

Piotr Kordel

**GENEZA, STRUKTURA I FUNKCJONOWANIE
SAMORZĄDU LEKARSKIEGO W POLSCE
W LATACH 1989 – 2009**

Rozprawa doktorska
Promotor: prof. dr hab. Michał Musielak

KATEDRA NAUK SPOŁECZNYCH
WYDZIAŁ NAUK O ZDROWIU
UNIWERSYTET MEDYCZNY im. KAROLA MARCINKOWSKIEGO
W POZANIU

Poznań 2012

Wykaz skrótów

AM – Akademia Medyczna	KZL – Krajowy Zjazd Lekarzy
AMA – American Medical Association (Amerykańskie Towarzystwo Lekarskie)	M. P. – Monitor Polski
CIOOAS - Conference Internationale des Ordres et des Organismes D'Attributions Similaires (Międzynarodowej Konferencji Izb Lekarskich i organizacji podobnych)	MON – Ministerstwo Obrony Narodowej
CPME - Comité Permanent Des Médecins Européens (Stały Komitet Lekarzy Europejskich)	MSW – Ministerstwo Spraw Wewnętrznych
CPT - Current Procedural Terminology (Klasyfikacja Procedur Medycznych AMA)	MSWiA – Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Administracji
CRL – Centralny Rejestr Lekarzy	NFZ – Narodowy Fundusz Zdrowia
DLC - Dental Liaison Committee for Dentistry in the EU (Komitet Łącznikowy ds. Stomatologii w Unii Europejskiej)	NIL – Naczelna Izba Lekarska
Dz. U. – Dziennik Ustaw	NIL-D – Naczelna Izba Lekarsko- Dentystyczna
EFTA - European Free Trade Association (Europejskie Stowarzyszenie Wolnego Handlu)	NIP – numer identyfikacji podatkowej
EWG – Europejska Wspólnota Gospodarcza	NKR – Naczelna Komisja Rewizyjna
FDI-WDF – World Dental Federation (Światowa Organizacja Stowarzyszeń Stomatologicznych)	NRL – Naczelna Rada Lekarska
KEL – Kodeks Etyki Lekarskiej	NROZ – Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej
KPTL - Konferencja Prezesów Towarzystw Lekarskich	NSL – Naczelny Sąd Lekarski
	NSZZ “Solidarność” – Niezależny Samorządny Związek Zawodowy „Solidarność”
	OC – odpowiedzialność cywilna
	OIL – Okręgowa Izba Lekarska
	OPZZ – Ogólnopolskie porozumienie Związków Zawodowych
	ORL – Okręgowa Rada Lekarska
	OROZ – Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej
	OZL – Okręgowy Zjazd Lekarzy
	OZZL – Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy
	PKP – Polskie Koleje Państwowe

PRL – Polska Rzeczpospolita Ludowa
PRON - Patriotyczny Ruch Odrodzenia
Narodowego
PTL – Polskie Towarzystwo Lekarskie
PTS – Polskie Towarzystwo
Stomatologiczne
PZPR – Polska Zjednoczona Partia
Robotnicza
RP – Rzeczpospolita Polska
RPO – Rzecznik Praw Obywatelskich
SD – Stronnictwo Demokratyczne
SKOK – Spółdzielcza Kasa
Oszczędnościowo-Kredytowa

UE – Unia Europejska
UEMS – European Union of Medical
Specialists (Europejska Unia Lekarzy
Specjalistów)
WIL – Wielkopolska Izba Lekarska
WMA – World Medical Association
(Światowa Organizacja Lekarska)
ZSL – Zjednoczone Stronnictwo
Ludowe
ZSRR – Związek Socjalistycznych
Republik Radzickich

Spis treści

Wykaz skrótów	2
Wstęp i cele pracy	6
Rozdział I	
Geneza samorządu lekarskiego	10
1. Lekarze w czasach starożytnych	10
1.1 Mezopotamia	10
1.2 Egipt	12
1.3 Grecja	13
1.4 Rzym	16
2. Lekarze w czasach średniowiecza	17
3. Lekarze w czasach nowożytnych	20
4. Wiek XIX – pierwsze izby lekarskie	22
5. Izby lekarskie w II RP	24
5.1 Samorząd lekarski pod rządami ustawy z 1921 r.	25
5.2 Samorząd lekarski pod rządami ustawy z 1934 r.	30
5.3 Poznańsko-Pomorska Izba Lekarska w II RP	33
6. Izby lekarskie w czasie II wojny światowej oraz w okresie 1945 – 1950 do ich likwidacji	35
Rozdział II	
Odrodzenie samorządu lekarskiego w latach 1989 – 1990	40
1. Próby reaktywowania izb lekarskich w PRL	40
2. Proces powstawania ustawy o izbach lekarskich z dnia 17 maja 1989 r.	41
3. Prace Komitetu Organizacyjnego Izb Lekarskich	51
4. I Krajowy Zjazd Lekarzy	55
5. Budowa struktur Naczelnej Izby Lekarskiej i okręgowych izb lekarskich na przykładzie Wielkopolskiej Izby Lekarskiej	59
5.1 Naczelna Izba Lekarska	59
5.2 Wielkopolska Izba Lekarska	67
6. Zmiany w ustawie o izbach lekarskich	73
Rozdział III	
Struktura organów samorządu lekarskiego w latach 1989 - 2009	80
1. Organy Naczelnej Izby Lekarskiej	80
1.1 Krajowy Zjazd Lekarzy	80
1.2 Naczelna Rada Lekarska	84
1.3 Naczelna Komisja Rewizyjna	99
1.4 Naczelny Sąd Lekarski	100
1.5 Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej	101
2. Organy okręgowych izb lekarskich na przykładzie Wielkopolskiej Izby Lekarskiej	102
2.1 Okręgowy zjazd lekarzy	102
2.2 Okręgowa rada lekarska	104
2.3 Okręgowa komisja rewizyjna	115
2.4 Okręgowy sąd lekarski	116
2.5 Okręgowy rzecznik odpowiedzialności zawodowej	117
3. Wybory organów izb lekarskich	118
Rozdział IV	
Realizacja zadań ustawowych przez samorząd lekarski w latach 1989 – 2009	128

1. Sprawowanie pieczy i nadzoru nad należyтым i sumiennym wykonywaniem zawodu lekarza	128
1.1 Prawo wykonywania zawodu lekarza	128
1.2 Rejestry lekarzy i praktyk lekarskich	134
1.3 Organizacja i nadzór nad doskonaleniem zawodowym lekarzy.....	150
1.4 Postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy.....	166
1.5 Orzekanie w przedmiocie niezdolności lekarza do wykonywania zawodu....	171
2. Ustanawianie obowiązujących wszystkich lekarzy zasad etyki i deontologii zawodowej oraz dbałość o ich przestrzeganie	175
3. Reprezentowanie i ochrona zawodu lekarza.....	191
3.1 Udział samorządu lekarskiego w procesie legislacyjnym	192
3.2 Udział przedstawicieli samorządu lekarskiego w radach naukowych, komisjach egzaminacyjnych i konkursowych	199
3.3 Reprezentowanie członków samorządu lekarskiego w negocjacjach z Kasami Chorych i Narodowym Funduszem Zdrowia.....	206
3.4 Pomoc udzielana w przypadku postępowania sądowego przeciwko lekarzom	208
3.5 Działania izb lekarskich w zakresie ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej lekarzy w związku z wykonywaniem zawodu	209
3.6 Prezentowanie poglądów środowiska lekarskiego opinii publicznej za pośrednictwem mediów	211
3.7 Udział izb lekarskich w protestach i strajkach lekarzy	213
3.8 Reprezentowanie polskiego środowiska medycznego za granicą	220
4. Integrowanie środowiska lekarskiego.....	224
5. Zajmowanie stanowiska w sprawach stanu zdrowotności społeczeństwa, polityki zdrowotnej państwa oraz organizacji ochrony zdrowia.....	227
6. Współpraca z towarzystwami naukowymi, szkołami wyższymi i jednostkami badawczo-rozwojowymi w kraju i za granicą	230
7. Prowadzenie instytucji samopomocowych i innych form pomocy materialnej dla lekarzy i ich rodzin	233
8. Zarządzanie majątkiem i działalnością gospodarczą izb lekarskich.....	239
Dyskusja i wnioski	246
Bibliografia	251
Spis rycin i tabel	286

Wstęp i cele pracy

Izby lekarskie stanowią samorząd zawodowy lekarzy i lekarzy dentystów. Są one, z racji skupiania w swoich szeregach wszystkich osób wykonujących te zawody, reprezentantem całego środowiska lekarskiego, a także podmiotem, który w imieniu państwa administruje istotną częścią spraw związanych z wykonywaniem zawodu przez swoich członków. Od czasu gdy 17 maja 1989 r. Sejm PRL IX kadencji zdecydował o ich utworzeniu, o co długo zabiegali przedstawiciele środowiska lekarskiego, stały się ważnym elementem życia zawodowego polskich medyków. Z tego powodu, a także ze względu na swoją długą i ciekawą historię, zasługują na zainteresowanie ze strony badaczy. Niestety samorząd lekarski, podobnie jak inne samorządy zawodowe, nie cieszył się do tej pory zbyt dużą uwagą. Powstało zaledwie kilka prac naukowych poświęconych działającemu współcześnie w Polsce samorządowi lekarskiemu, które ukazywały w okresie rocznic odtworzenia izb lekarskich w Polsce. Dotyczyły one jednak tylko niektórych aspektów historii lub bieżącego funkcjonowania samorządu lekarskiego.

