Relacja z obrad XXVIII Zjazdu Lekarzy

**XXVIII Okręgowy Zjazd Lekarzy**  
**obradował w Niepołomicach**

**Budżet na 2011 zatwierdzony.**   
**Natomiast kolejne reformy systemu ochrony zdrowia nie zapowiadają zmian na lepsze**

2 kwietnia, w sobotę, od wczesnych godzin rannych, obradował w hotelu „Novum” w Niepołomicach XXVIII Okręgowy Zjazd Lekarzy Okręgowej Izby Lekarskiej w Krakowie. Frekwencja była umiarkowanie dobra – według komunikatu Komisji Mandatowej w godzinach południowych przekroczyła nawet 60 procent (na 375 uprawnionych osób, obecnych było 203). Część pierwszą obrad, toczoną we własnym gronie delegatów, zdominowały sprawozdania z działalności za miniony rok (prezesa ORL, Okręgowego Rzecznika, przewodniczącego Okręgowego Sądu oraz Skarbnika). Natomiast część druga, z udziałem zaproszonych gości, poświęcona była ocenie procesu kontraktowania świadczeń w Małopolsce i na Podkarpaciu na 2011 rok oraz pakietowi ustaw przygotowanych przez resort zdrowia, a będących aktualnie przedmiotem legislacji w polskim parlamencie.

Obrady otworzył, witając Delegatów, przewodniczący Komitetu Organizacyjnego Zjazdu dr Antoni Jakubowicz, wspominając że ich miejscem miało być Krosno. Względy organizacyjne przesądziły jednak o Niepołomicach.

I było tutaj, dodajmy, zupełnie sympatycznie.

Przewodnictwo Zjazdu powierzono dr Irenie Gawrońskiej, jej zastępcami wybrano dr. dr. J. Friedigera, A. Jakubowicza, J. Legutkę, R. Stępnia i M. Zasadnego. Obowiązki sekretarzy Zjazdu powierzono dr. dr. P. Hartwichowi, A. Urbańczyk i E. Wojnarowicz.

Na wniosek doktor Gawrońskiej zebrani uczcili na wstępie chwilą ciszy pamięć lekarzy, którzy odeszli na zawsze w okresie sprawozdawczym, a w szczególności działaczy samorządu lekarskiego w osobach dr. dr. Wiesława Argasińskiego, Jerzego Gniewka i Jana Kowalczyka.

Swego rodzaju przypomnieniem dwóch pierwszych osób było też odebranie przez ich rodziny odznaczeń przyznanych im jeszcze w 2010 roku z okazji XX-lecia Samorządu. W imieniu Wiesława przyjęła je pani Maria, Jego małżonka, a w imieniu Jerzego – dr Tadeusz Zając. „Zaległe” odznaczenia otrzymali też dr dr Wojciech Kolanko, Jerzy Pasadyn, Marek Pelc i Krzysztof Fudalej, pechowo doświadczony kraksą samochodową w drodze na Zjazd. Medal Komisji Edukacji Narodowej otrzymał prof. Krzysztof Herman.

Natomiast Kapituła Honorowej Odznaki Okręgowej Izby Lekarskiej w Krakowie przyznała w 2011 roku swoje wyróżnienia następującym osobom: dr dr Elżbiecie Bierczyńskiej, Iwonie Fitrzyk-Zapolskiej, Irenie Gawrońskiej, Annie Kot, mec. Ewie Krzyżowskiej, dr. dr. Annie Kustroń, Ewie Mikoszy-Januszewicz, Katarzynie Turek-Fornelskiej oraz dr dr Januszowi Chodorowskiemu, Marianowi Fedorowiczowi, Janowi Hejnarowi, Zbigniewowi Kempfowi, Jerzemu Sławińskiemu, Kazimierzowi Sobocińskiemu, Tomaszowi Śliwińskienu, Markowi Wilkowi i Aleksandrowi Wójcikowi. Wręczenia (przybyłym w większości lekarzom) dokonał prezes Okręgowej Rady Lekarskiej dr Andrzej Matyja.

Miłym akcentem było też wręczenie pamiątkowych pucharów lekarzom sportowcom z Małopolski (dr Alicji Leś i dr. Pawłowi Bobuli), których sukcesy odniesione w minionym roku postawiły w rzędzie gwiazd medycznego sportu. Wręczenia dokonał dr Jacek Tętnowski, przewodniczący Komisji Kultury, Sportu i Rekreacji NRL.

W chwilę później Komisja Mandatowa (J. Pasadyn – przewodniczący, K. Turek-Fornelska i P. Oleksy) potwierdziła prawomocność obrad. Na 337 delegatów, obecnych było w chwili otwarcia obrad 186 osób, co stanowiło 55% ogółu uprawnionych. Dało to początek części sprawozdawczej Zjazdu

\* \* \*

**Wystąpienie sprawozdawcze**   
**prezesa ORL**   
**dr Andrzeja Matyji**

„Jesteśmy, po warszawskiej i śląskiej, trzecią co do wielkości Izbą Lekarską w Polsce, nasz głos jest słyszalny zarówno w Naczelnej Radzie Lekarskiej jak i w Ministerstwie Zdrowia na Miodowej” – powiedział prezes Andrzej Matyja, dokonując wprowadzenia do części sprawozdawczej Okręgowej Rady Lekarskiej zawartej w tzw. „Materiałach Sprawozdawczych” doręczonych Delegatom. „Nasza Izba istniała już w 1923 roku i myślę że do tej daty powinniśmy nawiązywać w naszych rocznicach. Nasze dokonania macie Państwo przypomniane w „Materiałach”, ja natomiast nawiążę do porażek. I tak, nie udało nam się odzyskać kamienicy przy ul. Szczepańskiej 1; nie udało się przekształcić we własność wieczystej dzierżawy naszej działki, na której stoi siedziba Delegatury w Nowym Sączu; nie udało się wybudować nowej siedziby Delegatury w Przemyślu; wreszcie porażką całego środowiska w sferze intelektualnej jest nikły, bo sięgający zaledwie 30% udział lekarzy w zbieraniu punktów edukacyjnych. Ten ostatni problem nieco nas kompromituje w oczach Europy, gdzie obowiązek dokształcania się lekarzy obowiązuje powszechnie. O tegorocznym kontraktowaniu świadczeń w NFZ powiem odrębnie.

Natomiast do sukcesów zaliczyłbym, obok oczywiście działań związanych z odzyskaniem obiektu przy ul. Krupniczej 11a, poprawę relacji i wzrost opieki nad środowiskiem seniorów; objęcie patronatem młodzieży lekarskiej, m.in. jako jedyni udostępniamy łamy naszej gazety samorządowi studenckiemu, a także organizujemy uroczyste wręczanie praw wykonywania zawodu; wreszcie poprawiają się nasze relacje z sąsiadami, czego dowodem umowa o współpracy stomatologów Czech, Polski i Słowacji oraz nasz udział programowy w Forum Ekonomicznym w Krynicy. Warto też pochwalić nasz Rejestr, jako najlepszy w kraju w konkursie NRL, co jest zasługą naszych pracowników, zwłaszcza p. Dariusza Wójtowicza i p. Joanny Dejewskiej. O innych sprawach, zwłaszcza o współpracy samorządu z władzami regionalnymi, będę jeszcze mówił w drugiej części obrad”

Formalne sprawozdanie prezesa w imieniu ORL, podobnie jak Okręgowego Rzecznika, przewodniczącego Sądu i Skarbnika jest na stronie internetowej OIL (patrz – materiały sprawozdawcze).

\* \* \*

**Wystąpienia sprawozdawcze**   
**Okręgowego Rzecznika,**   
**przewodniczącego OSL**   
**i Skarbnika Izby**

Do materiałów przedstawionych Delegatom w wydaniu broszurowym nawiązała w swoim wystąpieniu dr Ewa Mikosza-Januszewicz, Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej. Liczba odwołań od stanowiska OROZ, które trafiają od OSL, jest znikoma. Natomiast utraciła na znaczeniu, w wyniku nowej legislacji, instytucja mediacji. Bardzo krzywdzące są dla rzeczników opinie o ich działalności, czerpiącej jakoby korzyści ze składek lekarzy. Rzecznicy pracują społecznie, poczynając od osoby samego Okręgowego Rzecznika – i należy im się podziękowanie za poświęcony na rzecz innych lekarzy czas pracy. Pani Doktor zwróciła też uwagę na niestosowność zachowań niektórych lekarzy, nawet Delegatów, którzy nie rejestrują swoich praktyk, co kompromituje środowisko.

Jeszcze krótsze było wystąpienie dr. Piotra Kowalskiego, przewodniczącego Okręgowego Sądu Lekarskiego. Ograniczył się on do podziękowania za właściwe wyposażenie biura Sądu i miejsca ewentualnych rozpraw (w ramach adaptacji odzyskanych pomieszczeń) oraz oświadczył lakonicznie, że na 125 rozpoznanych spraw, 95 „zamknięto”. I to rzeczywiście jest najlepszą rekomendacją działalności Sądu, m.in. jego b. pracowniczki mgr Magdaleny Gąsior.   
Kolejne sprawozdanie z „Wykonania Preliminarza za 2010 rok” przedłożyła dr Anna Maciąg, Skarbnik OIL. Znajduje się ono w „Materiałach Sprawozdawczych”, a my zacytujemy jedynie, że globalnie nadwyżka środków finansowych OIL na koniec okresu obrachunkowego wyniosła 749 578 zł, mimo poniesionych kosztów zakupionego za przeszło 0,5 mln zł lokalu dla przesiedlenia mieszkanki części frontowej obiektu przy ul. Krupniczej 11a.

Ocenę polityki finansowej OIL, z delegaturami, z uwzględnieniem wizytacji zespołów kontrolnych, oceną ściągalności składek, polityki płacowej zawiera zamieszczone poniżej w całości:

\* \* \*

**Sprawozdanie**   
**Okręgowej Komisji Rewizyjnej**  
**za okres**   
**od 7 marca 2010 do 2 kwietnia 2011 roku**

Okręgowa Komisja Rewizyjna pracowała w okresie sprawozdawczym w składzie: Jerzy Pasadyn (przewodniczący – Delegatura Nowy Sącz), Andrzej Mazaraki (wiceprzewodniczący – Kraków), Wojciech Tokarski (wiceprzewodniczący – Kraków), Dariusz Zarotyński (sekretarz – Kraków) oraz członkowie: Jerzy Bielec (Delegatura Przemyśl), Bogdan Dudkowski (Kraków), Marek Gładysz (Kraków), Krzysztof Herman (Kraków), Marian Kopciuch (Kraków), Grzegorz Pers (Delegatura Krosno).

