo ograniczyć dostęp uczestnika postępowania konkursowego, który przegrał konkurs, do ofert konkurencyjnych świadczeniodawców. Jednakże, co znamienne, orzeczenia te nie zapadały jednomyślnie.

Justyna STRAKA – prawnik

Autorka pracuje w Kancelarii Prawniczej „Krislex” w Bydgoszczy, www.facebook.com/krislex.bydgoszcz.justyna.straka@krislex.pl

(przedruk z „Primum Non Nocere” nr 3/14)

PO NOWELIZACJI PRZEPISÓW KPK

CZY ISTNIEJĄ OBECNIE MOŻLIWOŚCI PRAWNE ZMUSZENIA NP. KIEROWCY DO PODDANIA SIĘ BADAANIU STANU NIETRZEŻWOŚCI? – CIĄG DALSZY

Chciałbym powrócić do tematu poruszanego przeze mnie na łamach „Panaceum” nr 9/10 z 2013 r. (*patrz Biuletyn Opolskiej Izby Lekarskiej nr 206 – przyp. Redakcji*). Chodzi o wyrok Trybunału Konstytucyjnego z 5 marca 2013 r., dotyczący rozporządzenia ministra sprawiedliwości z 23 lutego 2005 r. w sprawie poddawania badaniom lub wykonywania czynności z udziałem oskarżonego lub osoby podejrzanej.

Tytułem przypomnienia: W przywołanym wyroku z 5 marca br., TK uznał, że dotychczas obowiązujące rozporządzenie ministra sprawiedliwości, o którym mowa, czyli z 23 lutego 2005 r., w części dotyczącej możliwości zastosowania środków przymusu bezpośredniego wobec oskarżonego/osoby podejrzanej, np. przy pobraniu krwi, w szczególności udział w tym badaniu asysty, jest niezgodne z przepisami kodeksu postępowania karnego oraz z Konstytucją.

Tymczasem 27 września 2013 r. została uchwalona przez Sejm ustawa o zmianie ustawy – kodeks postępowania karnego oraz niektórych innych ustaw, która w art. 1

m. in. wprowadziła zmianę w art. 74 kpk, przez dodanie do niego par. 3a. Obecnie istnieje więc możliwość wezwania oskarżonego lub osoby podejrzanej do poddania się obowiązkom m. in. oględzin, czy pobrania krwi (wynikającym z par. 2 i 3 tegoż artykułu). A w razie odmowy poddania się tym obowiązkom oskarżonego lub osobę podejrzaną można zatrzymać i przymusowo doprowadzić, a także stosować wobec nich siłę fizyczną lub środki techniczne służące obezwładnieniu, w zakresie niezbędnym do wykonania danej czynności.

Przepis art. 74 kpk w nowym brzmieniu obowiązuje od 9 listopada 2013 r., a więc od tego dnia policja ma już możliwości zgodnego z przepisami prawa zastosowania środków przymusu bezpośredniego wobec m. in. sprawców wypadków.

Januariusz KACZMAREK
Okręgowy Rzecznik
Odpowiedzialności Zawodowej
OIL w Łodzi

(przedruk z „Panaceum” 3/14)

LEKI PRZECIWBAKTERYJNE – INTERAKCJE Z INNYMI LEKAMI, SUPLEMENTAMI DIETY I Z ŻYWNOSCIĄ

Leki przeciwbakteryjne są jednymi z najczęściej stosowanych leków w praktyce lekarskiej. Aby były skuteczne terapeutycznie ich stężenie oraz czas, w jakim ono się utrzymuje w kompartmentcie objętym infekcją, muszą być precyzyjnie zsynchronizowane. Skuteczność leków przeciwbakteryjnych może zmieniać się, jeśli pacjent przyjmuje jednocześnie inne leki lub przyjmuje leki przeciwbakteryjne w nieodpowiednim czasie po spożyciu niektórych posiłków.

Interakcje antybiotyków beta-laktamowych

Beta-laktamy mogą zwiększać ryzyko krwawień u pacjentów przyjmujących doustne antykoagulanty. Dotyczy to szczególnie pochodnych penicyliny. Podczas jednoczesnego stosowania aminopenicylin oraz allopurinolu zwiększa się ryzyko wystąpienia wysypek skórnych, które nie powinny być traktowane jako reakcja nadwrażliwości na beta-laktamy.

Podczas stosowania antybiotyków cefalosporynowych, szczególnie III generacji, może dochodzić do nasilenia nefrotoksyczności aminoglikozydów oraz diuretyków pętlowych, o czym należy pamiętać w przypadku konieczności łącznego podawania tych leków.

U pacjentów przyjmujących cefaklor, cefuroksym i cefpodoxym nie należy stosować leków z grupy *antacida* z uwagi na ryzyko zmniejszenia wchłaniania antybiotyków z przewodu pokarmowego.

Podczas doustnego podawania aksetylu cefuroksymu należy unikać podawania leków zwiększających pH w żołądku, gdyż może to zmniejszyć wchłanianie antybiotyku z przewodu pokarmowego. Interakcja ta dotyczy zarówno blokerów receptora H₂, jak i inhibitorów pompy protonowej.