To skłoniło autora do podjęcia trudu przedstawienia pierwszych dwudziestu lat działania izb lekarskich w Polsce od czasu ich ponownego utworzenia w 1989 r. do 2009 r., kiedy zakończyła się V kadencja organów samorządu lekarskiego. Takie określenie ram czasowych niniejszej pracy wynikało również z faktu, iż był to okres obowiązywania ustawy z dnia 17 maja 1989 r. o izbach lekarskich (Dz. U. 1989 r., nr 30, poz. 158 z późn. zm.), który zakończył się 1 stycznia 2010 r. kiedy weszła w życie nowa ustawa regulująca działanie samorządu lekarskiego – ustawa z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. 2009 r., nr 219, poz. 1708). Aby móc lepiej ocenić działanie izb lekarskich w tym okresie autor zdecydował się również przedstawić ich genezę, która sięga czasów starożytnych oraz strukturę ich organów ustanowioną przez ustawę o izbach lekarskich z 1989 r.

Cele pracy

Głównymi celami badawczymi jakie postawiono przed niniejszą rozprawą są:

- **rekonstrukcja systemu organów samorządu lekarskiego w oparciu o akty prawne regulujące działalność izb lekarskich,**
- **analiza funkcjonowania ich organów i realizacji przez nie zadań postawionych przed korporacją lekarską w ustawie z dnia 17 maja 1989 r. o izbach lekarskich.**

W odniesieniu do drugiego celu, w oparciu o art. 4 ust. 1 ustawy z dnia 17 maja 1989 r. o izbach lekarskich, określający zadania samorządu lekarskiego, sformułowano osiem celów szczegółowych, którymi są:

- **analiza sprawowania pieczy i nadzoru nad należytym i sumiennym wykonywaniem zawodu lekarza przez izby lekarskie;**
- **analiza sposobu ustanawiania obowiązujących wszystkich lekarzy zasad etyki i deontologii zawodowej oraz dbałości o ich przestrzeganie przez izby lekarskie;**
- **analiza reprezentowania i ochrony zawodu lekarza przez izby lekarskie;**
- **analiza integrowania środowiska lekarskiego przez samorząd lekarski;**
- **analiza zajmowanego przez izby lekarskie stanowiska w sprawach stanu zdrowotności społeczeństwa, polityki zdrowotnej państwa oraz organizacji ochrony zdrowia;**
- **analiza podejmowanej przez izby współpracy z towarzystwami naukowymi, szkołami wyższymi i jednostkami badawczo-rozwojowymi w kraju i za granicą;**
- **analiza sposobu prowadzenia przez izby lekarskie instytucji samopomocowych i innych form pomocy materialnej dla lekarzy i ich rodzin;**
- **analiza zarządzania majątkiem i działalnością gospodarczą izb lekarskich przez władne do tego organy samorządu lekarskiego.**

Aby zrealizować założone cele badawcze autor zdecydował przeanalizować strukturę organizacyjną i funkcjonowanie, w założonym okresie, Naczelnej Izby Lekarskiej oraz jednej z 23 działających w Polsce okręgowych izb lekarskich, a mianowicie Wielkopolskiej Izby Lekarskiej. Było by rzeczą niezmiernie trudną opisać aktywność

wszystkich izb okręgowych oraz Wojskowej Izby Lekarskiej, mającej uprawnienia i obowiązki okręgowej izby lekarskiej i działającej na terenie całego kraju na przestrzeni dwudziestu lat, dlatego autor zdecydował się na analizę działania WIL. Dostrzegając specyfikę każdej izby okręgowej można jednak przyjąć, iż różnice między nimi nie są na tyle duże, żeby przykład Izby Wielkopolskiej nie mógł posłużyć do wyciągnięcia wniosków natury ogólnej.

Ze względu wyjątkową nieliczność prac poświęconych samorządowi lekarskiemu po 1989 r. do realizacji celów badawczych autorowi posłużyły, przede wszystkim, akty prawne regulujące strukturę i funkcjonowanie izb lekarskich oraz dokumenty wytworzone przez korporację lekarską w czasie pięciu kadencji jej organów, publikowane w Biuletynie Naczelnej Rady Lekarskiej, Biuletynie Informacyjnym Wielkopolskiej Izby Lekarskiej oraz zgromadzonych w archiwach tych dwóch izb. Do opracowania zagadnienia historii samorządu lekarskiego oraz odtworzenia procesu odrodzenia samorządu zawodowego lekarzy i lekarzy dentyków w 1989 r. wykorzystano istniejącą literaturę przedmiotu, a także materiały źródłowe w postaci materiałów prasowych, dokumentów sejmowych i stenogramy z posiedzeń podzespołu do spraw zdrowia „Okrągłego Stołu”.

Podstawą metodologiczną niniejszej rozprawy są: metoda historyczna polegająca na badaniu genezy zjawisk, traktowaniu łącznie ich aspektów strukturalnych, funkcjonalnych i genetycznych, gromadzeniu materiału empirycznego jako podstaw do formułowania hipotez i szerokich generalizacji; metoda analizy instytucjonalno-prawnej, opierająca się na analizie norm prawnych określających konkretne zjawisko lub wyodrębnioną strukturę organizacyjną, przy założeniu, iż ustawodawca dysponuje wiedzą zrationalizowaną, możliwie pełną w zakresie języka, znajomości stanu prawnego i aktualną wiedzą empiryczną oraz metoda hermeneutyczna polegająca na analizie źródeł pisanych w celu zrozumienia sensu wypowiedzi i umieszczenia ich w kontekście historyczno–kulturowym.

Struktura niniejszej pracy ma charakter problemowo-chronologiczny. Omawiając zachodzące zmiany w sposobie działania samorządu czy w podstawach prawnych jego funkcjonowania czyniono to w porządku chronologicznym.

Praca składa się z czterech rozdziałów poprzedzonych wstępem i zakończonych dyskusją oraz wnioskami. Punktem wyjścia w niniejszej rozprawie było przedstawienie historii samorządu lekarskiego, jego źródeł sięgających czasów starożytnych oraz dorobku polskich izb lekarskich z okresu II Rzeczypospolitej. Ujęto w nim również

funkcjonowanie korporacji lekarzy i korporacji lekarzy dentystów w czasie II Wojny Światowej i po jej zakończeniu do momentu likwidacji izb lekarskich przez władze komunistyczne w 1950 r.

Drugi rozdział poświęcony jest prezentacji starań czynionych przez środowisko lekarskie na rzecz odzyskania swojego samorządu oraz w głównej mierze procesowi powstawania ustawy z dnia 17 maja 1989 r. o izbach lekarskich, na podstawie której korporacja lekarska została ponownie utworzona. Rozdział drugi opisuje również odbudowywanie struktur samorządu zawodowego lekarzy w okresie I kadencji organów izb lekarskich. Ta część pracy zawiera także przedstawienie zmian, jakim podlegała ustawa o izbach lekarskich z 1989 r.

Trzeci rozdział stanowi realizację pierwszego celu głównego niniejszej rozprawy. Stanowi bowiem rekonstrukcję systemu organów samorządu lekarskiego na szczeblu okręgowej izby lekarskiej na przykładzie Wielkopolskiej Izby Lekarskiej, oraz na szczeblu Naczelnej Izby Lekarskiej.

Ostatni rozdział poświęcono funkcjonowaniu samorządu lekarskiego w Polsce w latach 1989 – 2009. Poddano w nim analizie wykonywanie przez izby lekarskie zadań nałożonych na nie przez ustawę z dnia 17 maja 1989 r. o izbach lekarskich, co stanowi wypełnienie drugiego celu głównego pracy i wynikających z niego celów szczegółowych.

Praca kończy się dyskusją z istniejącą literaturą naukową poświęconą działaniu izb lekarskich w omawianym okresie oraz wnioskami.