23 marca 2011 roku na plenarnym posiedzeniu w Krakowie Okręgowa Komisja Rewizyjna – działając na podstawie Regulaminu OKR, uchwalonego na XXVII Okręgowym Zjeździe Lekarzy OIL w Krakowie – dokonała całościowej oceny działalności finansowej OIL w Krakowie oraz kontroli przeprowadzonych w Delegaturach. W zebraniu uczestniczyli zaproszeni goście: wiceprezes ORL ds. finansowych kol. Janusz Legutko; skarbnik OIL kol. Anna Maciąg i sekretarz ORL kol. Jacek Tętnowski.

Delegatura w Krośnie:

Kontrolę przeprowadziła Komisja w składzie: kol. kol. Jerzy Bielec i Bogdan Dudkowski, w obecności Pełnomocnika Delegatury kol. Antoniego Jakubowicza i pracownicy Biura p. Bożeny Domin.  
Ocena funkcjonowania Delegatury wypadła pozytywnie. Komisja zwróciła uwagę na konieczność pilnego wykonania wokół obiektu Delegatury prac melioracyjnych celem osuszenie fundamentów budynku. Komisja zaleciła też rozważenie wykonania prac związanych z ogrodzeniem siedziby Delegatury (ochrona przed dewastacją elewacji oraz zanieczyszczeniami terenu), a także utworzenie parkingu przy siedzibie Delegatury (protokół kontroli stanowi zał. nr.1).

Delegatura w Nowym Sączu:

Kontrolę przeprowadziła Komisja w składzie: kol. kol. Andrzej Mazaraki i Marek Gładysz, w obecności Pełnomocnika Delegatury kol. Ireny Gawrońskiej oraz pracowników Delegatury: p. Katarzyny Bienias i p. Kariny Piwowarskiej.   
Ocena pracy Delegatury wypadła bardzo pozytywnie. Należy podkreślić osobiste zaangażowanie w działalność Delegatury p. doktor Gawrońskiej, jak i jej pracowników, także poza godzinami urzędowania. Z ważniejszych prac wymienić trzeba wykonane we wrześniu 2010 roku przez Przedsiębiorstwo Usługowo-Handlowe MARKBUD prace budowlane, dokonane w ramach gwarancji wykonawczej (szpachlowanie pęknięć, zarysowań ścian i sufitów, malowanie pomieszczeń w całym obiekcie, wymiana wadliwych haków rynnowych, naprawa chodników z kostki brukowej wokół budynku).  
Zespół wizytujący sugeruje poprawę stanu zabezpieczenia obiektu przed kradzieżą i usprawnienie sposobu powiadamiania firmy ochroniarskiej (czy jest „dwutorowa”?). Uwagi te OKR adresuje zresztą do wszystkich Delegatur, zwracając uwagę na zgodność zabezpieczeń z zapisami wynikającymi z umów z ubezpieczycielami nieruchomości (protokół kontroli w zał. nr.2).

Delegatura w Przemyślu:

Kontrolę przeprowadziła Komisja w składzie: kol., kol. Wojciech Tokarski i Grzegorz Pers, w obecności Pełnomocnika Delegatury kol. Marka Zasadnego i pracowników: p. Danuty Wilczek i p. Edyty Opryszko.   
Stan pomieszczeń Delegatury wskazuje na znaczne zużycie obiektu i konieczność remontu. W realizacji planu finansowego Delegatury za rok 2010 nie dopatrzono się nieprawidłowości. Wydatki zamknęły się kwotą poniżej planowanej.   
W styczniu 2009 roku dokonano zakupu działki budowlanej w Przemyślu przy ul. Chrobrego, za kwotę 105 000 zł, z przeznaczeniem pod budowę siedziby Delegatury. W ślad za tym przeprowadzono prace projektowe, zakończone uzyskaniem pozwolenia na budowę. Dotychczasowe wydatki na ten cel wynoszą ponadto: 96 380 zł – projekt siedziby; 5 965 zł – ogrodzenie i oczyszczenie terenu budowy; 2 117 zł – przyłączenie instalacji energetycznej; 1 500 zł – dokumentacja geologiczno-inżynierska. Łączne wydatki osiągnęły kwotę 208 307 zł. W ocenie Komisji – relatywnie wysoką.  
Kontrolujący zapoznali się też z protokołem posiedzenia Prezydium ORL w Krakowie z dnia 12 stycznia 2011 r., podczas którego postanowiono wstrzymać inwestycję. Członkowie zespołu wizytującego wyrazili zaniepokojenie z tego powodu, zwracając uwagę na fakt, że pozwolenie na budowę posiada określony termin ważności. Nadto decyzja o wstrzymaniu inwestycji w Przemyślu powinna mieć formę odrębnej uchwały ORL, uwzględniającej perspektywiczne rozwiązanie problemu siedziby Delegatury w Przemyślu. Zdaniem OKR, wśród kilku możliwości do rozpatrzenia, powinno być m.in. opracowanie nowego projektu budowy lub zakup jakiejś nieruchomości na ten cel. Ewentualny nowy projekt powinien zawierać rozwiązania alternatywne, dotyczące funkcjonalności i rozmiarów obiektu oraz realne możliwości jego wykorzystania, tak by nowa siedziba Delegatury w przyszłości nie była dysproporcjonalnym obciążeniem finansowym Przemyśla i całej OIL.   
Zespół wizytujący postuluje skierowanie sprawy do ponownego rozpatrzenia przez Prezydium ORL oraz Okręgową Radę Lekarską. Zdaniem OKR celowym byłoby odbycie wyjazdowego posiedzenia Rady w Przemyślu, w celu ostatecznego rozstrzygnięcia sprawy siedziby Delegatury (protokół kontroli w zał. nr.3).

Siedziba OIL w Krakowie:

Kontrolę przeprowadziła Komisja w składzie: kol., kol.: Krzysztof Herman, Jerzy Pasadyn i Dariusz Zarotyński, w obecności wiceprezesa ORL kol. Janusza Legutko, sekretarza ORL Jacka Tętnowskiego oraz Gł. Księgowej OIL mgr Barbary Klec.  
Zespół zapoznał się z przedstawioną dokumentacją finansową, a to: 1) wykonaniem preliminarza na dzień 31 XII 2010 przez Okręgową Izbę Lekarską w Krakowie wraz z Delegaturami (zawartym w zał. nr 4); 2) wykonaniem preliminarza na dzień 31 XII 2010 w zakresie realizacji zadań przejętych od administracji państwowej; 3) wykonaniem preliminarza na dzień 31 XII 2010 przez Komisję Kształcenia ORL; 4) wykonaniem preliminarza na 31 XII 2010 w zakresie działalności gospodarczej OIL w Krakowie.

W dyskusji nad przedłożonymi dokumentami dokonano korekty dot. informacji o finansach Komisji ds. Uzdrowisk, wynikających z późniejszego niż pozostałe komisje terminu powołania tej Komisji uchwałą ORL w Krakowie Nr 31/ORL/VI/2010 z dnia 28 kwietnia 2010 roku.

Nadto Zespół Wizytujący pozytywnie ocenił wydatkowanie kwoty 11 825 zł na opłatę sądową, związaną z wystosowaniem pozwu przeciwko Ministerstwu Zdrowia o wypłatę zaległych należności z tytułu czynności przejętych od administracji państwowej. Jeśli starania Izby Lekarskiej przyniosą oczekiwane efekty kwota niezbędnej opłaty sądowej ulegnie zwrotowi.

Dokonano też oceny niektórych aspektów funkcjonowania siedziby OIL w Krakowie:

I tak powierzchnia biurowa zajmowanego obecnie przez OIL obiektu wynosi 1045,20 m2, Uległa ona znacznemu powiększeniu w roku 2010, po wyprowadzce MCZP i lokatorki mieszkania nr 1. Duże osobiste zaangażowanie w uzyskanie tytułu własności budynku przy ul. Krupniczej 11a, jak i zdobycia dodatkowego metrażu siedziby wykazał prezes OIL kol. Andrzej Matyja. OKR wyraża uznanie za upór i konsekwencję w tych działaniach uwieńczonych sukcesem.

W Krakowie na zasadzie zatrudnienia etatowego pracuje 28 osób, Delegatury zatrudniają 6 osób, razem OIL zatrudnia 34 osoby, natomiast 1 osoba (sekretarz ORL w Krakowie) pobiera wynagrodzenie ryczałtowe, które od dłuższego czasu nie było modyfikowane. Z analizy danych dotyczących liczby lekarzy-członków OIL w Krakowie wynika, że na 1 zatrudnionego pracownika przypada 427 lekarzy. Stanowi to średnią wielkość w porównaniu z danymi z innych OIL o zbliżonej wielkości (Śląsk, Wielkopolska). Z innych izb np. w Warszawie na 1 pracownika przypada 505 lekarzy, natomiast w Tarnowie 262 lekarzy.

Na wniosek przewodniczącego OKR (na przedzjazdowym posiedzeniu plenarnym OKR w dniu 23 marca 2011 roku) dokonano też – w oparciu o przygotowany przez księgowość dokument – analizy wynagrodzeń brutto i netto wszystkich pracowników OIL w Krakowie i delegaturach.

Średnia płaca miesięczna brutto w OIL w Krakowie (bez różnicowania na grupy pracownicze) wynosi 4 595 zł (w oparciu o dane z grudnia 2010). Dla porównania – średnia krajowa płaca miesięczna brutto (XII/2010) wynosiła 3847,91 zł (wg obwieszczenia Prezesa GUS z 19.01.2011 r.).   
– najniższa płaca miesięczna brutto w OIL: 2309 zł, tj. 1 697 netto  
– najwyższa płaca miesięczna brutto w OIL: 11 593 zł, tj. 7 760 netto

– średnia płaca miesięczna brutto w OIL: 4595 zł, tj. 3 320 zł netto.  
OKR stwierdza, że dalsza optymalizacja rozwiązań organizacyjnych Biura OIL w Krakowie zapewni kontynuację sprawnego funkcjonowania biura. Ważnym mechanizmem jest tu system wynagrodzeń. Zdaniem OKR należy dokonać przeglądu i aktualizacji regulaminu pracy, regulaminu wynagradzania, zakresów czynności dla wszystkich zatrudnionych w OIL w Krakowie pracowników. Zakresy czynności winny podlegać regulacjom w zależności od potrzeb OIL.

Podstawową zasadą funkcjonowania Biura OIL w Krakowie muszą być starania o efektywne załatwianie spraw lekarzy i lekarzy dentystów, będących członkami naszej Izby.

Obecnie w siedzibie OIL w Krakowie nie prowadzi się większych prac remontowych. Ostatnie dotyczyły części II piętra odzyskanego po MCZP, gdzie znalazł siedzibę Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej ze swoim biurem, Okręgowy Sąd Lekarski z kancelarią i salą rozpraw oraz redakcja „Galicyjskiej Gazety Lekarskiej”.