Beta-laktamy mogą zmniejszać skuteczność doustnej hormonalnej antykoncepcji. Podczas stosowania antybiotyków, jak i 7 dni po zakończeniu stosowania, zale-

Tabela 1. Najważniejsze leki metabolizujące i hamujące aktywność CYP3A4

Leki metabolizowane przez CYP3A4	Leki hamujące aktywność CYP3A4
Amitryptylina Fluoksetyna Mirtazapina Trazodon Haloperidol Diazepam Alprazolam Zaleplon Zolpidem Fentanyl Tramadol Azytromycyna Amiodaron Nifedypina Simwastatyna i atorwastatyna Loratadyna Omeprazol i lansoprazol Etynyloestradiol Sildenafil	Fluoksetyna Sertralina Ketokonazol Itrakonazol Cizapryd Diltiazem Werapamil Kwas walproinowy Sok grejpfrutowy

ca się stosowanie dodatkowych niehormonalnych metod antykoncepcji. W trakcie stosowania cefalosporyn należy bezwzględnie unikać spożywania alkoholu.

Antybiotyki aminoglikozydowe

Podczas stosowania aminoglikozydów należy unikać jednoczesnego podawania innych leków zwiększających ich nefrotoksyczność, a w szczególności diuretyków pętlowych i pochodnych platyny. Należy także unikać zakwaszania moczu (witamina C, żurawina) z uwagi na możliwość zmniejszenia skuteczności aminoglikozydów.

Tetracykliny

Podczas doustnego stosowania tetracyklin nie należy podawać leków z grupy *antacida* z uwagi na ryzyko zmniejszenia wchłaniania tetracyklin z przewodu pokarmowego. Tetracykliny mają zdolność do hamowania wytwarzania protrombiny, co może nasilać działanie doustnych leków przeciwzakrzepowych i zwiększać ryzyko występowania krwawień. Tetracykliny mogą zmniejszać skuteczność doustnej hormonalnej antykoncepcji. Zwiększają natomiast wydalanie nerkowe witaminy C, co należy uwzględnić szczególnie podczas dłuższej terapii (np. trądzik).

Klindamycyna

Może ograniczać skuteczność doustnej hormonalnej antykoncepcji. Podczas stosowania klindamycyny nie należy spożywać napojów alkoholowych.

Interakcje makrolidów i azalidów

Podczas stosowania makrolidów, a w szczególności erytromycyny, dawercyny oraz klarytromycyny, musimy pamiętać o znacznym ryzyku interakcji farmakokinetycznych związanych z ich wpływem na izoenzymy cytochromu P450. Wymienione makrolidy są również aktywnie metabolizowane - głównie przez izoenzym CYP3A4. W tabeli 1 zebrano najważniejsze leki metabolizujące i hamujące aktywność CYP3A4, wchodzące w interakcje z opisanymi makrolidami.

Jednoczesne podawanie makrolidów z inhibitorami CYP3A4 powoduje wzrost ryzyka wystąpienia działań niepożądanych makrolidów. Podobnie inhibicja metabolizmu leków, w których uczestniczy CYP3A4, przez erytromycynę, dawercynę i klarytromycynę zwiększa ryzyko indukcji działań niepożądanych powodowanych przez stosowane leki.

Niewielkie ryzyko interakcji farmakokinetycznych jest związane ze stosowaniem roksytromycyny, spiramycyny oraz azytromycyny.

Erytromycyna oraz klarytromycyna mają zdolność do wydłużania odstępu QT w zapisie EKG. Ryzyko to jest spotęgowane, jeżeli równocześnie z makrolidami podaje się inne leki, mogące podobnie jak makrolidy, wydłużać

odstęp QT. Dotyczy to w szczególności leków przeciwarytmicznych, cizaprydu, leków przeciwpsychotycznych - szczególnie klasycznych - oraz leków, które mogą indukować hipokaliemię (diuretyki pętlowe, glikokortykosteroidy stosowane systemowo, leki przeczyszczające).

Od niedawna wiadomo, że stosowanie azytromycyny wiąże się ze zwiększonym ryzykiem wystąpienia zaburzeń rytmu serca. Azytromycynę należy zatem ostrożnie stosować u pacjentów leczonych z powodu zaburzeń rytmu serca oraz przyjmujących leki, które mogą wykazywać potencjał proarytmiczny.

Makrolidy zwiększają biodostępność digoksyny z przewodu pokarmowego. Leki z grupy *antacida* zmniejszają biodostępność makrolidów z przewodu pokarmowego.

Interakcje fluorochinolonów z innymi równocześnie stosowanymi lekami

Ciprofloksacyna podczas jednoczesnego podawania z teofiliną może zwiększać ryzyko wystąpienia działań niepożądanych i toksycznych teofiliny. Nasila działanie antykoagulacyjne warfaryny.

Podczas łącznego stosowania fluorochinolonów z NLPZ, szczególnie u pacjentów w podeszłym wieku zwiększa ryzyko wystąpienia drgawek. Fluorochinolony wydłużają okres półtrwania diazepam oraz kłorazepatu. W takich sytuacjach należy zmniejszyć częstotliwość stosowania opisanych benzodiazepin. Ciprofloksacyna może nasilać toksyczność metotreksatu.