Na koniec autor pragnie nadmienić, iż niektóre fragmenty pracy posłużyły jako podstawa ogłaszanych wcześniej publikacji naukowych:

- Piotr Kordel, *Wybory organów samorządu lekarskiego w Polsce*, w: *Prawo wyborcze i wybory. Doświadczenia dwudziestu lat procesów demokratyzacyjnych w Polsce*, red. Andrzej Stelmach, Poznań 2010, ss. 211 - 220.
- Mirosław Przastek, Piotr Kordel, *Centralny Rejestr Lekarzy jako przykład wykonywania zadań administracyjnych przez samorzady zawodowe*, w: *Z badań nad samorządem zawodowym w Polsce*, red. Robert Kmieciak, Poznań 2010, ss.171 - 178.
- Piotr Kordel, Krzysztof Kordel, Marek Saj, *Działalność samorządu lekarskiego w zakresie doskonalenia zawodowego na przykładzie Wielkopolskiej Izby Lekarskiej*, *Przegląd Politologiczny*, nr 4/2011 Rok XVI, s. 109 – 120.

Rozdział I

Geneza samorządu lekarskiego

1. Lekarze w czasach starożytnych

Umiejętność leczenia już u ludów pierwotnych była wysoko ceniona. Ten kto wiedział jak zwalczać nękające ludzi dolegliwości – znachor – czarownik cieszył się poważaniem w swojej społeczności. Łączył on w swojej praktyce elementy empirii i magii. Do chorego przystępował on w stroju mającym budzić grozę i strach u wywołującego chorobę demona. Temu pierwiastkowi supranaturalistycznemu towarzyszyła wiedza pochodząca z doświadczenia – obserwacji zachowania chorych zwierząt czy znajomości właściwości różnych roślin. Z czasem pierwiastek doświadczenia zaczął rozwijać się, o czym świadczą spotykane u ludów pierwotnych liczne zabiegi lecznicze: stosowanie środków przeczyszczających i wymiotnych, okadzanie, inhalacje, upusty krwi czy zabiegi chirurgiczne – usuwanie zębów, nacinanie ropni, leczenie złamań czy trepanacje czaszki¹.

To jednak element magii wpłynął na specyficzną pozycję uzdrowiciela. Aura tajemnicy towarzysząca uzdrawianiu sytuowała znachora - czarownika na uboczu społeczności². Dzięki splotowi religii, magii i medycyny lekarz – czarownik nabywał cech bóstwa, był pośrednikiem między dwoma porządkami – duchowym i ziemskim³. To sprawiło, że także w najstarszych cywilizacjach medycyną zajmowali się kapłani.

1.1 Mezopotamia

W Mezopotamii - krainie położonej między Eufratem a Tygrysem, miejscem gdzie splatały się i wzajemnie oddziaływały kultury Sumerów, Akadyjczyków, Babilończyków i Asyryjczyków, medycyną parali się kapłani. Wynikało to z przekonania ludów Mezopotamii, iż choroba ma podłoże supranaturalne. Bóstwem związanym z leczeniem był Marduk – syn naczelnego bóstwa Ea. Opiekę nad kobietami sprawowała bogini Isztar, z kolei nad noworodkami i dziećmi sprawował ją Nebu – syn Marduka. Bogów tych wspierały bóstwa pomocnicze, a w momencie gdy bóg opuszczał człowieka w jego miejsce mógł wstąpić demon, który był odpowiedzialny za

¹ W. Szumowski, *Historia medycyny filozoficznie ujęta*, Kęty 2008, s. 27 – 37.

² Ibidem, s. 35.

³ S. Leff, V. Leff, *Od czarów do medycyny współczesnej*, Warszawa 1959, s.19.

pojawienie się choroby.⁴ Leczeniem zajmowali się kapłani, których ze względu na posiadane kompetencje można podzielić na trzy grupy:

- Lekarze – *asû* – zajmowali się przede wszystkim leczeniem za pomocą lekarstw i napojów leczniczych. *Asû* pracowali metodami zbliżonymi do ich współczesnych odpowiedników leczących na podstawie wiedzy naukowej. *Asû* uciekali się także do zaklęć, które stanowiły część ich arsenału środków leczniczych. Ta część mezopotamskiej medycyny znana była jako *asûtu*, która pozostawała pod patronatem bogini Guli, znanej także jako Ninisina. Symbolem jej mocy uzdrawiania był pies, a głównymi siedzibami jej kultu były Umma, Lagasz, Larsa, Uruk i Babilon. Grupa ta cieszyła się najmniejszym prestiżem, była jednak bardzo dobrze opłacana. Z czasem wyodrębniła się ona ze stanu kapłańskiego dając początek medycynie świeckiej.
- Egzorcyci – *āšipu* – poprzez zaklęcia i zabiegi magiczne *āšipu* mieli doprowadzać do pojednania człowieka z bogiem lub do wypędzenia złego demona, a tym samym do przywrócenia zdrowia. Stosowali również amulety, które często odwoływały się do Ninurty, męża bogini Guli.
- Wróżbici – *barû* – nie uprawiali medycyny praktycznej. Zajmowali się przepowiadaniem przyszłości w oparciu o znaki (znajdowane w narządach zwierząt ofiarnych, zjawiskach przyrodniczych czy snach). Przewidywali wydarzenia takie jak epidemie czy choroby pojedynczych ludzi, a także tłumaczyli ich przyczyny.

Zarówno *āšipu* jak i *barû* byli ściśle związani z świątyniami i nie pobierali za swoje usługi honorariów⁵.

Z Mezopotamii pochodzi także pierwsze znane prawo regulujące praktykę medyczną. Odnaleziona w 1902 r. w Suzie bryła kamienna pokryta pismem klinowym, która jak się potem okazało zawierała kodeks Hammurabiego. Część z 282 paragrafów, dotyczyła wykonywania zawodu lekarza m.in.:

*„Jeżeli lekarz złamaną kończynę wyleczy albo chore
wnętrznosci wygoi, chory zapłaci lekarzowi 5 syklów srebra...
Jeżeli to był niewolnik, płaci właściciel niewolnika lekarzowi dwa
sykle srebra.*

⁴ *Historia medycyny*, red. T. Brzeziński, Warszawa 2004, s. 29-30.

⁵ *Ibidem*, s. 30-31; I. L. Finkel, *Zarys historii medycyny starożytnej Mezopotamii*, Poznań 1997, s. 16-17.

Jeżeli lekarz zada człowiekowi ciężką ranę operacyjną nożem brązowym i człowieka wyleczy albo nagabti człowieka nożem brązowym przetnie, a oko człowieka wyleczy otrzyma 10 syklów srebra... Jeżeli był to niewolnik, płaci właściciel niewolnika lekarzowi 2 sykle srebra.

Jeżeli lekarz zada człowiekowi ciężką ranę nożem brązowym i śmierć tegoż sprowadzi ... albo oko tego człowieka zniszczy, należy mu ręce odciąć... ”⁶.

Jak widać z powyższego cytatu paranie się medycyną było intratnym zajęciem – 2 sykle srebra starczyły by wybudować średniej wielkości okręt. Było to także zajęcie ryzykowne – błąd w sztuce kończył karierę lekarza⁷.

W starożytnej Mezopotamii można doszukać się także śladów pierwszych organizacji – gildii lekarskich. Wiele tekstów medycznych z tamtego okresu kończy informacją, iż treść tabliczki nie jest przeznaczona do ogólnego rozpowszechniania, ale może być udostępniona jedynie osobom do tego uprawnionym. Istnieją też dowody na istnienie rodzin lekarskich. Lekarze przechodzili także specjalistyczne szkolenie, i już po opanowaniu pisma uważali się za coś w rodzaju gildii, do której osoba nisko urodzona miała niewielkie szanse wstąpić⁸.

1.2 Egipt

Podobnie jak w Mezopotamii, w Egipcie medycyna również miała charakter sakralny. Przez cały okres rozwoju tej cywilizacji sztuką lekarską parali się jedynie kapłani. Boskim opiekunem medycyny był Toot – autor 42 ksiąg hermetycznych, z których sześć ostatnich poświęconych było medycynie. Proces leczenia polegał na realizacji przepisów zawartych w księgach, które lekarz – kapłan miał za zadanie opanować. Ścisłe przestrzeganie zaleceń zawartych w księgach hermetycznych chroniło lekarza przed odpowiedzialnością za niepowodzenie w leczeniu. Tylko kiedy lekarz nie zastosował się do zapisów mógł ponieść konsekwencje błędu w sztuce. Surowe rygory nie zachęcały egipskich lekarzy do eksperymentowania czy ufania własnym obserwacjom, co przyczyniało się do hamowania postępu w medycynie.

Pomimo ograniczeń w rozwoju, medycyna egipska cechowała się większym udziałem czynnika empirycznego niż medycyna Mezopotamii, który znacznie

⁶ Cyt. za W. Szumowski, *Historia medycyny*, Warszawa 1961, s. 16.

⁷ W. Szumowski, *Historia medycyny*, Warszawa 1961, s. 16.

⁸ I. L. Finkel, *Zarys... op. cit.*, s. 65-66.

przewyższał udział pierwiastka religijno–magicznego. Lekarze egipscy specjalizowali się w typach chorób lub w dolegliwościach określonych części ciała. Herodot w „Dziejach” pisał:

„Medycyna jest u nich w ten sposób rozdzielona: Każdy lekarz jest tylko dla jednej choroby, a nie dla większej ich liczby. Dlatego wszędzie jest pełno lekarzy; jedni są lekarzami od oczu, drudzy od głowy, inni od zębów, jeszcze inni od brzucha, inni wreszcie lekarzami chorób wewnętrznych”⁹.