Zgodnie z uchwałą Okręgowej Rady Lekarskiej w Krakowie nr 49/ORL/VI/2010 z dnia 27 października 2010 roku – w związku z potrzebą przejęcia na własność dodatkowego pomieszczenia mieszczącego się na parterze przy ul. Krupniczej 11a, a zajmowanego przez prywatną lokatorkę – konieczne było nabycie dla niej mieszkania zastępczego, pozostającego własnością Izby. Zakupiony lokal znajduje się w Krakowie przy ul. Obopólnej 3/43 (pow. użytkowa 74,60 m2 + piwnica 3,30 m2).

Zgodnie z Aktem Notarialnym z dnia 27 X 2010 – sporządzonym w Kancelarii Notarialnej w Krakowie przy ul. Piłsudskiego 17 – stwierdzono: 1) zakup nieruchomości za kwotę 513 278 zł (w tym: 500 000 jako należność główna oraz 13 278 zł w formie opłat notarialnych, plus udział i wpisowe w Spółdzielni Mieszkaniowej „Piast”). Wydatki zostały sfinansowane z następujących środków:  
– likwidacja lokaty bankowej 216 746 zł,  
– umorzenia jednostek uczestnictwa Funduszu Inwest. „Uniwibid” 159 994 zł,  
– spłaty rat pożyczki udzielonej OIL w Warszawie 136 538 zł.

Ogólna ocena polityki finansowej OIL wynikająca z przeprowadzonych kontroli wypadła pozytywnie. Analiza wydatków potwierdziła ich zgodność z zaplanowanymi w preliminarzu budżetowym kwotami. Nie stwierdzono uchybień formalnych w zakresie prowadzonej gospodarki finansowej. Przychody były wyższe od spodziewanych, a koszty mniejsze od planowanych.

Wszystkie szczegółowe wartości liczbowe przeanalizowanych i skontrolowanych przez Komisję kwot preliminarza i realizacji budżetu zawarte są w materiałach zjazdowych. Szczegółowy protokół kontroli siedziby OIL w Krakowie zawiera załącznik nr.5.

OKR wyraża uznanie i podziękowanie za trudną, niekiedy bardzo pracochłonną działalność w zakresie finansów OIL dla wiceprezesa ORL kol. Janusza Legutko, niezawodnie obecnego członka Prezydium ORL na wszystkich zebraniach OKR. Komisja dziękuje też skarbnikowi OIL kol. Annie Maciąg za wzorowe przygotowanie dokumentów zjazdowych i przedłożenie ich Delegatom w przystępnej formie prezentacji. OKR dziękuje Głównej Księgowej OIL mgr Barbarze Klec za – jak zawsze – terminowe opracowanie przedłożonego Zjazdowi projektu Preliminarza oraz za rzeczowe odpowiedzi na pytania ze strony OKR. Komisja wyraża wreszcie podziękowanie wiceprezesowi ORL kol. Robertowi Stępniowi oraz wyznaczonym przez niego pracownikom za skuteczną, acz często niewdzięczną pracę przy egzekwowaniu płatności składek, tym bardziej że forma jak i treść wypowiadanych niekiedy uwag, i to przez młodych lekarzy, była na pograniczu dopuszczalnych i akceptowalnych społecznie zachowań. Trzeba zatem przypomnieć, że obowiązek uiszczania składek ma charakter ustawowy, konstytucyjny, a nie wynika z decyzji Zjazdu, Okręgowej Rady Lekarskiej czy jakichkolwiek innych organów samorządu.   
OKR wyraża na koniec podziękowanie sekretarzowi ORL kol. Jackowi Tętnowskiemu za jego zaangażowanie w działalność OIL w Krakowie, a zwłaszcza za akcję pomocy dla powodzian wiosną 2010 roku.

Osobiście dziękuję wszystkim kolegom lekarzom, członkom OKR, którzy brali czynny udział w pracach Komisji. Dziękuję p. Agnieszce Widle, zajmującej się w Biurze OIL sprawami Komisji Rewizyjnej – nasze zebrania i dokumentacja przygotowane były zawsze wzorowo. Bardzo dziękuję przewodniczącym poszczególnych Delegatur za współpracę i pomoc w realizacji statutowych zadań OKR. Dziękuję też przewodniczącemu Naczelnej Komisji Rewizyjnej kol. Jarosławowi Zawilińskiemu za udział w posiedzeniach OKR oraz organizację w maju 2010 roku szkolenia odbytego w Warszawie, pod kierunkiem Międzynarodowego Centrum Szkolenia i Doradztwa, na temat zasad kontroli finansów przeprowadzanych przez okręgowe komisje rewizyjne. Kopia uzyskanego wtedy certyfikatu znajduje się w dokumentacji OKR w Krakowie. Wreszcie dziękuję członkom ORL i jej Prezydium w Krakowie za możliwość uczestnictwa w spotkaniach tych gremiów i uważne wysłuchiwanie przekazywanych w imieniu OKR uwag i sugestii.

Okręgowa Komisja Rewizyjna po zapoznaniu się z przedłożonymi sprawozdaniami, wyjaśnieniami oraz informacjami uzupełniającymi postanowiła jednogłośnie:  
1) przyjąć i zatwierdzić sprawozdania zespołów wizytujących siedzibę OIL w Krakowie oraz Delegatury OIL w Krośnie, Nowym Sączu i Przemyślu (Uchwała nr 1/OKR/2011 – zał. nr 6),  
2) wnioskować do Okręgowego Zjazdu Lekarzy OIL w Krakowie o udzielenie absolutorium Okręgowej Radzie Lekarskiej w Krakowie za rok 2010 (Uchwała nr 2/OKR/2010 – zał. nr 7).

W ślad za powyższym Sprawozdaniem, Zjazd podjął jednogłośnie obie Uchwały. Tekst znajduje się w części końcowej niniejszej relacji zjazdowej.  
Natomiast załączniki z kontroli delegatur (1-3), wykonania Preliminarza na 2010 rok (4), z kontroli OIL w Krakowie (5) – znajdują się na stronie internetowej Izby w Krakowie, w ramach dokumentów zjazdowych;

\* \* \*

Następnie Zjazd przyjął zdecydowaną większością głosów (przy 3 wstrzymujących się) projekt zmian Uchwał Regulaminowych z uwzględnieniem tzw. funduszu rezerwowego i zasad wynagradzania, przedstawiony Delegatom multimedialnie (Uchwały 3 – 4 – 5 – 6).

W ostatnim punkcie obrad przed przerwą Zjazd rozpatrzył „Projekt preliminarza na 2011 rok” przedstawiony przez Skarbnika OIL dr Annę Maciąg. Istotnym elementem „Projektu”, poza zabezpieczeniem normalnych wydatków OIL (prowadzenie Rejestru, koszt utrzymania Biura OIL i Delegatur, zabezpieczenie działalności komisji problemowych, w tym komisji kształcenia oraz socjalno-bytowej, sfinansowanie urzędów okręgowego rzecznika i sądu, wydawanie „Galicyjskiej Gazety” itp.), było ustanowienie tzw. Funduszu Celowego w kwocie 5,5 mln zł z przeznaczeniem na modernizację siedziby OIL w Krakowie przy ul. Krupniczej 11a oraz rozwiązanie problemu siedziby Delegatury OIL w Przemyślu).

Projekt preliminarza przyjęto jednogłośnie (Uchwała nr 7 – patrz część końcowa relacji).

**Dyskusja programowa**  
**z udziałem przybyłych gości**

Część programową Zjazdu, otworzyło w samo południe, wystąpienie prezesa OIL dr hab. Andrzeja Matyji, a przybyli na nią m.in. posłowie i senatorowie: Barbara Bartuś, Zbigniew Jan Cichoń, Maciej Klima, Kazimierz Hajda (wszyscy PiS), Wojciech Kozak – wicemarszałek Woj. Małopolskiego, Kazimierz Barczyk – przewodniczący Sejmiku Woj. Małopolskiego, Małgorzata Radwan-Ballada – przew. Komisji Zdrowia Sejmiku Woj. Małopolskiego, radna tegoż Sejmiku p. Anita Orzeł-Nowak, z-ca dyrektora Departamentu Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego, Paweł Stańczyk – sekretarz Rady Miasta Krakowa, mec. Jan Kuklewicz – dziekan Okręgowej Rady Adwokackiej w Krakowie, mec. Bogusława Adamczyk – wicedziekan Okręgowej Izby Radców Prawnych w Krakowie, Jerzy Hennig – dyr. Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, dr Piotr Watoła – prezes Regionu Małopolskiego i czł. Zarządu Krajowego OZZL, wreszcie członkowie władz NIL: dr Jolanta Orłowska-Heitzman – Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej, dr Konstanty Radziwiłł i dr Mariusz Janikowski – wiceprezes i sekretarz Naczelnej Rady Lekarskiej oraz dr Jarosław Zawiliński – przewodniczący Głównej Komisji Rewizyjnej NIL.

„NFZ przestał być płatnikiem, stał się głównym instrumentem polityki zdrowotnej. Zamieszanie, którego byliśmy uczestnikami podczas tegorocznych procedur kontraktowych w Małopolsce – jest najlepszym tego dowodem – stwierdził A. Matyja. Doznaliśmy jako środowisko lekarskie porażki na tym tle, ale jest ona niczym wobec klęski konstytucyjnych organów władzy terytorialnej powołanych do kreowania polityki zdrowotnej, a więc Sejmiku Województwa Małopolskiego, Rady Miasta Krakowa czy konsultantów regionalnych powołanych przez Urząd Wojewody Małopolskiego”.

Prezes zwrócił następnie uwagę na wciąż niedostateczne nakłady finansowe państwa na zdrowie. „Przecież przeniesienie szpitali do samorządów terytorialnych, to nie wzrost nakładów, a wzrost zagrożeń, przed którymi staną dyrekcje szpitali i pacjenci. Skomercjalizowane szpitale będą likwidować deficytowe usługi, wydłużą się kolejki do specjalistów, wreszcie same samorządy będą bankrutować pod ciężarem szpitalnych długów, nie udźwigną bowiem ciężaru ochrony zdrowia”.

Drugi wielki, a bolesny dla środowiska problem, to kształcenie podyplomowe, które w Polsce, w odróżnieniu od innych krajów europejskich, wciąż pozostaje w rękach administracji resortowej. W ślad za tym idą rozmaite manipulacje i kryptoreformy. Oto likwiduje się staże, skracając studia o dwa lata, bez zabezpieczenia praktyki klinicznej, bo same szpitale uniwersyteckie tego nie udźwigną. Oto znosi się LEP i LDEP, jedyny realny system porównania poziomu uczelni medycznych i obiektywnej kwalifikacji na specjalizacje. Dalej, wprowadza się tzw. certyfikaty umiejętności, które będą sztucznym zastępstwem uzyskiwania specjalizacji. Nie ma też co ukrywać, że jako środowisko ponieśliśmy klęskę na własne życzenie, zaledwie 30% lekarzy złożyło dokumentację potwierdzającą uzyskanie tzw. punktów edukacyjnych. Czyżbyśmy nie rozumieli, że kształcenie ustawiczne jest nierozłączną cechą naszego zawodu. Czy musimy czekać na sankcje, by rzecz traktować poważnie?”