Fluorochinolony zmniejszają skuteczność doustnej hormonalnej antykoncepcji. Z kolei norfloksacyna nasila efekt przeciwzakrzepowy pochodnych kumaryny, a także działa antagonistycznie w stosunku do nitrofurantoiny i furazydyny, stąd też nie należy jednocześnie stosować tych leków. Leki z grupy *antacida* zmniejszają biodostępność fluorochinolonów z przewodu pokarmowego.

Interakcje leków przeciwbakteryjnych z probiotykami

Doustnie stosowane leki przeciwbakteryjne mogą ograniczać skuteczność probiotyków. Jednocześnie z antybiotykiem można przyjmować probiotyki zawierające w swoim składzie *Saccharomyces boulardi*, ze względu na to, że nie są one wrażliwe na działanie leków przeciwbakteryjnych. Jeżeli natomiast stosujemy jako probiotyki bakterie kwasu mlekowego, to preparaty te należy podawać nie wcześniej niż 2 godziny po doustnym przyjęciu antybiotyku. Okres ten może być jeszcze dłuższy, jeżeli w terapii stosuje się postaci leku o przedłużonym uwalnianiu.

Interakcje z suplementami diety

Podczas stosowania aminoglikozydów zwiększa się wydalanie magnezu w nerkach. Z kolei podczas podawania fluorochinolonów oraz tetracyklin zaleca się uni-

Tabela 2. Interakcje leków przeciwbakteryjnych z żywnością

Lek przeciwbakteryjny	Stosowanie antybiotyku w stosunku do posiłku
Amoksycylina	Można podawać zarówno na czczo, jak i po posiłkach
Fenoksymetylopenicylina	Stosować godzinę przed posiłkiem lub 2 godziny po posiłku
Kloksacylina	Zażywać godzinę przed lub 2 godziny po posiłku
Cefaklor	W przypadku tabletek o natychmiastowym uwalnianiu należy stosować na czczo, natomiast w przypadku postaci o przedłużonym uwalnianiu stosować z pożywieniem
Ceftibuten	Należy podawać 2 godziny przed posiłkiem lub 1 godzinę po posiłku
Cefuroksym aksetyl	Zażywać z posiłkiem
Tetracykliny	Powinny być podawane z pokarmem z uwagi na ich drażniący wpływ na przewód pokarmowy. Nie należy podczas zażywania podawać posiłków bogatych w wapń
Azytromycyna	Tabletki mogą być zażywane z pożywieniem lub bez, natomiast kapsułki zaleca się zażywać godzinę przed lub 2 godziny po posiłku
Erytromycyna	Może być zażywana zarówno na czczo, jak i po posiłku
Klarytromycyna	Można zażywać niezależnie od posiłków
Roksytromycyna	Zażywać przed posiłkami
Spiramycyna	Zażywać na czczo
Klindamycyna	Można zażywać niezależnie od posiłku
Ciprofloksacyna	Stosować w czasie posiłku lub po nim, nie popijać mlekiem ani jogurtem z uwagi na zmniejszenie wchłaniania z przewodu pokarmowego
Lewofloksacyna	Nie należy zażywać z posiłkami zawierającymi wapń
Moksifloksacyna	Może być przyjmowana niezależnie od posiłków
Norfloksacyna	Lek zażywać godzinę przed lub 2 godziny po posiłku
Furazydyna	Należy podawać podczas posiłków bogatobiałkowych, można popijać napojami zawierającymi witaminę C
Kotrimoksazol	Zażywać podczas posiłku lub zaraz po nim
Metronidazol	Zażywać godzinę przed lub 2 godziny po posiłku, podczas stosowania leku unikać pokarmów bogatotłuszczowych

kana jednoczesnego podawania suplementów zawierających w swoim składzie wapń, magnez, żelazo i cynk z uwagi na hamowanie wchłaniania antybiotyków z przewodu pokarmowego.

Podczas stosowania trimetoprimu zaleca się przyjmowanie kwasu foliowego w dobowej dawce 0,4–1 mg.

Interakcje antybiotyków z pokarmami

W tabeli 2 zebrano informacje dotyczące przyjmowania leków przeciwbakteryjnych w stosunku do posiłków.

Jarosław WOROŃ, Ryszard KORBUT
Zakład Farmakologii Klinicznej Katedry Farmakologii
Collegium Medicum UJ; Uniwersytecki Ośrodek
Monitorowania i Badania Niepożądanych Działań Leków

WYBRANE POZYCJE PIŚMIENNICTWA:

1) Hansten PD, Horn JR., *The Top 100 Drug Interactions*, H&H Publications, Freeland 2012.

2) Woron J, Kostka-Trąbka E., *Interakcje leków w praktyce klinicznej*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2011.

3) Stanford, *Przewodnik Terapii Przeciwdrobnoustrojowej*, Wydanie Polskie, Kraków 2013.

4) Tatro DS, *Drug Interaction Facts*, Wolters Kluwer, ST Louis 2012.

(przedruk „Galicyskiej Gazety Lekarskiej” nr 5/13 i 1/14)

OGŁOSZENIA

3RD PEDIATRIA UPDATE 2014

POZNAŃ, 20 marca 2014 r.