Lekarze zwierząt natomiast zajmowali się poszczególnymi gatunkami.

Rolę miejsc, do których chorzy zgłaszali się po pomoc, spełniały świątynie bogów Toota, Ptaha, Apisa czy bogiń Izydy i Sachmet. Pacjenci zgłaszający się po pomoc do świątyni nie płacili lekarzom za poradę. Byli oni bowiem wynagradzani z kasy państwa. Pobierali oni honorarium jedynie za przygotowanie leków i balsamów. Także w świątyniach kształcono adeptów medycyny. Najbardziej znanymi szkołami były świątynie w Heliopolis, Tebach, Memfis, Silsilis i Sais.

Podobnie jak w Mezopotamii dostęp do wiedzy medycznej był ograniczony – tylko kapłani i specjalnie dobrani świeccy mogli być dopuszczeni do tajemnic traktatów medycznych, dających w przekonaniu Egipcjan, nadludzką wiedzę i dostęp do bóstw i demonów. Dzięki temu, a także za sprawą doskonałej organizacji i wysokiego poziomu medycyny egipskiej, lekarze nad Nilem cieszyli się wielkim szacunkiem i uznaniem¹⁰.

1.3 Grecja

Medycyna grecka, u swoich początków, była związana z działalnością kapłanów i skupiona wokół świątyń Apolla, Artemidy i Ateny, a w szczególności Asklepiosa, który czczony był przez Greków jako bóg medycyny. Poślubiwszy boginię Epione (kojąca ból), Asklepios miał z nią czworo dzieci: synów Podajlejriosa i Machaona oraz córki Hygieę i Panakeię. Ta rodzina lekarska zapoczątkować miała kapłańskie rody Asklepiadów, których członkowie praktykowali sztukę lekarską i przekazywali jej tajniki następcom w świątyniach poświęconych swojemu przodkowi¹¹. Do świątyń Asklepiosa ściągały rzesze chorych. Najśłynniejszymi z nich były: świątynia w Epidaurze oraz ta na wyspie Kos. Po oczyszczeniu, kąpeli, poście oraz ofiarach

⁹ Herodot, *Dzieje*, Warszawa 2002, s.130.

¹⁰ *Historia medycyny*, red. T. Brzeziński, op. cit., s. 32-33; A. S. Lyons, R. J. Petrucelli II, *Ilustrowana historia medycyny*, Warszawa 1996, s. 102-103.

¹¹ *Historia medycyny*, red. T. Brzeziński, op. cit., s. 36-37.

złożonych bóstwom, chory spędzał noc w świątyni. Tam w otoczeniu węży – zwierząt poświęconych bogu medycyny, choremu miał przyśnić się sen, na podstawie którego kapłani dobierali odpowiednią metodę leczenia. Z czasem doświadczenie kapłanów stawało się coraz większe, co w konsekwencji przekładało się na skuteczność terapii. Chorzy, którzy odzyskali zdrowie, pozostawiali w świątyni *vota*, wyobrażające chore części ciała.

Kapłani Asklepiosa zazdrośnie strzegli tajemnic swej wiedzy, przekazując ją z ojca na syna i nie dopuszczając do swej kasty obcych. Z czasem jednak w świątyniach zaczęły zakorzeniać się oszukańcze praktyki, działające na psychikę chorych – posągi automaty unoszące ręce w geście błogosławieństwa czy roniące łzy. Świątynie stały się siedliskiem szalbierstwa i zabobonów, a troska o postęp wiedzy medycznej staje się domeną filozofów¹². Tacy mędrcy jak Pitagoras, Empedokles, Heraklit czy Demokryt sporo wnieśli do rozważań nad zdrowiem i chorobą. Jednak, jako że ich metoda nie pozwalała na udowodnienie ich tez, ich koncepcje uległy nieubłaganej krytyce jatrosofistów. Osobą, która stanęła w obronie wiedzy medycznej był Hipokrates. Ten urodzony na wyspie Kos ok. 460 r. p. n. e. potomek rodu Asklepiadów, który obsługiwał tamtejszą świątynię Asklepiosa, już za życia cieszył się powszechnym uznaniem i sławą, a po śmierci, w uznaniu jego wielkiego wkładu w rozwój medycyny, został przez późniejsze pokolenia okrzyknięty ojcem sztuki lekarskiej¹³. Właśnie Hipokrates jest autorem najśłynniejszej przysięgi lekarskiej.

„Przysięgam na Apollona lekarza, na Asklepiosa, Hygieję i Panaceję oraz na wszystkich bogów i boginie, biorąc ich na świadków, że wedle mej możliwości i rozeznania będę dochowywał tej przysięgi i tych zobowiązań.

Mistrza mego w tej sztuce będę szanował na równi z rodzicami, będę się dzielił z nim mieniem i na żądanie zaspokajał jego potrzeby; synów jego będę uważał za swoich braci i będę uczył ich swej sztuki, gdyby zapragnęli się w niej kształcić, bez wynagrodzenia i żadnego zobowiązania z ich strony; prawideł, wykładów i całej pozostałej nauki będę udzielał swym synom,

¹² W. Szumowski, *Historia medycyny filozoficznie...*, op. cit., s. 85 – 88.

¹³ W. Szumowski, *Historia medycyny*, op. cit., s. 47.

synom swego mistrza oraz uczniom, wpisanym i związanym z prawem lekarskim, poza tym nikomu innemu.

Będę stosował zabiegi lecznicze wedle mych możliwości i rozeznaniu ku pożytkowi chorych, broniąc ich od uszczerbku i krzywdy.

Nikommu, nawet na żądanie, nie dam śmiertelnej trucizny, ani nikomu nie będę doradzał, podobnie też nie dam nigdy niewieście środka poronnego. W czystości i niewinności zachowam życie swoje i sztukę swoją.

Nie będę operował chorych na kamicę, pozostawiając to ludziom zawodowo stosującym ten zabieg.

Do jakiegokolwiek wejdę domu, wejdę doń dla pożytku chorych, nie po to, żeby świadomie wyrządzać krzywdę lub szkodzić w inny sposób, wolny od pożądań zmysłowych tak wobec niewiast jak i mężczyzn, wobec wolnych i niewolników.

Cokolwiek bym podczas leczenia, czy poza nim, z życia ludzkiego ujrzał, czy usłyszał, czego nie należy na zewnątrz rozgłaszać, będę milczał, zachowując to w tajemnicy.

Jeżeli dochowam tej przysięgi, i nie złamię jej, obym osiągnął pomyślność w życiu i pełnieniu tej sztuki ciesząc się uznaniem ludzi po wszystkie czasy; jeżeli ją przekroczę i złamię, niech mnie los przeciwny dotknie”¹⁴.

Przysięga Hipokratesa wskazuje, iż także w czasach kiedy sztuka lekarska wyszła poza świątynie, wiedza medyczna nie była dostępna powszechnie. Lekarze starożytnej Grecji, tworzyli grupę zawodową, do której dostęp był ograniczony, która wytworzyła własne, obowiązujące jej członków normy etyczne.

¹⁴ Przysięga Hipokratesa, cyt. za *Wielkopolska Izba Lekarska. Tradycja i współczesność 1921-1999*, red. A. Baszkowski, J. T. Marcinkowski, A. Zarzycki, Poznań 2000, s. 28 – 29.

1.4 Rzym

Do czasu przybycia do Rzymu lekarzy greckich, tamtejsza medycyna opierała się na znajomości sposobów pomocy w przypadku urazów, właściwości leczniczych roślin i innych ludowych metod leczniczych. Religia Rzymian nie poświęcała też wiele uwagi sprawom medycyny. Z czasem, pomimo oporu w stosunku do kultury greckiej, lekarze z Grecji zaczęli zjednywać sobie uznanie, podobnie jak i ich boski patron – Asklepios, który zyskał w Rzymie nowe miano – Eskulapa.

Pierwszym lekarzem greckim, który zyskał w Rzymie uznanie był Asklepiades z Bitynii (124 – 56 r. p. n. e.). Połączył on grecką wiedzę medyczną ze znajomością psychiki Rzymian, którzy cenili sobie prostotę i naturalność. Jego metoda, opierająca się na zasadzie *tuto, celeriter et iucunde* (pewnie, szybko i przyjemnie) trafiła do przekonania hedonistycznie usposobionym Rzymianom. Dzięki temu wzrosło zapotrzebowanie na usługi świadczone przez biegłych w sztuce lekarskiej Greków. Uchroniło ich to przed usunięciem z Rzymu w 46 r. p. n. e. kiedy to Juliusz Cezar zdecydował o deportacji 80000 cudzoziemców. Z liczby tej wyłączono wolnych cudzoziemców, wykonujących zawód lekarza. Zamiast usunąć ich ze stolicy Cezar zdecydował o nadaniu im praw obywatelskich. Uznanie dla medycyny zaowocowało także przywilejami dla lekarzy. W 10 r. n. e. cesarz August zwolnił lekarzy z płacenia podatków, a w 117 r. cesarz Hadrian zwolnił ich od pełnienia powinności publicznych, w tym od służby wojskowej.