Nie będzie dobrych reform ochrony zdrowia bez udziału środowiska lekarskiego – skończył swoje wystąpienie prezes – apelując do obecnych posłów i senatorów, by zechcieli wreszcie przyjąć tę prawdę do wiadomości.  
Akcentem sympatycznie uzupełniającym to wystąpienie była zapowiedź wręczenia Honorowej Odznaki Izby Stanisławowi Kracikowi, Wojewodzie Małopolskiemu za pomoc w przejęciu przez samorząd na własność obiektu przy ul. Krupniczej oraz za systematyczne wspieranie go w rozmaitych przedsięwzięciach. Odznakę otrzymał też Paweł Stańczyk, sekretarz Rady Miasta Krakowa, od lat popierający czynnie rozmaite inicjatywy prozdrowotne środowiska lekarskiego.

Szersze rozwinięcie i wprowadzenie do dyskusji merytorycznej stanowiły następnie dwa obszerne wystąpienia, o charakterze poniekąd referatów, wygłoszone przez wiceprezesów ORL dr. Jerzego Friedigera i dr. Roberta Stępnia. Pierwszy z nich przedstawił interesującą analizę procesu pogłębiającego deficyt specjalistów w Polsce, a drugi patologię procesu kontraktacji świadczeń medycznych przez MOW NFZ.

Drukujemy je, zachęcając do lektury, w tym wydaniu na dalszych stronach, na prawach samodzielnych publikacji, taki bowiem miały charakter.

\* \* \*

**Przyczyny deficytu specjalistów   
w Polsce  
Wystąpienie dr n. med. Jerzego Friedigera**

Muszę powiedzieć na wstępie, że cały pakiet ustaw zdrowotnych jest zły, a w każdym razie zły będzie jego rezultat. Nie jestem prawnikiem, w związku z czym nie będę się wdawał w spekulacje prawne. Natomiast chciałbym zwrócić Państwa uwagę na te aspekty proponowanych ustaw zdrowotnych, które będą miały bezpośredni wpływ na wykonywanie przez nas zawodu lekarza, na naszą pracę i wreszcie na zachowania pacjentów. Pewne ich skutki, są do przewidzenia i muszą za sobą pociągnąć regulacje prawne.

Zacznijmy od pytania: co uznajemy za wykonywanie zawodu lekarza? Otóż według ostatnich regulacji, za wykonywanie tego zawodu uważamy także kierowanie zakładem opieki zdrowotnej (!), co nie przeszkadza resortowi w lansowaniu tezy, że zakładem opieki zdrowotnej nie powinien w zasadzie kierować lekarz. Czy możemy zatem uważać, że inżynier, któremu powierzono dyrekcję szpitala, wykonuje zawód lekarza? To może przesada, ale zważcie Państwo, że z poprzednich uregulowań prawnych znika zasada zabezpieczająca przed powrotem do zawodu lekarzy, którzy od kilku czy kilkunastu lat nim się nie zajmowali. Jeśli więc ktoś trafił na kierowniczy stołek w administracji ochrony zdrowia, był np. dyrektorem, urzędnikiem, politykiem, to mimo całkowitej przerwy w wykonywaniu zawodu, może do niego wracać natychmiast, bez żadnych warunków (w poprzedniej ustawie, w wypadku przerwy przekraczającej 5 lat i więcej, obowiązywała określona procedura ponownej praktyki w określonych dyscyplinach, sięgającej okresu 2 lat). Tak więc leczyć może np. urzędnik NFZ, który nigdy z wykonywaniem zawodu lekarza nie miał nic wspólnego.

Teraz zapoznajcie się Państwo z tabelą obrazującą przyjęcia na studia medyczne w latach 1987 – 2004 (tabela nr 1). Oto okazuje się, że w ciągu 17 lat ponad dwukrotnie zmalała ilość kandydatów przyjmowanych na studia medyczne. Potem się to mniej więcej ustabilizowało. W 2009 roku przyjęto 2770 osób na studia stacjonarne i 751 osób na niestacjonarne. Może ja się mylę, ale choćbyśmy nie wiem co robili, tłukli głową w mur przez pięć lat i wydali dziesięć ustaw, to i tak studiów medycznych nie będzie kończyło więcej osób, niż je zaczęło. Cały więc pomysł skrócenia toku studiów medycznych, w najlepszym razie zaowocuje faktem, że w 2017 roku zbiegną się dwa roczniki absolwentów. Jednorazowo. Czy przyznamy im miejsca specjalizacyjne, czy znajdziemy dla nich miejsca pracy? – to są późniejsze pytania.   
Natomiast praktycznie studia medyczne zostaną skrócone o dwa lata – znosimy bowiem staż podyplomowy i znosimy szósty rok studiów, który przestaje być rokiem studiów, a staje się rokiem praktycznej nauki zawodu. Tylko, co to będzie za „praktyczna nauka”, skoro nie ma w Polsce szpitala uniwersyteckiego, który byłby w stanie zorganizować takie zajęcia całemu rocznikowi kończącemu studia na uczelni. Można wprawdzie wykorzystać inne szpitale, które mają odpowiednią akredytację, tylko proszę mi znaleźć szpital, który taką umowę podpisze, dopuszczając do pacjenta ludzi, którzy nie mają dyplomu. Nikt czegoś podobnego nie zaryzykuje, lękając się m.in. roszczeń odszkodowawczych pacjentów. Rodzi się też pytanie, kiedy lekarze zatrudnieni w tym szpitalu znajdą czas, żeby uczyć studentów podstawowych zasad wykonywania zawodu.

I dlatego twierdzę, że istniejący w tej chwili deficyt lekarzy w ogóle i lekarzy specjalistów w szczególności spowodowany jest przede wszystkim złą organizacją systemu kształcenia i niekompetencją ludzi odpowiedzialnych za ich kształcenie. Dopiero w następnej kolejności pojawiają się inne przyczyny. Nie da się skrócić studiów bez dokonania głębokich zmian programowych. I nie ma możliwości wprowadzenia tych zmian w ciągu jednego roku. Dlatego nie widzę sensu w tym, co się wprowadza.

Tymczasem lekarzy nie przybywa, wręcz odwrotnie, jak Państwo widzieliście z tych wykresów, z dużym trudem jesteśmy w stanie pokryć naturalne ubytki. W Izbie krakowskiej, wśród 416 lekarzy, którzy zmarli od stycznia 2007 roku do sierpnia 2009 roku, 25% nie osiągnęło wieku emerytalnego. Nie mam aktualnych danych, nie sprawdzałem, ale nie sądzę, aby ten stosunek się zmienił. Gdybyśmy dzisiaj zwiększyli nabór na uczelnie medyczne, to skutki tego odczujemy najwcześniej za sześć lat. Natomiast specjalistów nam przybędzie dopiero za lat 10 do 12. Tyle że warunkiem nie jest skrócenie studiów medycznych, tylko wzrost naboru na uczelnie medyczne.

Co nam niesie zatem nowa ustawa o zawodzie lekarza? Skutki skrócenia czasu kształcenia o dwa lata już przedstawiliśmy. Dodajmy – na co zwracamy uwagę od lat – że mamy w Polsce ogromną liczbę specjalizacji, może największą w Europie. Jeżeli zatem tych 2800 absolwentów, którzy opuszczają akademie medyczne rocznie, rozsypiemy po tak licznych specjalizacjach, to nie ma możliwości, byśmy mogli istniejące ubytki wyrównać. Należałoby zatem pomyśleć o zmniejszeniu ilości specjalizacji, ale tendencje w środowiskach akademickich są raczej odwrotne.

Wprowadzana reforma zakłada także skrócenie czasu uzyskiwania specjalizacji szczegółowych. Ma to umożliwić tak zwany system modułowy, poprzedzający kształcenie w specjalizacjach szczegółowych. Jestem odosobniony w tym poglądzie, ale nie uważam tego systemu za dobry. Przede wszystkim, wobec postępującego procesu wąskiego profilowania oddziałów szpitalnych, nie będzie gdzie odbyć stażu z zakresu modułów podstawowych. Przykładem niech będą oddziały chorób wewnętrznych, których ilość zmniejszyła się w Polsce – według Konsultanta Krajowego w latach ……….. z 1100 do 677. Pozostałe zostały sprofilowane i nie sądzę, by można się w nich było uczyć. Tymczasem nie widać żadnych ułatwień dla podtrzymania bytu specjalizacji podstawowych, ilość miejsc specjalizacyjnych utrzymuje się na niezmienionym poziomie.

Ja nie mam żadnych wątpliwości, że koledzy, którzy rozpoczną studia w 2017 roku według nowego systemu będą gorzej przygotowani do zawodu, niż koledzy, którzy w tej chwili są na studiach i odbędą staż podyplomowy. Nie mam także wątpliwości, że koledzy, którzy będą odbywali skrócone specjalizacje szczegółowe, będą gorzej przygotowani do zawodu, niż odbywający je dzisiaj. Jako społeczeństwo, nie zyskamy na tym nic. Stąd też uważam, że ten projekt ustawy stwarza jedynie pozory poprawiania sytuacji w zakresie opieki zdrowotnej.

Co więcej, powiem Państwu – będzie to ukłon w stronę młodych lekarzy, którzy mogliby szybciej wejść w życie zawodowe – że w ankiecie rozpisanej przez Komisję Młodych Lekarzy naszej Izby wśród rówieśników, prawie 80% ankietowanych odpowiedziało się za utrzymaniem stażu. Wygląda na to, że Ministerstwo wie lepiej, czego potrzebujemy. Nie mogę się oprzeć wrażeniu, że ambicje i poglądy kilku osób są w stanie przewrócić i zniszczyć system opieki zdrowotnej w kraju.

Ustawa wprowadza ponadto tzw. certyfikaty umiejętności. Rzecz w założeniu słuszną, bo nie musi mieć specjalizacji ktoś, kto się nauczył wykonywać jakieś określone czynności, np. nie musi mieć specjalizacji ktoś, kto dobrze wykonuje badanie USG, gastroskopię, czy kolonoskopię. Ale ustawa wprowadza także zapis, że „lekarz posiadający tytuł specjalisty w określonej dziedzinie medycyny może uzyskać świadectwo umiejętności obejmujące tę specjalizację…”. Wychodzi więc na to, że faktycznie ograniczamy kompetencje zawodowe lekarzy specjalistów.