3rd PEDIATRIA UPDATE 2014

Podczas konferencji pediatrycznej uczestnicy dowiedzą się m.in. od prawników jakie są blaski i cienie lekarza na umowie kontraktowej. Mocnym punktem tego spotkania będą także Warsztaty problemów zdrowotnych nastolatków. Poprowadzą ją uznane medyczne autorytety: prof. Danuta Piotrowska-Jastrzębska, prof. Maria Korzon, prof. Beata Czarnecka. W programie uwzględniono także sesję interaktywną – Żywnienie niemowląt, małych dzieci i dzieci szkolnych w zdrowiu i w chorobie – najtrudniejsze zagadnienia.

Termin: 20 marca 2014r.

Miejsce: Poznań, IBB Andersia Hotel, Plac Andersa 3

Kierownik Naukowy: prof. zw. dr hab. med. Wojciech Służewski

Organizatorzy: Poznański Oddział Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego, wydawnictwo Termedia

Biuro organizacyjne: Termedia sp. z o.o. ul. Kleberga 2, 61-615 Poznań, tel./faks +48 61 656 22 00, szkolenia@termedia.pl, www.termedia.pl

* * *



CHOROBY SERCA A CHOROBY PŁUC PROBLEMY DIAGNOSTYKI I TERAPII 2014

WARSZAWA, 7–8 marca 2014 r.

Choroby serca a choroby płuc

W czasie konferencji zaproszeni eksperci przedstawiają wyniki najnowszych badań i aktualne wytyczne, analizując je z perspektywy pacjenta kardiologicznego z chorobą układu oddechowego i pacjenta pneumonologicznego z chorobą układu sercowo-naczyniowego. Nie zabraknie trudnych zagadnień współczesnego leczenia przeciwkrzeplowego i przeciwnaczyniowego. Omówione zostaną też choroby naczyń płucnych, zatorowość płucna i nadciśnienie płucne oraz nowe możliwości ich farmakoterapii. Uczestnicy konferencji otrzymają punkty edukacyjne.

Termin: 7–8 marca 2014 r.

Miejsce: Warszawa, Hotel Novotel Airport, ul. 1 Sierpnia 1

Przewodnicząca Komitetu Naukowego: prof. IMiD, dr hab. n. med. Anna Fijałkowska

Biuro organizacyjne: Termedia sp. z o.o. ul. Kleberga 2, 61-615 Poznań, tel./faks +48 61 656 22 00, szkolenia@termedia.pl, www.termedia.pl

* * *



OPIEKA PALIATYWNA W POLSCE 2014

WARSZAWA, 4–5 kwietnia 2014 r.

Opieka Paliatywna w Polsce 2014

Polska zajmuje wysoką pozycję w świecie pod względem rozwoju opieki paliatywnej, co wynika głównie z dużej liczby hospicjów domowych. Nie zawsze jednak przekłada się to na dostępność świadczeń, gdyż większość jednostek ma małe kontrakty. Z analiz przeprowadzonych przez organizacje międzynarodowe wynika, że opieka paliatywna nadal nie zaspokaja potrzeb mieszkańców Europy i konieczne są dalsze działania w kierunku rozwoju tej dziedziny medycyny, z uwzględnieniem zwiększających się potrzeb wynikających z uwarunkowań demograficznych.

W Polsce medycyna paliatywna jest niedoszacowana, jej finansowanie jest niewystarczające, brakuje także poradni medycyny paliatywnej. Pomimo dostępności wielu silnych leków przeciwbólowych pacjenci nadal cierpią z powodu bólu.

O tych problemach, a także o najnowszych metodach terapeutycznych oraz o jakości w opiece paliatywnej będziemy rozmawiać podczas konferencji. Uczestnicy otrzymują punkty edukacyjne. Konferencja pod patronatem redakcji czasopism *Medycyna Paliatywna* i *Menedżer Zdrowia* oraz Polskiego Towarzystwa Medycyny Paliatywnej

Termin: 4–5 kwietnia 2014 r.

Miejsce: Warszawa, Hotel Westin, Aleja Jana Pawła II 21

Organizatorzy: wydawnictwo Termedia, Redakcja czasopisma *Medycyna Paliatywna*, Pracownia Medycyny Paliatywnej Katedry Onkologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

Kierownik naukowy: dr n. med. Aleksandra Ciałkowska-Rysz

Biuro organizacyjne: Termedia sp. z o.o. ul. Kleberga 2, 61-615 Poznań, tel./faks +48 61 656 22 00, szkolenia@termedia.pl, www.termedia.pl

* * *



Praktyka Hematologiczna 2014

Pod naukowym kierownictwem konsultanta krajowego w dziedzinie hematologii prof. Wiesława Jędrzejczaka odbędzie się konferencja *Praktyka Hematologiczna 2014*. Zapraszamy do Warszawy 11–12 kwietnia 2014 r.! Program wydarzenia będzie poświęcony najważniejszym schorzeniom krwi i układu krwiotwórczego. W trakcie konferencji zaplanowano spotkanie konsultantów wojewódzkich w dziedzinie hematologii. Uczestnicy otrzymają punkty edukacyjne.

Termin: 11–12 kwietnia 2014 r.