Wzrost popularności medycyny w Rzymie przyczynił się do znacznego wzrostu liczby praktykujących lekarzy. Było to także efektem wprowadzenia przez szkołę metodyków, zapoczątkowaną przez Asklepiadesa, przyspieszonej ścieżki kształcenia lekarzy (szkolenie trwało pół roku). Co prawda współczesny im Galen (129 – 199), najwybitniejszy po Hipokratesie lekarz starożytności, nie podzielał poglądów metodyków na medycynę, jednak to oni pod względem lekarskim opanowali Rzym¹⁵.

Wraz ze wzrostem liczby lekarzy zaczęły powstawać zrzeszenia medyków o charakterze społeczno-zawodowym. W Rzymie wyróżniano dwa rodzaje korporacji ze względu na reprezentowane zawody: korporacje zawodów zaufania publicznego, w rozumieniu potocznym tj. notariuszy, czy lekarzy właśnie, oraz korporacje rzemieślnicze. Te pierwsze cieszyły się, podobnie jak dziś, dużym prestiżem. Przynależność do nich była najczęściej przekazywana z pokolenia na pokolenie w danym rodzie. Korporacje

¹⁵ *Historia medycyny*, red. T. Brzeziński, op. cit., s.41-43; W. Szumowski, *Historia medycyny*, op. cit., s. 69 – 74.

rzemieślnicze nie były tak ekskluzywne¹⁶. Sądzi się, że istniały one wcześniej w Grecji, jednak ze względu na niski status społeczny rzemiosła znajdowały się one poza zainteresowaniem *polis*. J. P. Waltzing cytowany przez Durkheima uważał, iż w Rzymie od czasów Cyserona „wydawało się, że wszystkie klasy pracowników są opętane pragnieniem mnożenia stowarzyszeń zawodowych.”¹⁷ Rzymskie korporacje rzemieślników miały charakter związków religijnych. Członkowie czcili bóstwo, które opiekowało się danym zawodem. Sprawowanie obrzędów takiego kultu wiązało się z ucztami, podczas których wspólnota rozdelała żywność i pieniądze pomiędzy potrzebujących członków. Istotną cechą rzymskich korporacji było to, że ich członkowie chowani byli obok siebie we własnych kwaterach na cmentarzach lub przynajmniej za pieniądze korporacji. Durkheim wskazuje, że korporacje w Rzymie nie wykształciły regulacji służących blokowaniu dostępu do zawodu, ustaleniu standardów jakościowych czy czasu terminowania. Korporacje powołane były raczej dla przyjemności wspólnego spędzania czasu poza domem. Tworzyły krąg intymności mniej ograniczony niż rodzina, mniej rozległy niż miasto, dzięki któremu życie stawało się przyjemniejsze¹⁸.

Uporządkowaniem trybu kształcenia lekarzy i zasad praktykowania medycyny w Rzymie musiało zająć się państwo. W 200 r. cesarz Septymiusz Sewer wprowadził obowiązek uzyskiwania zezwolenia władz na wykonywanie praktyki lekarskiej, zaś jego następca, Aleksander Sewer, uregulował sprawę kształcenia lekarzy poprzez utworzenie publicznych sal wykładowych, opłacanie nauczycieli i niesienie pomocy materialnej niezamożnym uczniom. Treści przekazywane adeptom medycyny były stopniowo ujednolicane a ważną część procesu kształcenia stanowiło nauczanie przy łóżku chorego¹⁹.

2. Lekarze w czasach średniowiecza

Upadek Cesarstwa Zachodniorzymskiego w 476 r. sprawił, iż ostatnimi bastionami medycyny grecko – rzymskiej zostały Konstantynopol i Aleksandria. Czasy Cesarstwa Bizantyjskiego nie wniosły jednak do medycyny nowych wartości, jednak wraz z kalifatami arabskimi przyczyniły się do zachowania spuścizny starożytności. Z kolei w zachodniej części dawnego Imperium, w skutek najazdów Wandalów i Hunów

¹⁶ M. Rutkowska, *Samorządy zawodowe w okresie transformacji w Polsce*, Wrocław 2004, s.37.

¹⁷ E. Durkheim, *O podziale pracy społecznej*, Warszawa 1999, s. 12.

¹⁸ Ibidem, s. 18.

¹⁹ *Historia medycyny*, red. T. Brzeziński, op. cit., s. 43.

zniszczony został dorobek naukowy starożytności²⁰. Jego odbudowie nie sprzyjał stosunek Kościoła do nauki, który najlepiej ilustrują słowa Pawła z Tarsu: „Mądrość tego świata jest głupotą u Boga”²¹.

We wczesnym średniowieczu medycyna zachodu powróciła do tradycji medycyny ludowej, połączonej z elementami mistycznymi, z tą różnicą, iż miejsce dawnych bogów zajęli chrześcijańscy święci. Centrami wiedzy medycznej stały się klasztory, które w myśl zasady miłosierdzia służyć miały nieść cierpiącym ulgę. Sprawowały one przede wszystkim opiekę duchową nad chorymi, której towarzyszyły elementy medycyny.

Z czasem Kościół, który pomimo swej niechęci do nauki przechował przez okres najazdów ludów barbarzyńskich część ksiąg starożytnych, czy choćby sztukę czytania i pisania. Dzięki temu w późniejszym okresie to Kościół stał się organizatorem systemu oświatowego. Szkoły klasztorne i katedralne kształciły swoich uczniów w zakresie „siedmiu sztuk wyzwolonych” podzielonych na *trivium*, w którego skład wchodziły gramatyka, dialektyka i retoryka, oraz *quadrivium* obejmujące arytmetykę, geometrię, astronomię i muzykę. Należy pamiętać, iż ówczesne nauki miały szerszy zakres niż dzisiejsze ich odpowiedniki – gramatyka obejmowała i stylistykę i historię literatury, dialektyka – logikę, retoryka – prawo a geometria – geografę, historię naturalną i medycynę. Począwszy od IX w. w szkołach klasztornych jako przedmiot nauczania pojawiły się *physica* – zawierające zalecenia higieniczne, wiadomości o ziołach i podstawowe zasady postępowania w chorobach. Medycyny zaczęto uczyć także w szkołach świeckich, z których najświetniejszymi były szkoły w Salerno i Montpellier²². Na bazie szkół świeckich od XII w. zaczęły powstawać uniwersytety, początkowo określane mianem *studium generale*. Dla medycyny w owym czasie największe znaczenie miały szkoły wyższe w Salerno, Montpellier, Bolonii i Padwie. Studium medycyny trwało 4-5 lat. Po 2-3 latach słuchacze mogli składać pierwszy egzamin na stopień bakałarza. Bakałarze stawali się pomocnikami wykładowców i prowadzili wykłady i kierowali studiami scholarów. Po kolejnych 2-3 latach studiów, które obejmowały również, obok nauczania teoretycznego, praktykę przy łóżku chorego, następował egzamin lekarski. Związane z nim było uzyskanie uprawnień do

²⁰ Ibidem, s. 44-45.

²¹ B. Seyda, *Dzieje medycyny w zarysie*, Warszawa 1977, s. 81.

²² *Historia medycyny*, red. T. Brzeziński, op. cit., s. 45- 47, 50; W. Szumowski, *Historia medycyny*, op. cit., s. 100.

wykonywania praktyki lekarskiej oraz tytuł „magistra medycyny” umożliwiające nauczanie w szkołach wyższych²³.

W czasach średniowiecznych lekarze, ze względu na niewielką ich liczbę – np. matrykuły uniwersyteckie z lat 1386-1390 wykazują w Heidelbergu pięciu, a w Kolonii ośmiu studentów medycyny²⁴, nie tworzyli organizacji o charakterze zawodowym. Organizacje takie tworzyli natomiast kupcy i rzemieślnicy zrzeszeni w gildiach i cechach.

Na czele gildii stał tzw. starszy- *olderman*, któremu w pracy pomagało czterech asesorów – *wardensów*. Zarząd gildii wraz z obieralną radą kierował jej sprawami i zarządzał jej majątkiem. Gildia miała nie tylko charakter stowarzyszenia zawodowego i klubu. Spełniała również funkcje samopomocowe – opiekowała się swoimi członkami w razie choroby lub innych nieszczęść. Niezależnie od gildii powstawały też związki o charakterze szerszym, skupiające kupców z kilku czy nawet kilkunastu ośrodków, tak zwane hanzy.

Z kolei rzemieślnicy poszczególnych miast posiadali własne organizacje - cechy, grupujące pracowników jednego rzemiosła lub kilku rzemiosł w przypadku małej liczby rzemieślników danej specjalności, kiedy nie opłacało się zakładać odrębnych organizacji.