I nie łudźcie się Państwo, że to omyłka. To przełożenie na język praktyki aktualnych tendencji Narodowego Funduszu Zdrowia i Ministerstwa Zdrowia dążących ewidentnie do zmniejszenia ilości świadczeń, które są bezpłatne. Cytowany zapis będzie wykorzystywany do ograniczenia lekarzom specjalistom, nie posiadającym certyfikatów, możliwości wykonywania określonych czynności zawodowych. Np. zapis o potrzebie posiadania certyfikatu w zakresie chirurgii jelita grubego będzie oznaczał, że chirurg zostanie pozbawiony prawa wykonywania operacji w zakresie jelita grubego, chociaż robi to od trzydziestu lat.   
Takich dodatkowych umiejętności ma być 111, przy czym ich uznawaniu ma podobno towarzyszyć skomplikowany system ich wprowadzania. Uderzmy się jednak w piersi, bo te certyfikaty dodatkowych umiejętności, są wymyślone przez naszych starszych kolegów, którzy się w czymś „wąskim” wyspecjalizowali i teraz dążą do zapewnienia sobie monopolu, do utrudnienia pozostałym lekarzom możliwosci wykonywania tych czynności. I to jest przykre. Na szczęście, to nie oni podejmują decyzje. Na nieszczęście, ten ktoś podjął decyzję po ich myśli. Zawsze, w każdym środowisku znajdą się ludzie, którzy grabią pod siebie i skorzystają w tym celu z każdej możliwości.

Proszę Państwa, ustawa o działalności leczniczej, liczy sobie 130 stron. Więc nie będę się odnosił do szczegółów, zresztą nie czuję się na siłach. Wspomnę o jednym detalu. Otóż wprowadza ona założenie, że zadłużenie, które mają szpitale, powinno być pokryte, w tym samym roku, przez jednostki samorządu terytorialnego. Chyba, że nastąpi wcześniejsze przekształcenie ich w spółki. Ja się pytam, który z samorządów powiatowych będzie w stanie pokryć, w tym samym roku, straty szpitala powiatowego tym bardziej, że budżet niektórych szpitali, przewyższa budżet powiatu.

Natomiast przekształcenie szpitali w spółki komercyjne powinno doprowadzić do tego, że szpital zacznie się bilansować, a w zasadzie powinien przynosić zyski. Jeżeli nie będzie przynosił zysku, to znaczy, że zarząd spółki należałoby rozwiązać. Ponieważ nie ma możliwości, by te szpitale się bilansowały, pojawiają się dwa sposoby zmniejszenia zadłużenia. Albo musi nastąpić zwiększenie przychodów, albo ograniczenie wydatków.   
Zwiększenie przychodów zdaniem entuzjastów powinno nastąpić wkrótce, bo szpital niepubliczny będzie mógł przyjmować chorych za pieniądze. Tylko że tych chorych, chętnych do leczenia się za pieniądze, wcale nie ma tak wielu. Trzeba więc będzie ograniczyć przyjmowanie chorych, których leczenie sporo kosztuje. Już dzisiaj widzimy w wielu szpitalach to zjawisko; chorzy, którzy są naprawdę chorzy, mają trudności z dostaniem się do szpitala. Co gorsza, wykonawcami takiej polityki będzie się usiłowało zrobić nas, lekarzy.

Muszę powiedzieć, że jestem w tym względzie pełen złych myśli. Każdy system normalnie funkcjonujący powinien składać się z trzech elementów: składnik, który rzecz organizuje; składnik, który pracuje; wreszcie składnik, który za daną rzecz, usługę płaci. Kto pracuje w naszym systemie ochrony zdrowia, wiadomo: lekarze, pielęgniarki i cały personel medyczny. Kto za to płaci? – Fundusz Zdrowia. Ale kto to wszystko organizuje? – naprawdę, nie wiadomo. Nie ma w Polsce organizatora usług medycznych. Jest jedna wielka partyzantka, każdy robi, co chce i jak chce. I to się musi skończyć totalnym chaosem.   
Nowelizacja ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta wprowadza komisje powoływane przez Wojewodę, które mają orzekać o tak zwanym „zdarzeniu medycznym”. Jest ono definiowane, jako zakażenie pacjenta biologicznym czynnikiem chorobotwórczym lub uszkodzenie ciała będące następstwem postępowania niezgodnego z wiedzą medyczną (błędna diagnoza, zastosowanie niewłaściwego produktu leczniczego). Tylko zobaczmy, kto o tym ma decydować. W skład Komisji wchodzi 16 członków, w tym połowa posiadających zawód medyczny, i druga część z tytułem co najmniej magistra w zakresie nauk prawnych.

Gratuluję, proszę Państwa, pomysłu i wyboru takiego składu komisji, która będzie w stanie rozstrzygnąć czy leczenie było właściwe, czy nie. I ma na to trzy miesiące czasu. Z dalszych przepisów wynika, że w skład komisji nie mogą wchodzić lekarze zatrudnieni w szpitalach, bo mogliby nie być bezstronni. Podczas tych trzech miesięcy komisja ma się zapoznać z dokumentacją pacjenta, ma przesłuchać świadków i zasięgnąć opinii biegłych. Zadanie jest po prostu niewykonalne. Wystarczy zapytać naszych Rzeczników, bądź paru prokuratorów, ile trwa oczekiwanie na opinię biegłego. A to, że przekazuje się władzę sądowniczą w ręce administracji państwowej; że komisja jest jednoinstancyjna i właściwie nie przysługuje odwołanie od jej decyzji do sądu powszechnego – to mieliśmy okazję poznać na przykładzie komisji majątkowej. Mam nadzieję, że ustawę zaskarży do Trybunału Konstytucyjnego ktoś z ubezpieczycieli lub Naczelna Izba Lekarska.

No i wreszcie, ustawa zwana refundacyjną, która mówi, że lekarz zawiera umowę z Funduszem na wystawianie recept na refundowane leki. Umowa określa w szczególności formalne wymogi stawiane osobie uprawnionej do korzystania z leków refundowanych przez Fundusz; wskazuje miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych na terenie właściwego oddziału Funduszu; ustanawia kary umowne; określa warunki zawarcia umowy bądź jej rozwiązania. Teoretycznie mamy prawo wykonywania zawodu na terenie całego kraju. Każdy z nas. Ale trzeba się będzie przygotować do podpisania szesnastu umów, na każde województwo.

Osoba uprawniona, to znaczy my, jest zobowiązania do zwrotu kosztów zapisanego w recepcie leku nieuzasadnionego względami medycznymi, z odsetkami ustawowymi liczonymi od dnia dokonania refundacji. Uwaga: nie od dnia powstania nieprawidłowości, lecz od dnia dokonania refundacji. Kto ma decydować o tym, czy recepta jest uzasadniona udokumentowanymi względami medycznymi, nie bardzo wiadomo. Powiem nieskromnie: jeżeli oddział Funduszu dysponuje organem kontrolnym o wyższych kwalifikacjach niż ja, to bardzo proszę. Niech takie orzeczenie wydaje. Natomiast jeżeli nie dysponuje, to nie ma prawa czegoś podobnego pisać.

Wypisanie recepty niezgodnie z uprawnieniami świadczeniobiorców może być wdrożone w życie. Zapewniam Państwa, że od dnia wejścia w życie tej ustawy żaden pacjent – jeżeli nie pokaże w gabinecie lekarskim aktualnego dowodu ubezpieczenia – nie dostanie ode mnie recepty. Jeżeli mam zapłacić karę umowną i cenę leku bez refundacji za wystawienie recepty – to ja już rejestratorce wypisania jej nie powierzę. Mnie na to nie stać. Jedno jest dobre, że znikną recepty, tak zwane grzecznościowe, które wystawialiśmy. Koniec. Przyjaciele, znajomi, bez wyjątku będą się musieli ustawić w kolejce do lekarza rodzinnego.   
O ustawie o prawach pacjenta wszyscy bez wyjątku wypowiadają się negatywnie. Gremia prawnicze, działacze samorządu, nawet doradcy Ministerstwa Zdrowia i eksperci sejmowi. No i co z tego. Wszyscy mogą krytykować, ale my i tak wiemy lepiej. Uchwalamy i koniec. Mamy większość w Sejmie, większość w Senacie, więc wejdzie.

Podobnie ustawa o systemie informacji w ochronie zdrowia wygląda na bubel, mówią o tym wspomniane gremia, zastrzeżenia ma Główny Inspektor od Ochrony Danych Osobowych, ale On też ma niewiele do powiedzenia. Dziękuję Państwu za uwagę.

\* \* \*

**Patologia kontaraktacji**   
**świadczeń w Małopolsce**  
**Wystąpienie lek. stom. Roberta Stępnia**

Proszę Państwa, na temat kontraktowania świadczeń zdrowotnych powiedziano wiele w całej Polsce, a więc w Małopolsce, na Podkarpaciu, w Lubelskim, a na Śląsku szczególnie. W momencie, kiedy proszono mnie o przygotowanie takiego podsumowania, stwierdziłem, że będę musiał odejść od dotychczasowych prezentacji, czyli od wykresów wskazujących na różnice, czy niedostatki bowiem – jak usłyszałem na sesji w Radzie Miasta Krakowa – poglądy prezentowane przeze mnie w imieniu Okręgowej Izby Lekarskiej w Krakowie są subiektywne i nie mają odzwierciedlenia w rzeczywistości. W tej sytuacji doszedłem do wniosku, że prezentację powinienem przygotować w oparciu o opinie na temat kontraktowania ze strony pacjentów. Bo w końcu my jesteśmy tylko wykonawcą, pośrednikiem tych świadczeń, a ich odbiorcą jest pacjent. I to dla niego przygotowany został cały pakiet rozporządzeń Prezesa NFZ oraz ich realizacja w ramach Oddziału.

Stąd, jeżeli Państwo pozwolicie, ta prezentacja będzie może troszeczkę nietypowa. W końcu nam się wydaje, że mówimy o faktach, a druga strona, czyli NFZ, twierdzi, że to mity. Popatrzmy więc na problem w 2011 roku na terenie naszego Oddziału NFZ od strony pacjentów, w których imieniu występowali dziennikarze, reagując na zarzuty dotyczące sposobu kontraktowania i wynikających stąd konsekwencji.