Miejsce: Warszawa, Hotel Novotel Warszawa Centrum, ul. Marszałkowska 94/98

Kierownik naukowy: prof. dr hab. Wiesław W. Jędrzejczak

Organizatorzy: Katedra i Klinika Hematologii, Onkologii i Chorób Wewnętrznych Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, wydawnictwo Termedia

Biuro organizacyjne: Termedia sp. z o.o. ul. Kleberga 2, 61-615 Poznań, tel./faks +48 61 656 22 00, szkolenia@termedia.pl, www.termedia.pl

* * *



Stwardnienie Rozsiane 2014

Zapraszamy na kolejną edycję konferencji *Stwardnienie Rozsiane*, która odbędzie się 8 marca 2014 r. w Łodzi. W ubiegłorocznej konferencji wzięło udział ponad 300 osób. Okazało się, że tematyka sclerosis multiplex cieszy się ogromnym zainteresowaniem nie tylko neurologów. Jak podkreślali specjaliści – to jedna z najczęstszych chorób układu nerwowego. Kierownikiem naukowym wydarzenia jest uznany w tej dziedzinie wybitny autorytet prof. dr hab. n.

med. Krzysztof Selmaj, członek Zarządu Europejskiego Komitetu Badań i Leczenia SM (ECTRIMS). Tym razem miejscem konferencji jest hotel Andel's w Łodzi! Uczestnicy konferencji otrzymają punkty edukacyjne.

Termin: 8 marca 2014 r.

Miejsce: Łódź, Hotel Andel's, ul. Ogrodowa 17

Kierownik naukowy: prof. dr hab. n. med. Krzysztof Selma

Organizatorzy: Katedra i Klinika Neurologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, wydawnictwo Termedia

Biuro organizacyjne: Termedia sp. z o.o. ul. Kleberga 2, 61-615 Poznań, tel./faks +48 61 656 22 00, szkolenia@termedia.pl, www.termedia.pl

* * *



**TRENDY W REUMATOLOGII
NA PRZEŁOMIE 2013/2014**

WROCŁAW, 27–28 marca 2014 r.

Trendy w reumatologii na przełomie 2013/2014 roku

Serdecznie zapraszamy do pięknego Wrocławia na kolejną edycję konferencji Trendy w reumatologii na przełomie 2013/2014, która odbędzie się 27–28 marca 2014 r. W ubiegłorocznej edycji uczestniczyło ponad 400 osób! – Dla światowej reumatologii miniony rok był bardzo dobry. Choćby dlatego, że doszło do istotnego zbliżenia stanowisk między dwoma najważniejszymi organizacjami w reumatologii: amerykańskim ACR i europejskim EULAR. Efektem są przykładowo nowe, wspólne europejskie i amerykańskie kryteria klasyfikacyjne twardziny układowej; opublikowane też zostały rekomendacje w leczeniu RZS (EULAR), niefarmakologicznym leczeniu choroby zwyrodnieniowej stawów (EULAR), leczeniu średnimi i dużymi dawkami glukokortykoidów w chorobach reumatycznych (EULAR) czy odnośnie postępowania w postaci układowej młodzieńczego idiopatycznego zapalenia stawów (ACR). Dzięki tym wszystkim wysiłkom będziemy szybciej rozpoznawać i skuteczniej leczyć. I to będzie również tematem naszej konferencji – zapowiada wrocławskie spotkanie prof. Piotr Wiland, prezes Polskiego Towarzystwa Reumatologicznego, przewodniczący Komitetu Naukowego.

Termin: 27–28 marca 2014 r.

Miejsce: Wrocław, Wrocławskie Centrum Kongresowe Hala Stulecia, ul. Wystawowa 1

Przewodniczący komitetu naukowego: prof. dr hab. Piotr Wiland

Organizatorzy: Katedra i Klinika Reumatologii i Chorób Wewnętrznych Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, Oddział Dolnośląski Polskiego Towarzystwa Reumatologicznego, wydawnictwo Termedia

Biuro organizacyjne: Termedia sp. z o.o. ul. Kleberga 2, 61-615 Poznań, tel./faks +48 61 656 22 00, szkolenia@termedia.pl, www.termedia.pl

* * *



**VI KONGRES
WSPÓŁCZESNEJ
ONKOLOGII
NEXT GENERATION**

POZNAŃ, 27–29 marca 2014 r.

VI Kongres Współczesnej Onkologii – Next Generation

Prof. Maria Siemionow, prof. Cezary Szczylik, prof. Maria Litwiniuk, prof. Rodryg Ramlau, prof. Krzysztof Krzemieniecki, prof. Alicja Żylicz – to tylko niektóre wielkie nazwiska polskiej onkologii, których nie zabraknie podczas szóstej edycji Kongresu Współczesnej Onkologii z cyklu NOWOTWORY WYZWANIEM XXI WIEKU. Wydarzenie odbędzie się w Poznaniu w dniach 27–29 marca 2014 r. Formuła next generation sprawdziła się na V Kongresie, szczególnie udostępnienie podium młodym, którzy przedstawiali własne osiągnięcia o raz wyniki badań zespołów, czyli to, co dzieje się w „prawdziwej” polskiej nauce, a to młodzi wiedzieli i wiedzą najlepiej. Doświadczeni już badacze i praktycy onkolodzy będą podobnie jak w ubiegłym roku – moderatorami VI Kongresu. Uczestnicy kongresu otrzymają punkty edukacyjne.