Do cechu należeli rzemieślnicy samodzielni – majstrowie posiadający swoje własne warsztaty, jak i niesamodzielnymi, którzy takowych nie mieli. Majstrem mógł zostać tylko obywatel danego miasta. W jego warsztacie pracowali uczniowie, którzy szkolili się w danym rzemiośle. Czas nauki trwał zazwyczaj od czterech do sześciu lat. Przez ten czas uczeń traktowany był jako członek rodziny majstra i był zobowiązany wykonywać wszelkie zleczone mu zadania, które bardzo często nie miały nic wspólnego z jego przyszłym zawodem. Po zakończeniu nauki uczeń zostawał czeladnikiem i przez pewien czas pracował w warsztacie swojego majstra przygotowując tzw. majstersztyk – dowód zupełnego opanowania wyuczonego rzemiosła. Potem dla uzupełnienia swej wiedzy wyruszał na wędrowkę po innych miastach krajowych i zagranicznych by osiąść tam, gdzie udało mu się znaleźć najlepsze dla siebie warunki samodzielnej pracy.

Cech zarządzany był przez starszych, wybieranych przez majstrów cechowych. Ich zadaniem było administrowanie majątkiem należącym do cechu, nadzór nad wykonywaniem przepisów i sprawowanie sądu w sprawach zawodowych.

²³ K. Pollak, *Uczniowie Hipokratesa*, Warszawa 1970, s. 183-184.

²⁴ Ibidem, s. 184.

Cech oprócz funkcji zawodowych, towarzyskich i dewocyjnych miał też do spełnienia zadania militarne – rzemieślnicy zrzeszeni w cechach wypełniali szeregi milicji miejskiej i mieli wyznaczone pewne odcinki murów do obrony. Wiązało się to z koniecznością łożenia środków na ich konserwację i zakup uzbrojenia²⁵.

Fakt istnienia organizacji zawodowych innych profesji miał znaczenie dla kształtowanie się stosunku państwa do korporacji zawodowych. Z doświadczeń rzemieślników i kupców lekarze skorzystali w późniejszych okresach.

3. Lekarze w czasach nowożytnych

Czasy odrodzenia i baroku to okres rozwoju medycyny. Wynalazek druku sprawił, iż dostęp do wiedzy stał się łatwiejszy. Z kolei Reformacja spowodowała wyzwalanie się edukacji spod dominacji Kościoła oraz stopniowe wkraczanie języków narodowych do nauki (w dziedzinie medycyny za przykład posłużyć mogą Paracelsus czy Wojciech Oczko). Nauczanie medycyny pozostało domeną uniwersytetów, które odchodziły od skostniałego, scholastycznego modelu kształcenia na rzecz praktyki. Anatomia, dzięki możliwości przeprowadzania sekcji zwłok, zaczęła zajmować coraz znacześniejsze miejsce w programie studiów medycznych. Pierwsze teatry anatomiczne powstają w Padwie (1490), Montpellier (1551) i Bazylei (1588). Przy uczelniach powstają także ogrody botaniczne, w których prowadzone są praktyczne zajęcia z botaniki lekarskiej. W okresie tym pojawiła się nowa forma organizacji nauki – towarzystwa naukowe. Początkowo były to instytucje prywatne, powstające na krótko. Z czasem uzyskały trwały charakter. Pierwszą znaczącą instytucją tego rodzaju była Accademia dei Lincei (1603 – 1630), zrzeszająca przyrodników eksperymentatorów. Wyniki swoich badań, jej członkowie publikowali w czasopiśmie akademii – Gesta Lynceorum. Po rozwiązaniu akademii jej rolę przejęła Accademia del Cimento działająca w latach 1657 – 1667 we Florencji. Innymi znaczącymi towarzystwami naukowymi, mającymi znaczny wkład w rozwój wiedzy medycznej były, Academia Naturae Curiosorum, założona w 1652 r. w Schweinfurcie nad Menem, Royal Society of London powstałe w 1660 r. oraz Academie des Sciences w Paryżu założona w 1666 r.²⁶.

Czasy nowożytne to także okres, kiedy rodził się kapitalizm. Aby zabezpieczyć swoje interesy ekonomiczne, różne grupy zawodowe zakładały swoje organizacje. W

²⁵ T. Manteuffel, *Historia Powszechna. Średniowiecze*, Warszawa 2005, s. 267 – 268.

²⁶ *Historia medycyny*, red. T. Brzeziński, op. cit., s. 56 – 61.

1485 r. w Antwerpii powstała pierwsza belgijska izba handlowa. Ponad sto lat później w 1599 r. w Marsylii wybrana została pierwsza francuska rada kupiecka powołana do obrony interesów handlu. W XVII i XVIII wieku izby handlowe powstały we wszystkich większych miastach Francji. W późniejszym okresie izby te, stały się wzorem dla izb handlowych w innych krajach, zwłaszcza w Niemczech, w prowincjach sąsiadujących z Francją i tych zajętych przez Napoleona²⁷.

Wzorem kupców, także lekarze dążyli do obrony swych interesów. Pod koniec XVI w. w licznych miastach na Starym Kontynencie zaczęły powstawać *Collegia Medica*. Początkowo miały one na celu zabezpieczanie praw i przywilejów dyplomowanych lekarzy w stosunku do wszelkich innych osób parających się leczeniem oraz podniesienie społecznego statusu doktorów medycyny. Z biegiem czasu kolegia medyczne stały się organami kontroli i nadzoru nad wszelkimi sprawami związanymi z ochroną zdrowia na terenie swego działania. Kolegia, bazując na poglądach deontologicznych Hipokratesa, miały też dbać o etyczne postępowanie swoich członków. Do obowiązków kolegów należało dbanie o poziom kompetencji lekarzy oraz udzielanie porad i pomocy cyrulikom, akuszerkom a przede wszystkim młodym lekarzom. Kolegia interweniowały w sporach dotyczących wynagrodzenia lekarza oraz w skargach o nieskuteczne leczenie. Egzaminowały one również lekarzy i delegowały swoich przedstawicieli na egzaminy w cechach chirurgów i aptekarzy²⁸.

W ówczesnej Polsce podjęto próby powołania tego typu instytucji. Projekt utworzenia pierwszych izb lekarskich powstał w Gdańsku w 1612 r. Celem działania *Collegium Medicum* miało być promowanie i dopuszczanie do praktyki lekarzy, rozpatrywanie konfliktów dotyczących sztuki lekarskiej, prowadzenie konsultacji, badanie leków i kontrolowanie aptek. Projekt ten nie został jednak zaakceptowany przez radę miejską. Kolejna próba powołania *Collegium Medicum* została podjęta w 1677 r. przez Macieja Littawera, syna lekarza Zygmunta III. Razem z 13 innymi lekarzami przedstawił projekt pod tytułem *Adumbratio Legum Futuri Collegii Medici Gedanensis*, który zawierał deontologiczne zasady postępowania lekarzy:

- zakaz ubiegania się o praktykę lekarską niegodziwymi i niedozwolonymi sposobami,

²⁷ Z. Grelowski, *Samorząd specjalny gospodarczy - zawodowy - wyznaniowy według obowiązujących ustaw w Polsce*, Katowice 1947, s.52-53.

²⁸ B. Seyda, *Dzieje medycyny...*, op. cit. S. 177.

- zakaz zjednywania sobie sławy poprzez pogardzanie innymi lekarzami i wtrącanie się w proces leczenia prowadzony przez innego lekarza,
- powoływanie arbitrów lub stawanie wobec całego kolegium w razie konfliktu między lekarzami,
- zakaz sprzeczek między lekarzami w obecności osób trzecich.

Projekt przewidywał także demokratyczny wybór rady kolegium. Jednak i on nie uzyskał aprobaty gdańskich rajców. W 1752 r. W. Mitzner de Koloff, konsyliarz dworu Augusta III, uzyskał przywilej założenia *Collegium Medicum Varsoviense*, ale także ten projekt nie został zrealizowany z powodu braku zgody Sejmu²⁹.

Doba Oświecenia to okres dalszego rozwoju wiedzy medycznej. To na ten czas przypada działalność takich znamienitych lekarzy jak Julien Offray de La Mettrie i Herman Boerhaave, który na trwałe uczynił nauczanie kliniczne elementem nauczania medycyny, czy jego uczeń Albert Haller – twórca fizjologii³⁰. Wiek XVIII był „złotym okresem stanu lekarskiego”. Lekarze pobierali wówczas bardzo wysokie honoraria, na które stać było bardzo niewielu. Pomimo tego, już od drugiej połowy wieku XVIII lekarze, obawiając się zmniejszenia przychodów energicznie zaczęli przeciwstawiać się zwiększeniu liczby dopuszczonych do praktyki lekarskiej³¹.