Proszę Państwa, ze 132 publikacji, do których każdy obywatel miał dostęp, wybraliśmy tylko kilkanaście obrazujących to, z czym mieliśmy do czynienia. Tytuły są tutaj przedstawione, możemy każdy z nich rozwinąć i skomentować. Ale wystarczą same tytuły, byśmy wyrobili sobie obraz sytuacji, jaka w wyniku tego kontraktowania miała miejsce. Okręgowa Izba Lekarska w Krakowie od przełomu grudnia i stycznia do końca lutego zasypywana była interwencjami nie tylko lekarzy, czy pracowników środowiska medycznego, ale też pacjentów. Pacjentów przerażonych, przestraszonych, a przede wszystkim zdezorientowanych całą sytuacją, szukających pomocy w OIL. Dlaczego?

Dlatego, że dzwoniąc na infolinię NFZ często uzyskiwali informację, że to Okręgowa Izba Lekarska w Krakowie jest najlepiej zorientowana. Byliśmy tym raczej zdziwieni, później w infolinii zmieniono komunikat. Okazało się, że pracownicy Narodowego Funduszu Zdrowia nie zdawali sobie sprawy z faktu, że od blisko miesiąca linia nie działa. Natomiast w Narodowym Funduszu Zdrowia można się było dowiedzieć, że to my nie chcemy dopuścić nowych świadczeniodawców do udzielania świadczeń, że żądamy zawyżonych cen procedur, że nie dbamy o dobro pacjenta, bo chcemy tylko i wyłącznie stworzyć sobie status podmiotu, z którym należy i musi się zawrzeć umowę.

Mamy artykuły, czy opisy sytuacji, świadczące o tym, że konkurs świadczeniodawców, od strony formalnej był błędnie przygotowany, a od strony wykonawczej stanowił totalną klapę organizacyjną. Efektem tego kontraktowania było zjawisko niespotykane od 1999 roku, czyli od chwili rozruchu kas chorych. W jednym tylko Oddziale Narodowego Funduszu Zdrowia wpłynęło ponad 1200 odwołań! Bałagan sięgnął zenitu.

W odpowiedzi na tak stawiane zarzuty Narodowy Fundusz Zdrowia podczas długotrwałych, dwugodzinnych prezentacji próbował dowodzić, że wszystko jest w jak najlepszym porządku. Szczycono się wręcz tym, że kontraktuje się coraz więcej, u coraz większej ilości podmiotów. Tyle że potem zaczynały się problemy, które teksty artykułów obnażały wyraziście. Takim widocznym przykładem wskazującym, co się dzieje, był fakt likwidacji dentystycznych gabinetów w szkołach. A te gabinety pełniły rolę podstawową w leczeniu – funkcję profilaktyki, a więc najtańszego i najlepszego sposobu zapobiegania próchnicy. Dzięki staraniom samorządu terytorialnego, dzięki wysiłkowi szkół i niektórych podmiotów powstało w Krakowie 66 szkolnych gabinetów stomatologicznych, w tym niektóre w szkołach integracyjnych i specjalnych dla dzieci i młodzieży. W ich uruchomienie duży wkład wnieśli rodzice. I nagle się okazało, że nie można zakontraktować świadczeń w szkolnych gabinetach stomatologicznych. A dlaczegoż nie można? Bo wymagano, by gabinety w szkołach funkcjonowały m.in. do godziny 18.00, a są dni, gdy szkoły są czynne do 15.00; bo wymagano by funkcjonowały w soboty, kiedy w ogóle szkoły są zamknięte. I nikt nie chciał słuchać, że są to czyste absurdy. I tak jednym pociągnięciem zlikwidowano opiekę stomatologiczną w szkołach.

A później powiedziano i do dzisiaj się tak twierdzi, że przecież zakupiliśmy te świadczenia w innych gabinetach. W gabinetach dla dorosłych, w gabinetach, które z leczeniem dzieci do tej pory najczęściej nie miały nic wspólnego. A lekarzom wyspecjalizowanym w opiece nad dziećmi zalecono spokojny odpoczynek. Bo przecież latami już się napracowali.

Telefony do Okręgowej Izby Lekarskiej, do naszej telewizji w Krakowie, do Radia „Kraków”, do redakcji gazet, wynikały z stąd, że z dnia na dzień zniknęły z planu miasta placówki służby zdrowia, które leczyły pacjentów „od zawsze”. Placówki, które w dzielnicach wyremontowano, wyposażono, w których była zagwarantowana dostępność prawie do wszystkich świadczeń. Nagle okazało się, że pacjent musi jechać z jednego końca Krakowa, na drugi koniec. To jeszcze pół biedy, bo okazywało się także że ma jechać z jednego powiatu do drugiego powiatu, bywa 60 czy 70 km, jak do słynnego Tuchowa. Zwracaliśmy na te nonsensy uwagę, prosiliśmy żeby małopolska dyrekcja Narodowego Funduszu Zdrowia siadła do rozmów z Okręgową Izbą Lekarską; żeby doszło do spotkania, podczas którego moglibyśmy skorygować problemy związane z geograficzną dostępnością kontraktowanych świadczeń. Od września ubiegłego roku do dnia dzisiejszego (a mamy już 2 kwiecień – mowa o dacie odbywania Okręgowego Zjazdu – dop. red.), do takiego spotkania nie doszło, mimo licznych deklaracji NFZ, praktycznie w każdym wystąpieniu jego przedstawicieli na forach publicznych, na posiedzeniu Sejmiku Województwa Małopolskiego, czy Rady Miasta Krakowa. Podobne deklaracje dotyczyły pytań składanych przez Urząd Pana Wojewody.

Do tego rodzaju spotkań nie doszło, natomiast w trakcie kontraktowania okazało się, że umowy podpisuje się z podmiotami nie istniejącymi, będącymi w trakcie budowy, przebudowy lub remontu, bądź wreszcie z nie posiadającymi odpowiedniej kadry medycznej. Sygnowaliśmy te zjawiska już na początku kontraktowania, ale zarzucono nam wówczas, że próbujemy zahamować rozwój placówek, możliwość świadczenia usług przez nowe podmioty. Zarzucano nam nawet jakieś partykularne, prywatne interesy. Jako Okręgowa Izba Lekarska, jako Związek Lekarzy Dentystów oraz Polskie Stowarzyszenie Lekarzy Stomatologów wysłaliśmy 32 pisma interwencyjne, otrzymując odpowiedzi tylko na dwa. Niewiele lepiej było w urzędach centralnych, te same pisma wysłaliśmy do Rzecznika Praw Dziecka, Rzecznika Praw Pacjenta, do Ministerstwa Zdrowia – wpłynęły cztery odpowiedzi. Przedstawialiśmy fakty zwolnień personelu i likwidacji pewnych placówek, pokazaliśmy jak trudno będzie odbudować dostęp do świadczeń w niektórych miejscach, gdy zatrudnieni specjaliści odejdą.   
Powiedziano nam, że to nie jest problem Funduszu. Obowiązkiem Funduszu jest wykupienie odpowiedniej ilości świadczeń za możliwie jak najniższe pieniądze. I na tym ma polegać organizacja świadczeń medycznych. Proszę Państwa, w trakcie konkursu dochodziło do sytuacji rodem z czarnego humoru. Oto wartość specjalisty zatrudnionego w szpitalu, czy innej jednostce wyliczano na dziesięć punktów, natomiast prostą przystawkę techniczną pożądaną wg prezesa NFZ w jednostce na 35 punktów. Przeanalizowaliśmy taką politykę na przykładzie dwudziestu podmiotów realizujących świadczenia. Tylko w jednym wypadku wymóg takiego urządzenia był wskazany, ale punktację zastosowano w dwudziestu podmiotach, dyskwalifikując dziewiętnaście, odmawiając im podpisania umowy. A wszystkie te dziewiętnaście świadczyły do tej pory usługi z powodzeniem, bez żadnej skargi. Proszę Państwa kontraktowanie świadczeń w tym stylu dotyczyło nie tylko ludzi zdrowych. Objęło też dzieci niepełnosprawne, dorosłe osoby niepełnosprawne, szereg podmiotów wyspecjalizowanych do niesienia im pomocy pozostało bez umów do dnia dzisiejszego. Doprawdy nie wiadomo, kto wymaga terapii? – pacjent czy NFZ dla siebie.

Na temat kontraktowania i tego co się wydarzyło można by mówić długo. Można by podawać przykład za przykładem, niektóre tak kuriozalne, że wymagające działań prokuratury lub innych organów ścigania. Okręgowa Rada Lekarska w Krakowie w związku z tym stoi na stanowisku, że kontraktacja świadczeń medycznych na 2011 rok przeprowadzona przez Małopolski Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia została dokonana arbitralnie, autokratycznie i bezmyślnie. W rezultacie przyczyniła się do destrukcji systemu ochrony zdrowia tak w mieście jak w regionie, naruszając bezpieczeństwo zdrowotne tysięcy pacjentów poprzez przerwanie ciągłości i dostępności leczenia. Wprowadziła także destabilizację organizacyjną i finansową placówek ochrony zdrowia o znaczącej pozycji i randze, wszczynając proces nieuchronnego bankructwa wielu cenionych i dobrze funkcjonujących placówek medycznych.

To o czym wcześniej wspominał prezes, pan doktor Matyja, potwierdzamy w całej rozciągłości. Doszło do porażki całego środowiska medycznego, w tym naszego samorządu. Zostaliśmy zmarginalizowani i pozostaje tylko czekać, aż urzędnicy NFZ przystąpią do leczenia pacjentów. Szczególnie w tych miejscach, gdzie ta opieka została zlikwidowana, lub mocno ograniczona. Porażka naszego środowiska jest niczym wobec klęski jaką ponieśli: Sejmik Województwa Małopolskiego z Marszałkiem Województwa, Rada Miasta Krakowa wraz z Prezydentem, konsultanci Wojewody Małopolskiego, a więc organy powołane do kreowania polityki zdrowotnej i odpowiedzialne za zabezpieczenie zdrowotne mieszkańców województwa małopolskiego, gdyż wszystkie ich uchwały zostały zlekceważone przez MOW NFZ. Decyzje niewielkiego urzędu administracji państwowej postawiły do facto w stan kryzysu konstytucyjne organy władzy.   
Podsumowując. Czy taki stan rzeczy może być akceptowany przez społeczeństwo? Co na to politycy reprezentujący Małopolskę i Podkarpacie? W ogóle, jak wyglądało zaangażowanie przedstawicieli naszych władz w poprawę zaistniałej sytuacji? Notabene niemal wszystkie te problemy jak przez kalkę powielały się w województwie podkarpackim.

Niestety, pozostawiamy te pytania bez odpowiedzi. Podobnie jak kolejne: Kto i kiedy odpowie za wprowadzony bałagan? Wreszcie, która jednostka ochrony zdrowia w oparciu o doświadczenia z kontraktowania na rok 2011, nie wiedząc co ją może czekać za rok lub dwa, zdecyduje się na przekształcenia w myśl całego pakietu przygotowywanych przez rząd ustaw zdrowotnych?