Termin: 27–29 marca 2014 r.

Miejsce: Poznań, IBB Andersia Hotel, Plac Władysława Andersa 3

Kierownicy naukowcy: prof. dr hab. Andrzej Maciewicz, prof. dr hab. Rodryg Rameau

Organizatorzy: redakcja czasopisma Współczesna Onkologia, wydawnictwo Termedia, Zakład

Immunologii Nowotworów, Katedra Biotechnologii Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, Oddział Onkologii Klinicznej z Pododdziałem Diennej Chemioterapii Wielkopolskiego Centrum Pulmonologii i Torakochirurgii w Poznaniu

Patronat Honorowy: Polskie Towarzystwo Onkologiczne

Biuro organizacyjne: Termedia sp. z o.o. ul. Kleberga 2, 61-615 Poznań, tel./faks +48 61 656 22 00, szkolenia@termedia.pl, www.termedia.pl

* * *

Serdecznie zapraszamy do udziału w **XII Ogólnopolskiej Wystawie Malarstwa Lekarzy**, która odbędzie się w dniach 25–30 maja 2014 r. w Klubie Lekarza w Łodzi.

Na coroczną, Ogólnopolską Wystawę Malarstwa Lekarzy Komisja Kultury Okręgowej Izby Lekarskiej w Łodzi zaprasza już po raz jedenasty, także w maju – kontynuując tym samym tradycję wiosennych wernisaży.

Koleżanki i Kolegów lekarzy zainteresowanych udziałem w Wystawie prosimy o dostarczenie swych dzieł do Okręgowej Izby Lekarskiej w Łodzi (93-005 Łódź, ul. Czerwona 3) do 12 maja br.

Obrazy mogą być wykonane w dowolnych technikach i formatach oraz opatrzone następującymi danymi: tytuł, imię i nazwisko autora, rodzaj jego specjalizacji, miejscowość zamieszkania. Przyjmujemy maksymalnie 2 prace od jednego autora ze względu na ograniczenia powierzchni wystawienniczej.

Kontynuując tradycję zapoczątkowaną podczas ubiegłorocznej edycji Wystawy planujemy przeprowadzenie konkursu, w którym prace oceni jury złożone z trójki profesjonalistów.

Wernisaż Wystawy odbędzie się 25 maja 2014 r. (niedziela) o godzinie 17.00 w Klubie Lekarza w Łodzi przy ul. Czerwonej 3, a Wystawa potrwa do 30 maja br.

Serdecznie zapraszamy Autorów i Wszystkich zainteresowanych twórczością lekarzy. Kontakt: Iwona Szelewa, tel. 42/683-17-01, fax. 42/683-13-78, adres internetowy: biuro@oil.lodz.pl

* * *

Okręgowa Izba Lekarska w Gdańsku zaprasza na **V Ogólnopolskie Regaty Żeglarskie Lekarzy**.

TERMIN I MIEJSCE REGAT: 31.05-01.06.2014 r. (sobota, niedziela) – Zatoka Pucka

ORGANIZATOR: Okręgowa Izba Lekarska w Gdańsku – Komisja Kultury, Sportu i Rekreacji

WSPÓLORGANIZATORZY: Harcerski Ośrodek Morski

BIURO REGAT: Harcerski Ośrodek Morski, 84-100 Puck, ul. Żeglarzy 1, Tel. (058) 673 21 50, hom@hompuck.org. Informacji udziela: Przemysław Rzepecki e-mail: przepecki@gmail.com tel. 693 525 263, Marcin Szczęśniak tel. 603 696 160, Sławomir Dębicki 501 674 698, (058) 673 21 50 – sprawy techniczne

ZGŁOSZENIA DO REGAT: do dnia 15 maja 2014 r. Okręgowa Izba Lekarska Gdańsk, druk zgłoszenia do regat do pobrania ze strony www.oilgdansk.pl należy wypełnić, zeskanować i wraz z zeskanowanym potwierdzeniem wpłaty wpisowego na konto HOM, przesłać na adres mailowy oil@oilgdansk.pl lub przepecki@gmail.com. Ilość miejsc jest ograniczona, decyduje kolejność zgłoszeń.

WYMAGANIA OD UCZESTNIKÓW:

- liczba członków załogi – 3 lub 4 osoby.
- prowadzący jednostkę minimum w stopniu żeglarza jachtowego.
- znajomość przepisów PZZ, przepisów regatowych, przestrzeganie instrukcji żeglugi, umiejętność pływania.

SPOSÓB PROWADZENIE REGAT:

- przewiduje się rozegranie 5 wyścigów w sobotę 31.05.2014 r.
- jeden długi bieg na „Małe Morze” 01.06.2014 r.
- szczegóły poda Sędzia Główny w instrukcji żeglugi i komunikacie sędziowskim.
- regaty zostaną uznane za ważne przy rozegraniu min. 2 wyścigów.

INFORMACJE ORGANIZACYJNE: wpisowe do regat 150 zł/osoba, płatne na konto: Bank Spółdzielczy Puck 96 8348 0003 0000 0000 3896 0001, HOM 84-100 Puck, ul. Żeglarzy 1, tytuł wpłaty (V Regaty Lekarzy – pobyt w HOM, imię i nazwisko uczestników). Opłata protestowa 150 zł.