4. Wiek XIX – pierwsze izby lekarskie

Wiek XIX to czas kiedy wzmagają się w Europie tendencje liberalne. Postulaty wprowadzania praw i wolności obywatelskich gwarantowanych konstytucją, odpowiedzialności rządu przed parlamentem zostają stopniowo wprowadzane w życie³². Dzięki postulowanej przez liberałów konieczności decentralizacji administracji³³ oraz wskazaniu przez Hegla roli korporacji w porządku społecznym³⁴ organizacje gospodarcze i zawodowe zyskują uznanie ze strony państwa. W 1848 r. niemiecki system prawny przekształcił istniejące w poszczególnych regionach izby handlowe w instytucje przymusowe, mające osobowość publiczno-prawną. We Francji pierwsza izba handlowa powstała w 1850 r. W ślad za izbami handlowymi zaczęły powstawać izby innego

²⁹ *Etyka i deontologia lekarska*, red. T. Kielanowski, Warszawa 1985, s.203-204.

³⁰ W. Szumowski, *Historia medycyny*, op. cit. s. 284 – 300.

³¹ B. Seyda, *Dzieje medycyny...*, op. cit. s. 427.

³² H. Izdebski, *Historia administracji*, Warszawa 2001, s. 62 – 63, *Samorząd w Polsce. Istota, formy, zadania*, red. S. Wykrętowicz, Poznań 2008, s. 18 – 20.

³³ *Ibidem*, s. 100 – 103.

³⁴ G. W. F. Hegel, *Zasady filozofii prawa*, Warszawa 1969, s. 233 – 237.

rodzaju: w 1894 r. izby rolnicze, w 1896 r. izby maklerów giełdowych, w 1900 r. izby rzemieślnicze i izby adwokackie, w 1901 r. izby aptekarskie³⁵.

Zawód lekarza również uzyskał formalno-prawną reprezentację. Początkowo były to kolegia lekarskie, które rozpoczęły działalność w Królestwie Pruskim w 1821 r.³⁶. Izby lekarskie utworzono w Prusach 25 maja 1887 r. na podstawie królewskiego rozporządzenia dla Prus, dotyczącego wprowadzenia lekarskiego przedstawicielstwa stanowego. Był to efekt zarówno rozwoju izb handlowych, które były wzorem organizacyjnym, jak i reform kanclerza Bismarcka, który w latach 1883-1889 tworzył system ustawowego ubezpieczenia zdrowotnego, wypadkowego oraz na wypadek inwalidztwa. Izby lekarskie były przedstawicielstwem stanowym lekarzy, które miało artykułować stanowisko środowiska medycznego odnośnie spraw dotyczących zawodu lekarza i interesu publicznej opieki zdrowotnej wobec władz państwowych tworzących system powszechnej opieki zdrowotnej³⁷. Na ziemiach polskich powołano Izbę Poznańską, Zachodniopomorską, Wschodniopomorską i Śląską. W Austrii izby powstały w 1891 r. Na terenach polskich powstały dwie izby: Wschodniogalicyska z siedzibą we Lwowie i Zachodniogalicyska z siedzibą w Krakowie³⁸. Na terenach zaboru rosyjskiego izby lekarskie nigdy nie powstały.

Warto także podkreślić, iż polscy lekarze pod rządami zaborców tworzyli własne organizacje, podobne jak inne grupy zawodowe. Zaborcze ustawy, które regulowały powstawanie stowarzyszeń ograniczały swobodę ich powstawania i pozwalały na delegalizację organizacji za najdrobniejsze nawet uchybienia. Jednak pomimo nieprzychylności władz zaborczych powstawały polskie towarzystwa rolnicze np. Galicyjskie Towarzystwo Gospodarcze, Królewskie Towarzystwo Gospodarczo-Rolnicze w Warszawie, Towarzystwo Rolnicze w Piasecznie, czy naukowe np. Polskie Towarzystwo Przyrodnicze im. Kopernika, Polskie Towarzystwo Filozoficzne³⁹.

Na bazie prawa zaborców powstały też organizacje lekarskie. Początkowo były to ciała o charakterze naukowym. Pod zaborem rosyjskim w 1805 r. powstało Wileńskie Towarzystwo Lekarskie, którego pierwszym prezesem został Jędrzej Śniadecki, a w 1820

³⁵ M. Rutkowska, op. cit., s. 29.

³⁶ *Etyka i deontologia...*, op. cit., s. 203.

³⁷ A. Kaiser, *Historia Śląskiej Izby Lekarskiej*, w: *Przeszłość zrozumieć - przyszłość kształtować* : Konferencja, 9-11 września 2005, Wrocław : referaty przygotowane na konferencję, Wrocław 2005, s.28-29.

³⁸ M. Rutkowska, op. cit., s. 67-68, A. Baszkowski, *Początki samorządu lekarskiego*, Biuletyn Informacyjny Wielkopolskiej Izby Lekarskiej nr 7 2006 (Lipiec – Sierpień), s. 23.

³⁹ E. Smoktunowicz, *Prawo zrzeszania się w Polsce*, Warszawa 1992, s. 21 -26.

r. Warszawskie Towarzystwo Lekarskie, kierowane przez Augusta Ferdynanda Wolffa. Kolejne towarzystwa powstawały m. in. w Żytomierzu w 1858 r. (Towarzystwo Lekarzy Wołyńskich), w Kamieńcu Podolskim w 1859 r. (Towarzystwo Lekarzy Podolskich), w Mińsku w 1867 r. (Towarzystwo Lekarskie Mińskie) czy w Radomiu w 1871 r. (Towarzystwo Lekarskie Radomskie). Na fali rewolucji 1905 r. powstały Związek Lekarzy Polskich i Stowarzyszenie Lekarzy Polskich. Pierwsza z tych organizacji, powołana 17 grudnia 1905 r., została zdelegalizowana w już 1906 r., druga utworzona w sierpniu 1906 przetrwała do 1910 r. Obie za swój cel stawiały powołanie izb lekarskich na terenie Królestwa Polskiego. Z kolei na terenach zaboru austriackiego funkcjonowały Towarzystwo Lekarzy Galicyjskich z siedzibą we Lwowie działające od 1867 r., którego dwa najliczniejsze oddziały lwowski i krakowski miały uprawnienia autonomiczne i prawo do używania własnych nazw – Towarzystwo Lekarskie Lwowskie i Towarzystwo Lekarskie Krakowskie. Pod zaborem pruskim polscy lekarze mieli zdecydowanie mniej swobód narodowych, jednak w 1832 r. utworzyli oni Towarzystwo Lekarskie w Poznaniu ale około 1840 r. przestało ono istnieć. Dopiero od 1865 r. lekarze polscy zorganizowali się w Wydział Lekarski działającego od 1857 r. Poznańskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk⁴⁰.

Z czasem pojawiły się też inicjatywy pełniące funkcje integracyjne. Rolę utrzymania więzi i wymiany naukowej między polskimi lekarzami z trzech zaborów a także tymi, którzy opuścili ziemie polskie spełniały Zjazdy Lekarzy i Przyrodników Polskich odbywające się naprzemiennie w Krakowie i Lwowie od 1869 r.⁴¹ Miały one również znaczenie dla kształtowania postaw narodowych lekarzy polskich. Najlepszym tego przykładem jest fakt uchwalenia, z inicjatywy działaczy Wschodniogalicyjskiej Izby Lekarskiej, przez X Zjazd Lekarzy i Przyrodników Polskich w 1907 r. wspólnego dla lekarzy wszystkich trzech zaborów kodeksu deontologicznego⁴².

5. Izby lekarskie w II RP

Po odzyskaniu przez Polskę niepodległości w 1918 r. przed władzami stało trudne zadanie scalenia w jeden organizm trzech różnych, pod względem stopnia rozwoju czy obowiązującego porządku prawnego, części kraju. W niektórych przypadkach zdecydowano się utrzymać w mocy prawo zaborcze (np. utrzymano w

⁴⁰ K. Brożek, *Polskie stowarzyszenia lekarskie 1805-1951*, Warszawa 2005, s. 17-26, T. Nasierowski, *Samorząd lekarski w Polsce*, Warszawa 1989, s. 17 – 19.

⁴¹ Ibidem, s. 30-31.

⁴² T. Nasierowski, *Świat lekarski w Polsce (II poł. XIX w. – I poł. XX w.)*, Warszawa 1992, s. 27.

mocy ustawę austriacką z 29 czerwca 1868 r. o izbach handlowo – przemysłowych czy ustawę pruską z 30 czerwca 1894 r. o izbach rolniczych⁴³), w innych uchwalano nowe prawo. W przypadku korporacji lekarskiej wybrano ten drugi wariant – podjęto działania na rzecz uchwalenia własnej ustawy regulującej działanie samorządu lekarskiego.