Jeżeli szpital, będzie musiał zostać przekształcony, to który samorząd się na to zdecyduje, jeśli będzie musiał uregulować wszystkie jego długi? I co będzie, kiedy nie zgodzi się na dyktat Narodowego Funduszu Zdrowia i nie podpisze umowy? Projekt przewiduje, że wszystkie te jednostki – obojętnie co Fundusz by im nie zaproponował, stosując tzw. ceny oczekiwane – muszą przyjąć kontrakt z dobrodziejstwem inwentarza, bo w przeciwnym razie zostaną zlikwidowane. Tymczasem doszło do sytuacji kuriozalnej, w której Narodowy Fundusz Zdrowia przedstawił ceny oczekiwane, po jakich chce zakupić świadczenia, a z drugiej strony tych świadczeń po tej cenie nie kupił, tylko doprowadzając całość do licytacji „w dół” kupował świadczenia jeszcze taniej, a więc na pewno po niższej cenie, niż rzeczywista.

Na koniec przeczytam z oficjalnego dokumentu Narodowego Funduszu Zdrowia krótkie podsumowanie tegorocznego kontraktowania. Oto liczba świadczeń zakontraktowanych na 2011 rok w konkursach osiągnęła poziom w y ż s z y o 2,13 procenta, od kontraktów z roku 2010 i o 2,02 procenta niż pierwotnie planowano. Było to możliwe dzięki uzyskaniu cen jednostkowych niższych niż ceny oczekiwane przez Narodowy Fundusz Zdrowia.   
Jakimż to cudem się stało, że Fundusz oczekiwał cen wyższych, a wszyscy świadczeniodawcy obniżyli te ceny, bo stwierdzili, że Fundusz chce im dać za dużo! Oto absurdy potwierdzające stan rzeczy zawarte są w oficjalnych materiałach Narodowego Funduszu Zdrowia w tonacji sukcesu. Wypada jedynie życzyć zdrowia nam wszystkim obyśmy z tych dokonań NFZ nie musieli korzystać.

\* \* \*

Swego rodzaju uzupełnieniem tych wystąpień był przedstawiony w skrócie przez dr. Marka Zasadnego, wiceprezesa ORL, przebieg kontraktowania świadczeń w województwie podkarpackim. Nie miał on tam tak dramatycznego charakteru jak w Małopolsce, z wyjątkiem stomatologii (co m.in. przedstawiliśmy w poprzednim wydaniu „GGL”).

\* \* \*

**Wystąpienia gości Zjazdu**

„Przestałem być członkiem PO, więc będę mógł głosować zgodnie ze swoim sumieniem. No proszę, jakie piękne antyrządowe przemówienie wygłosiłem” – oświadczył otwierając zjazdową dyskusję **senator Paweł Klimowicz**, który właśnie ogłosił swoją rezygnację z partyjnej przynależności.

Po nim dalsi goście, reprezentujący głównie Prawo i Sprawiedliwość ruszyli do frontalnego ataku. Jako pierwsza mówiła **posłanka z Gorlic Barbara Bartuś**: „Większość wygłoszonych tutaj krytycznych opinii o pakiecie ustaw proponowanych przez Minister E. Kopacz, zgłoszono już wcześniej ustami posłów PiS na posiedzeniu Sejmu” – stwierdziła. Następnie odniosła się do problematyki kontraktowania świadczeń medycznych w 2011 roku, która – jej zdaniem – w Małopolsce przebiegła najgorzej w skali kraju. W tej sytuacji – poinformowała – Klub PiS wystąpił do prezesa NFZ z wnioskiem o odwołanie ze stanowiska dyr. Barbary Bulanowskiej.

Nieprawidłowości podczas procesu kontraktowania poddała radykalnej krytyce **dr Urszula Grabiec**, dyr. Specjalistycznej Poradni Psychiatrycznej „Cerebral” z Myślenic, której NZOZ w ogóle nie otrzymał kontraktu. Mało tego placówce odmówiono możliwości wejrzenia w warunki oferty (z ceną końcową), co zrodziło podejrzenie popełnienia przestępstwa. Dr Grabiec powiadomiła o tym prezesa NFZ oraz prokuraturę, co wywołało lawinę zawirowań, m.in. ujawniono fałszerstwo podpisów na niektórych dokumentach. Sprawa toczy się do dzisiaj, a jej wdrożenie stało się możliwe dzięki pomocy Izby, zwłaszcza dr. Jerzego Friedigera i dr Ewy Mikoszy-Januszewicz oraz red. Doroty Stec-Fus z „Dziennika Polskiego” (do tematu tego powrócimy odrębnie).

Mianem „klucza do właściwej organizacji ochrony zdrowia” określił samorząd lekarski kolejny mówca, **senator Zbigniew Jan Cichoń** (PiS) z Krakowa. Przypominając swoje wystąpienie na forum Senatu mówca podkreślił zagrożenia związane z przekształceniami szpitali w spółki kapitałowe oraz wyraził sprzeciw wobec retorsji stosowanych w odniesieniu do środowiska lekarskiego za sprawy, na które praktycznie nie mają wpływu (np. żądanie sprawdzenia przez lekarza ubezpieczenia pacjenta).

Zdecydowanie negatywnie ocenił pakiet ustaw resortowych kolejny mówca, prezes Małopolskiego Regionu, członek Zarządu Krajowego OZZL **dr Piotr Watoła**. „Ustawy mają wyraźnie charakter autorski – stwierdził – i nawet niektórzy wiceministrowie byli przeciw nim. Przekształcenie szpitali w spółki pociągnie za sobą redukcje personelu, obniżanie wynagrodzeń, wreszcie rezygnację z deficytowych usług medycznych” – powiedział. Równie negatywne będą rezultaty tzw. ustawy refundacyjnej, która usiłuje obciążyć lekarza odpowiedzialnością za politykę lekową itp. W konkluzji dr Watoła uznał, że niektóre pomysły z tzw. pakietu ustaw wymagają wręcz zawiązania Komitetu Obrony przeciw nim, niosą bowiem same zagrożenia dla systemu ochrony zdrowia.

Kwestię odpowiedzialności za błędy osób zajmujących kierownicze stanowiska – poruszył w swym wystąpieniu **senator Maciej Klima**, b. wojewoda małopolski. Nie może być tak, by osoby odpowiedzialne za błędne decyzje – mówił, przytaczając przykład dyr. Barbary Bulanowskiej – nadal sprawowały władzę. No cóż, mamy jeszcze w pamięci starania Izby o odzyskanie majątku podczas kadencji p. wojewody, dziwnie nieskuteczne.

Natomiast szalenie krytyczną ocenę problemów wynikających z aktualnie proponowanego pakietu ustaw przedstawił z właściwą sobie elokwencją wiceprezes NRL, dawno w Krakowie nie widziany, **dr Konstanty Radziwiłł**. „Niestety, w tym pakiecie, nie ma nic dobrego – mówił. Najwyżej bardzo złe rozwiązania zmienia się na złe. Część projektowanych ustaw narusza konstytucję, wymagają natychmiastowego zaskarżenia do Trybunału Konstytucyjnego, niektóre propozycje mają „bolszewicki” charakter. Inne, jak np. skrócenie toku studiów medycznych o 2 lata, prowadzą do felczeryzacji polskiej medycyny. Refleksje, które tu przedstawił dr Jerzy Friediger o systemie edukacji podyplomowej są absolutnie słuszne.  
Czy rzeczywiście, by szpital publiczny mógł przyjmować prywatnych pacjentów, trzeba go od razu przekształcać w spółkę? – pytał nieomal retorycznie mówca. Czy cały świat nie boryka się z problemem nieubezpieczonych pacjentów, którzy wymagają opieki, tyle że rozwiązuje się te kwestie w cywilizowany sposób. A tu pojawiają się jakieś monstrualne kary rzędu 800 tys. zł w wyniku błędu w recepcie. To jakiś nonsens bezgraniczny. Czy słupki NFZ są ważniejsze od pacjenta? A może warto sobie zdać sprawę z faktu, że to już nie jest XIX wiek, kiedy robotnicy w proteście niszczyli maszyny. Może te zachwyty nad wolnym rynkiem trzeba sprowadzić do właściwych proporcji i zacząć rozumieć, że edukacja czy zdrowie są ponad rachunkiem ekonomicznym”.

Na tym dyskusję z udziałem przybyłych gości zakończono. Głos na krótko zabrał jeszcze przybyły właśnie **Wojewoda Małopolski Stanisław Kracik**, odznaczony w chwilę później przez prezesa A. Matyję – Odznaką Honorową krakowskiej Izby Lekarskiej. Otrzymał ją też (podobnie spóźniony) dr Stefan Bednarz, szef Komisji Etyki NRL. Wojewoda odniósł się krótko do kolejnej reformy systemu, czekającej nas w zakresie ratownictwa medycznego, wyraził wątpliwości na temat ewentualnego cofnięcia decyzji w sprawie przekazania lecznicy przy ul. Batorego na Biura ZUS oraz przeniósł ciężar oczekiwań Izby na zwrot Szczepańskiej 1 z urzędu Wojewody na władze miasta Krakowa, które tym obiektem administrują.

Na tym część programową obrad, z udziałem zaproszonych gości zakończono. Uczestnicy Zjazdu po krótkiej przerwie przystąpili do dyskusji nad wnioskami złożonymi przez Delegatów na ręce dr. Lecha Kucharskiego, przewodniczącego Zjazdowej Komisji Uchwał i Wniosków VI kadencji.

\* \* \*

**Z prac Komisji Uchwał i Wniosków**

Stanowisko nr 1   
w imieniu XXVIII Okręgowego Zjazdu Lekarzy Okręgowej Izby Lekarskiej w Krakowie   
– w sprawie uchwalonych przez Sejm RP ustaw o: zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta; zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty; działalności leczniczej; ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia – przedstawił prezes dr hab. Andrzej Matyja (mandat 182)  
Stanowisko nr 1 przyjęte zdecydowaną większością głosów przez aklamację. Cytujemy je na końcu relacji w pełnym brzmieniu.