W RAMACH WPISOWEGO ORGANIZATOR ZAPEWNI:

- wyżywienie od śniadania 31.05.2014 r. do obiadu 01.06.2014 r.
- zakwaterowanie 30.05.2014 r. do 01.06.2014 r.
- ubezpieczenie NW uczestników
- łodzie do regat oraz kamizelki asekuracyjne dla uczestników regat
- nagrody dla uczestników

Informacje o regatach i łodzi PUCK na stronie www.klasapuck.org

BIULETYN INFORMACYJNY OPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

WYDAWCA: Opolska Izba Lekarska, 45-054 Opole, ul. Grunwaldzka 23, tel. 0 77 454 59 39, www.izbalekarska.opole.pl; nr konta: 54-1020-3668-0000-5102-0009-8277

REDAKCJA: Jerzy Lach. OPRACOWANIE GRAFICZNE: Wydawnictwo i Drukarnia Świętego Krzyża

ŁAMANIE i DRUK: Wydawnictwo i Drukarnia Świętego Krzyża w Opolu, ul. Katedralna 6; NAKŁAD: 2.500 egz. ISSN 1426-661X



Badanie kliniczne w pediatrii. Atlas i podręcznik Tom 1

B.J. Zitelli, S.C. McIntire, A.J. Nowalk; wyd. I polskie, red. A. Dobrzańska rok wydania: 2014; ISBN: 978-83-7609-930-9, format: 210 X 305, opr. twarda, 534 strony, cena: 146.40 zł (366 ELS pkt)

Przedstawiam i rekomenduję polskim studentom medycyny oraz specjalizującym się w pediatrii nowy, niezwykle, dwutomowy podręcznik. Rekomendowane opracowanie jest dosłownym tłumaczeniem poszczególnych rozdziałów ze wskazaniem odrębności właściwych polskim warunkom. Na polskim rynku jest to w tej chwili najpełniejsze i kompleksowe opracowanie, odpowiednie do uczenia się pediatrii od podstaw jak również doskonalenia wiedzy pozyskanej z innych, mniej szczegółowych źródeł. Zawarte w nim treści dają pełną, kompleksową wiedzę gwarantując doskonałe przygotowanie do zawodu.

To co zasługuje w tym podręczniku na szczególne wyróżnienie, to unikalny, wspaniały zbiór ilustracji. Każdy rozdział zawiera szereg rycin ze schematami, rysunkami jak i oryginalnymi zdjęciami z badania fizykalnego, pola operacyjnego, badania histopatologicznego oraz zdjęciami otrzymanymi przy pomocy różnych technik obrazowania. Te niezwykle ilustracje, ułatwiają zarówno zrozumienie poszczególnych patologii, jak i ułatwiają zapamiętywanie skomplikowanych treści.

Unikalny, wspaniały zbiór ilustracji.

Najbardziej pełne i kompleksowe opracowanie, gwarantujące doskonałe przygotowanie do zawodu.

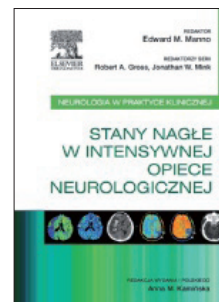
Podręcznik dostosowany do polskich warunków.

Źródło referencyjne dla niemalże każdego problemu diagnostycznego w pediatrii.

Stany nagłe w intensywnej opiece neurologicznej

E.M. Manno, R.A. Gross, J.W. Mink; wydanie I, red. A.M. Kamińska rok wydania: 2014; ISBN: 978-83-7609-922-4, format: 165 x 235, opr. broszurowa, 258 stron, cena: 96.00 zł (240 ELS pkt)

Książka podzielona jest na 24 rozdziały poświęcone podstawowym problemom, z którymi spotykamy się na oddziale intensywnej terapii. Oprócz najczęściej omawianych zagadnień, takich jak udary mózgu, wzmożenie ciśnienia śródczaszkowego, stan padaczkowy czy choroby naczyniowe mózgu, przedstawiono tu rzadziej poruszane tematy, takie jak zapalenie mózgu i opon, schorzenia nerwowo-mięśniowe czy powikłania i problemy neurologiczne związane z intensywną terapią. Cenne informacje dla lekarza praktyka zawiera rozdział poświęcony zasadom monitorowania funkcji układu nerwowego oraz nowoczesnym technikom neuroobrazowania.



OGŁOSZENIA

Biurowo Turystyki Aktywnej KOMPAS Sp. z o.o. – wiodący organizator aktywnych imprez turystycznych, rekreacyjnych i sportowych **poszukuje LEKARZY** (w okresie wakacji letnich).

Wymagania:

- odpowiednie kwalifikacje zawodowe (pełne prawo wykonywania zawodu),
- mile widziane doświadczenie w pracy z dziećmi i młodzieżą,
- odpowiedzialność i zaangażowanie.

Zakres obowiązków:

- nadzór medyczny nad uczestnikami obozów.

Oferujemy: • umowę zlecenie, • zakwaterowanie, • pełne wyżywienie, • przejazd w obie strony, • możliwość wyjechania na więcej niż 1 turnus.

Terminy obozów i miejsce:

30.06 – 11.07.2014 Jura, Mazury, Zakopane
12.07 – 23.07.2014 Jura, Mazury, Zakopane
24.07 – 04.08.2014 Jura, Mazury, Zakopane
05.08 – 16.08.2014 Jura, Mazury, Zakopane
17.08 – 28.08.2014 Jura, Mazury, Zakopane

Osoby zainteresowane prosimy o przesyłanie swojego zgłoszenia na adres:

praca@kompas.pl (w temacie: lekarz-nazwisko).
Biuro Turystyki Aktywnej KOMPAS Sp. z o.o.
ul. Asesora 72, 80-119 Gdańsk, tel./fax: 048 58 303 18 78 / www.kompas.pl.

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Zaodrze” w Opolu zatrudni lekarza pediatrę lub lekarza medycyny rodzinnej (także w trakcie specjalizacji) do pracy w Poradni Dziecięcej. Kontakt tel.: 77/457-33-38, 77/474-46-92.

Zatrudnię lekarza internistę lub rodzinnego do pracy w przychodni ogólnej na etat lub na godziny. Kontakt telefoniczny – 530-101-303, 602-384-460. **Przychodnia Rodzinna** ul. Stanisława Moniuszki 16, 47-100 Strzelce Opolskie.

Specjalistyczny ZOZ „GIN-MED” Opole ul. Jagiellonów 86 i ul. Sieradzka 3, pilnie przyjmie **lekarza specjalistę ginekologa-położnika**

na stanowisko Kierownika Zakładu. Posiadamy kontrakt z NFZ. Kontakt tel. kom. 606 702 553 lub 604 415 199.

NZOZ w Brzegu zatrudni lekarza stomatologa do pracy na czas nieokreślony. Mamy umowę z NFZ. Istnieje możliwość prywatnej praktyki. Tel. kontaktowy 607-427-708.

Szpital w Branicach zatrudni specjalistę psychiatrę z możliwością objęcia stanowiska zastępcy ordynatora **oraz internistę**. Oferujemy bardzo dobre warunki płacowe oraz mieszkanie służbowe. Tel.: 77/403-43-07, e-mail: sws.kadry@op.pl.

Sprzedam lokal po gabinecie stomatologicznym o powierzchni 24m² położony w **Ośrodku Zdrowia w Reńskiej Wsi nr 76, gmina Pakosławice**. Do lokalu przynależą udziały w części wspólnej Ośrodka oraz osobne pomieszczenia na odpady medyczne. Cena do uzgodnienia. Numer tel. 77/40-00-134 lub 513-123-396.

XI OGÓLNOPOLSKIE MISTRZOSTWA IZB LEKARSKICH w Żeglarstwie w klasie OMEGA Morzyczyn, jezioro Miedwie

6–8.06.2014 r.

Z A P R O S Z E N I E

Rok 2014 niesie ze sobą wiele zmian. Dla nas najważniejszą jest zmiana miejsca naszych żeglarskich zmagania. W tym roku Mistrzostwa odbędą się w uroczej letniskowej wsi Morzyczyn nad Jeziorem Miedwie w gminie Kobylanka, 24 km od Szczecina.

Regaty odbędą się na łodziach typu OMEGA na niezmienionych zasadach, w systemie przesiadkowym.

Jak zwykle podczas wieczornego biesiadowania szykujemy wiele niespodzianek... zapewniamy miłą atmosferę i dobrą zabawę...

Zgłoszenia odbywają się na podstawie formularzy wraz z potwierdzeniem wpłaty wpisowego przesłanych pocztą, faxem lub e-mailem w terminie do **9 maja 2014 r.** na adres: Okręgowa Izba Lekarska w Szczecinie, ul. Marii Skłodowskiej-Curie 11, 71-332 Szczecin, tel/fax: 91 48 77 561, ksidor@oil.szczecin.pl

SZCZEGÓŁY:

- 1. TERMIN** 06 – 08 czerwiec 2014r. **2. MIEJSCE REGAT** Morzyczyn, jezioro Miedwie
3. NOCLEG

Hotel 104, Stargard Szczeciński, <http://osir.stargard.pl/hotel-104/informacje> **4. WPISOWE** 1350 zł od załogi. W ramach wpisowego załoga otrzymuje dwa noclegi oraz pełne wyżywienie dla 3 osób. **4. DANE ORGANIZATORA** Okręgowa Izba Lekarska w Szczecinie, ul. Marii Skłodowskiej-Curie 11, 71-332 Szczecin, tel/fax: 91 48 77 561.
e-mail ksidor@oil.szczecin.pl

OSOBY DO KONTAKTU:

Halina Teodorczyk

tel. 604 41 68 64, adres e-mail: halte@wp.pl

Halina Ey-Chmielewska

tel. 601 576 160 adres e-mail: eychmielewska@wp.pl

Kamila Sidor biuro OIL w Szczecinie

tel./fax 91 48 77 561, 784 02 99 24 adres e-mail: ksidor@oil.szczecin.pl

Wpłaty (wpisowe) należy dokonać na konto: ING Bank Śląski 98 1050 1559 1000 0022 1716 8034 z dopiskiem „REGATY – OIL”