***Stanowisko nr 2***  *w imieniu XXVIII Okręgowego Zjazdu Lekarzy Okręgowej Izby Lekarskiej w Krakowie w sprawie niejasności sformułowań ujętych w ustawie o VAT i braku ich jednolitej interpretacji ze strony Ministra Finansów w kwestii obciążeń podatkowych podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe lekarzy i lekarzy dentystów (co wpływa na labilność cen szkoleń). Wniosek przedstawiony przez wiceprezesa dr. Roberta Stępnia (mandat 273) i (mandat 315) – został przyjęty jednogłośnie.*

Tekst Stanowiska nr 2 w pełnym brzmieniu na końcu relacji.  
 ***Wniosek nr 1***  *do Naczelnej Rady Lekarskiej o podjęcie działań zmierzających do zmiany ustawodawstwa, w wyniku którego lekarze są obciążani nieuzasadnionymi roszczeniami finansowymi przez NFZ za wystawienie recept pacjentom nieubezpieczonym.*

W dyskusji podkreślono m.in. że lekarze nie posiadają żadnego aparatu kontroli ubezpieczeń, a nawet nie wiadomo, co formalnie jest potwierdzeniem ubezpieczenia.   
Wnioskujący Lech Kucharski (mandat 150). Wniosek przyjęty, przy 2 głosach wstrzymujących się.   
***Apel nr 1***  *do Naczelnej Rady Lekarskiej o utworzenie w ramach struktury Biura NIL wyodrębnionej komórki organizacyjnej lub przynajmniej specjalistycznego stanowiska, którego zadaniem będzie bieżąca analiza i uczestnictwo w procesach legislacyjnych aktów prawnych, dotyczących warunków pracy i edukacji lekarza dentysty. Wniosek powyższy uzasadnia postępująca profesjonalizacja działalności samorządu w wielu zakresach, stawiając przed samorządem obowiązek elastycznego i kompetentnego reagowania na zmiany, w tak rozległym zawodzie, jak lekarza dentysty.*

Wnioskująca Katarzyna Siembab (mandat 257). Po dyskusji z udziałem dr. dr. J. Friedigera, M. Tatrzańskiego, R. Stępnia – wnioskodawczyni wycofała się z propozycji, zobowiązując się do jej przeredagowania w formę Apelu adresowanego do NRL, co zresztą nastąpiło z udziałem mec. A. Nawary-Dubiel w dalszym toku Zjazdu (przy 6 głosach wstrzymujących się).

***Wniosek nr 2***  *w sprawie kas fiskalnych (bez adresata) – w związku z obowiązkiem wprowadzenia z dniem 1 maja 2011 roku kas fiskalnych konieczne jest określenie kodów wymaganych przy wydawaniu paragonów fiskalnych pacjentom gabinetów stomatologicznych.*

Wnioskujący Maciej Grodzicki (mandat 76). Zgodnie z propozycją Komisji Uchwał wniosek przekazany do Komisji Stomatologicznej (NRL – ORL???), przy 4 głosach wstrzymujących się.

***Wniosek nr 3*** *w sprawie charakteru umów przedkładanych lekarzom przez pracodawców.*

Przyjęty w formie Apelu nr 2 (patrz uzasadnienie poniżej).  
Wnioskodawczynie zwróciły uwagę na postępujące ograniczanie przez pracodawcę prawa wykonywania zawodu lekarza w różnych miejscach; na jednostronność umów, które podkreślają głównie uprawnienia pracodawcy; na nadmiernie rozbudowane prawa pacjenta oraz na kolejne ograniczenia praw lekarza pracującego na kontrakcie NFZ.   
Wnioskujące: dr Renata Stąpor (mandat 272) i dr Marta Węgrzynowska (mandat 306) – po dyskusji z udziałem radców prawnych OIL – na wniosek dr K. Turek-Fornelskiej przeredagowany w Apel XXVIII Zjazdu Lekarzy adresowany do kierujących ZOZ-ami na terenie krakowskiej OIL. W wersji skorygowanej legislacyjnie, zatwierdzonej przez Zjazd, Apel nr 2 drukujemy w części końcowej relacji.  
      
***Wniosek nr 4***  *w sprawie budowy siedziby Delegatury OIL w Przemyślu*

Sformułowany postulatywnie, „by w wypadku braku przygotowania inwestycji w Krakowie rozpocząć w trzecim kwartale 2011 budowę Delegatury w Przemyślu, mając na uwadze jej zaawansowane przygotowanie”.  
Wniosek wywołał burzliwą dyskusję, w której wspomniano warunki podjęcia decyzji o budowie siedziby Delegatury. I tak dr M. Zasadny przypomniał decyzje Okręgowej Rady Lekarskiej o upoważnieniu go do zlecenia projektu, następnie o przyjęciu wizualizacji projektu (kosztorysowanego wstępnie na 1,4 do 1,7 mln zł), a w konsekwencji do podjęcia działań zmierzających do uzyskania tzw. „warunków zabudowy” (ważnych jeszcze 2 lata). Dr J. Friediger zwrócił uwagę na niejasne wtedy decyzje parlamentu dotyczące struktury terytorialnej Izb w Polsce i ewentualnego dostosowania ich do struktur wojewódzkich. Dr J. Legutko wspomniał, że już w chwili analizowania projektu pojawiły się wątpliwości dotyczące zbyt wysokich kosztów inwestycji. Aprobata dla budowy, stwierdził z kolei dr J. Tętnowski, została udzielona przez ORL w 2009 roku jeszcze przed odzyskaniem przez samorząd praw do przedwojennego majątku. Pożądana, ale zarazem niespodziewana decyzja Sejmu, przywracająca nam prawa majątkowe, zmieniła priorytety, na plan pierwszy wyszła modernizacja siedziby głównej w Krakowie, której koszt może wynieść 6-8 mln zł. Mamy na ten rok zabezpieczone w budżecie 5,5 mln zł i możemy je dowolnie rozdysponować – dodała dr J. Orłowska-Heitzman.  
W końcu zabrał głos prezes A. Matyja. W jego opinii, od chwili odzyskania Krupniczej priorytety nie podlegają dyskusji, mamy bowiem w Krakowie 11 tys. lekarzy i im przede wszystkim należy zapewnić siedzibę. Jego zdaniem o kolejności inwestowania powinna zadecydować Okręgowa Rada Lekarska, po konkretnych analizach, natomiast same pieniądze są już zabezpieczone. Pod warunkiem – dodał dr M. Janikowski – że nie będzie się to wiązać z rezygnacją w ogóle z budowy siedziby Delegatury w Przemyślu, a jedynie jej przeprojektowaniem, bo może rzeczywiście jest za duża, do realnych potrzeb.  
Wniosek złożyli dr Władysław Jaworski (mandat 101) i dr Tadeusz Zając (mandat 324). Zgodnie z opinią Komisji Uchwał, stwierdzono że środki zostały zabezpieczone w uchwale budżetowej, a decyzje wykonawcze w kwestii modernizacji Krupniczej i budowy Delegatury w Przemyślu pozostają w kompetencjach Okręgowej Rady Lekarskiej. Za takim rozwiązaniem opowiedziało się 56 delegatów, przeciw było 24, pozostali wstrzymali się od głosu.

***Wnioski nr 5 i 6***  *w sprawie oskarżeń na łamach „GGL” dotyczących statusu prawnego Fundacji „Szanujmy Godność Człowieka”,*

autorstwa dr Barbary Ożarowskiej-Styczeń (mandat nr 213). Wobec niezrozumiałych passusów tekstu, jego nieczytelnością oraz nieobecnością Delegatki, która opuściła obrady Zjazdu – oba oddalone, pierwszy na wniosek dr A. Urbańczyk (przy sprzeciwie 10 głosów); drugi na wniosek Komisji Uchwał (przy 4 głosach wstrzymujących się).

***Wniosek nr 7***  *dotyczący utworzenia stanowiska ds. Seniorów w OIL w Krakowie i „zatrudnienia odpowiedniej osoby na tym stanowisku, której głównym zadaniem będzie:  
– współpraca z Komisją ds. Emerytów i Rencistów i Komisją Socjalno-Bytową oraz innymi komisjami OIL w sprawach dotyczących Seniorów,  
– codzienna pomoc w rozwiązywaniu spraw i problemów socjalnych oraz leczniczych Seniorów, nawet w formie koniecznych interwencji w zakładach i gabinetach leczniczych, ale też w różnego rodzaju instytucjach samorządowych, państwowych oraz pozarządowych,  
– inicjowanie i pomoc organizacyjna w sprawach rekreacji i kultury (wycieczki, opera, teatr i różnego rodzaju imprezy  
– pomoc w redagowaniu odpowiednich informacji i wiadomości w „Galicyjskiej Gazecie”, dotyczących Seniorów.*

W uzasadnieniu wnioskodawca (dr Jerzy Michalewski, mandat nr 186) zwrócił uwagę na wciąż niewystarczające – jego zdaniem – zainteresowanie Seniorami, szczególnie w minionej kadencji; na niewłaściwy poziom informacji dla Seniorów, który doprowadził m.in. do nieporozumień na tle inicjatywy budowy Domu Lekarza Seniora i Fundacji „Szanujmy Godność Człowieka”, wreszcie na sygnalizowaną przez dr Janusza Legutkę skalę ilościową problemu (ok. 1300 lekarzy powyżej 80 lat), która wymaga instytucjonalnych rozwiązań, w czym proponowane stanowisko byłoby bardzo pomocne.  
W dyskusji, która się wywiązała, głos zabrali m.in. dr Kazimierz Kłodziński, przewodniczący Komisji ds. Emerytów i Rencistów, który uznał pomysł za dobry, ale kosztowny (ok. 4 tys. zł miesięcznie, a więc ok. 50 tys. zł co łącznie bliskie jest wysokości rocznego budżetu Komisji); dr Irena Gawrońska, która uznała, że podobnej etatyzacji wymagałaby opieka nad seniorami w Delegaturach; dr Barbara Wiejowska, przewodnicząca Komisji Socjalno-Bytowej, która przedstawiła szerokie spektrum pomocy udzielanej seniorom przez Komisję; wreszcie dr Andrzej Matyja, który opowiedział się za skierowaniem wniosku do Okręgowej Rady Lekarskiej, która podejmie stosowną decyzję. I ten właśnie wniosek przeszedł jednogłośnie.  
      
***Wniosek nr 8***   
*o podjęcie przez samorząd starań, by zatrudnieniu lekarzy na kontraktach towarzyszył podobny pakiet socjalny jak zatrudnieniu etatowemu*

W uzasadnieniu wnioskodawca (dr Lucjan Habieda, mandat nr 79) podkreślił zwłaszcza prawo do wcześniejszego przejścia na emeryturę pracowników zatrudnionych na kontraktach w szkodliwych dla zdrowia warunkach (anestezjolodzy, radiolodzy, pracownicy Pogotowia).  
Komisja Uchwał uznała wniosek za nierealny, ponieważ obowiązujące prawodawstwo wyklucza tego rodzaju rozwiązania, a wnioskodawca go wycofał.

\* \* \*

Na tym obrady Zjazdu zostały zakończone. Była godzina 16.25. Jego przewodnicząca dr Irena Gawrońska podziękowała Delegatom za zdyscyplinowany udział w obradach, a prezes dr Andrzej Matyja za dobrą frekwencję i poparcie merytoryczne dla stanowisk Izby wobec problemów ochrony zdrowia.

*Relacjonował: Stefan Ciepły*