Prace nad ustawą o izbach lekarskich rozpoczęto bardzo szybko. W dniach 15 - 17 stycznia 1919 r. odbyła się w Krakowie, pod przewodnictwem Witolda Chodźki, podsekretarza w stanu w Ministerstwie Zdrowia Publicznego, narada dotycząca uregulowania funkcjonowania opieki zdrowotnej w Polsce. Omawiano także założenia projektu ustawy o izbach lekarskich, przygotowane przez doc. Józefa Jaworskiego, który oparł się na rozwiązaniach austriackich. W trakcie konferencji uznano, iż izby lekarskie powinny mieć: atrybuty władzy, należytą egzekutywę, obejmować wszystkich lekarzy i być wprowadzone na terenie całego kraju. Dalszymi etapami prac nad ustawą były konsultacje projektów rządowych z Izbą Wschodniogalicyską (Lwowską), która razem z izbą krakowską działać miały do czasu powstania nowych izb. Projekt „ordynacji lekarskiej” zawierający postanowienia dotyczące izb trafił do Sejmu 1 maja 1919 r. Został on jednak podzielony przez Komisję Zdrowia Publicznego na dwie części – projekt „ordynacji lekarskiej” i projekt „ustawy w przedmiocie utworzenia i zakresu działania izb lekarskich w Państwie”. W toku prac zdecydowano się jednak gruntownie zmienić oba projekty. W nowej formie trafiły one do Sejmu 27 i 30 listopada 1920 r. Dyskusja nad nimi trwała aż do 7 października 1921 r., kiedy to Sejmowa Komisja Zdrowia Publicznego zakończyła swoje prace. Po dodaniu poprawek wniesionych przez Ministra Sprawiedliwości 2 grudnia 1921 r. Sejm uchwalił ustawy o wykonywaniu praktyki lekarskiej (Dz. U. 1921 nr 105, poz. 762) i o ustroju i zakresie działania izb lekarskich (Dz. U. 1921 nr 105, poz. 763)⁴⁴.

5.1 Samorząd lekarski pod rządami ustawy z 1921 r.

Na mocy tej ustawy samorządne przedstawicielstwo stanu lekarskiego tworzyły wyposażone w osobowość prawną izby lekarskie oraz Naczelna Izba Lekarska. W myśl art. 1 ustawy zadaniem korporacji lekarskiej było samorządne uporządkowanie spraw dotyczących interesów i bytu stanu lekarskiego, jego zadań i celów przy wykonywaniu obowiązków lekarskich względem społeczeństwa i w stosunkach lekarzy między sobą,

⁴³ Z. Grelowski, op. cit., s.58.

⁴⁴ T. Nasierowski, *Świat lekarski...*, op. cit. s. 44 – 46.

jak również strzeżenie jego praw, godności i sumienności oraz współdziałanie z urzędami państwowymi i samorządowymi w sprawach zdrowia publicznego.

Struktura terytorialna samorządu lekarzy oparta była na podziale administracyjnym kraju (Wojewódzkie Izby Lekarskie) jednak Minister Zdrowia Publicznego w porozumieniu z Naczelną Radą Lekarską mógł powoływać w poszczególnych częściach państwa dodatkowe izby lekarskie, przyłączać do obszaru sąsiedniej izby wojewódzkiej część terytorium innej izby, jak też łączyć kilka izb wojewódzkich w jedną izbę dzielnicową. Członkami izby lekarskiej byli wszyscy lekarze wykonujący praktykę lekarską zamieszkali w okręgu izby i wpisani na jej listę a także za zgodą Rady Izby lekarze nie wykonujący praktyki⁴⁵.

Na podstawie art. 46 ustawy z 1921 roku oraz Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 15 marca 1922 r. w przedmiocie utworzenia izb lekarskich (Dz. U. 1922 nr 41 poz. 353) zmienionego Rozporządzeniem Ministra Zdrowia Publicznego z dnia 22 września 1922 r. w przedmiocie zmiany rozporządzenia o utworzeniu izb lekarskich (Dz. U. 1922 nr 85 poz. 767) utworzono:

- Izbę Lekarską Warszawsko – Białostocką,
- Izbę Lekarską Lwowską,
- Izbę Lekarską Lubelską,
- Izbę Lekarską Krakowską,
- Izbę Lekarską Łódzką,
- Izbę Lekarską Poznańsko – Pomorską.

Jednocześnie z powołaniem izb lekarskich doszło do likwidacji izb: krakowskiej i lwowskiej działających na podstawie prawa austriackiego. Zgodnie z art. 47 ustawy i z zapisami Rozporządzenia Ministra Zdrowia Publicznego z dnia 17 czerwca 1922 r. w przedmiocie likwidacji Izb Lekarskich we Lwowie i Krakowie (Dz. U. 1922 r., nr 51, poz. 463) do czasu wyboru organów nowych izb czynni mieli być ustanowieni przez Ministra komisarze odpowiedzialni za zabezpieczenie majątku izb i przekazanie ich wraz z aktami organom nowych izb.

Rozporządzenie tworzące izby lekarskie nie obejmowało województwa nowogrodzkiego, Wileńszczyzny i Śląska. Izba Lekarska Wileńsko – Nowogrodzka powstała dopiero w 1925 r. na mocy Rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych z dnia 20 grudnia 1925 r. w sprawie utworzenia izby lekarskiej wileńsko-nowogrodzkiej

⁴⁵ M. A. Waligórski, S. Pawłowski, *Samorząd zawodowy i gospodarczy w Polsce*, Poznań 2005, s. 115-116.

(Dz. U. 1925 r., nr 129, poz. 931) zaś Śląska Okręgowa Izba Lekarska powstała na mocy Rozporządzenia Ministra Opieki Społecznej z dnia 26 lipca 1934 r. o ustanowieniu śląskiej okręgowej izby lekarskiej (Dz. U. 1934 r., nr 70, poz. 678). Wcześniej zadania izby spełniał Związek Gospodarczy.⁴⁶

Rycina 1. Rozmieszczenie siedzib izb lekarskich w II RP



Źródło: *Wielkopolska Izba Lekarska. Tradycja ...*, op. cit., s. 47

pierwszych wyborach do Rady Izby Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej (Dz. U. 1922 r., nr 116, poz. 1061).

Izby Lekarskie realizowały podstawowe zadania samorządu, a poza tym zarządzały majątkiem, ustalały opłaty na pokrycie potrzeb izby i instytucji wzajemnej pomocy, opracowywały regulaminy wewnętrzne. Miały także prawo zakładać i prowadzić instytucje mające zabezpieczyć lekarzy na wypadek starości, choroby, stałej niezdolności do pracy jak również zabezpieczać wdowy i sieroty po lekarzach.

Organami izby były rada izby, zarząd izby, komisja rewizyjna i sądy dyscyplinarne, których kadencja trwała 3 lata. Rada izby składała się z co najmniej 20 osób wybieranych w głosowaniu tajnym na trzy lata przez wszystkich lekarzy izby.

Rada izby wybierała spośród siebie na okres jednego roku zarząd w liczbie od 5

⁴⁶ E. Więckowska, *Lekarze jako grupa zawodowa w II Rzeczypospolitej*, Wrocław 2004, s.229.

⁴⁷ *Wielkopolska Izba Lekarska. Tradycja i współczesność 1921 – 1999*, red. A. Baszkowski, J. T. Marcinkowski, A. Zarzycki, Poznań 2000, s. 48.

do 9 osób, a także zastępców członków zarządu w liczbie odpowiadającej członkom zarządu, z tym, że corocznie wybierano połowę członków zarządu w miejsce ustępujących członków.

Do jego zadań należało przede wszystkim prowadzenie listy lekarzy. Wykreślenie z listy miało miejsce w wypadku śmierci lekarza, zaniechania wykonywania przez niego praktyki lub po opuszczeniu na stałe okręgu izby. O wpisaniu na listę lekarzy i o wszystkich w niej zmianach rada miała obowiązek ogłaszać we właściwym dzienniku urzędowym (nie rzadziej jak raz na trzy miesiące) oraz informować raz w roku (w styczniu) Naczelną Izbę Lekarską i Ministra Zdrowia Publicznego. Oprócz tego zarząd izby zwoływał posiedzenia rady, wydawał opinie na żądanie władz i NIL, sporządzał coroczne sprawozdanie z wykonania budżetu izby, wykonywał uchwały rady, pobierał składki członków izby, pośredniczył w nieporozumieniach pomiędzy członkami izby, czy pomiędzy członkiem izby a nie lekarzem, jeżeli strony się na to zgodziły. Zajmował się również przekazywaniem sądowi dyscyplinarnemu spraw dotyczących wykroczeń członków izby oraz występowaniem wobec czynników zewnętrznych w obronie praw i dobra członków stanu lekarskiego i w interesie zdrowia publicznego. Uchwały zarządu były prawomocne jeżeli zapadały przy udziale przynajmniej 2/3 członków zwykłą większością głosów.

Zarząd izby wybierał swego przewodniczącego (naczelnika), jednego lub dwu zastępców oraz pisarza i skarbnika. Naczelnik izby reprezentował izbę na zewnątrz, kierował jej pracami oraz zarządzał wykonywaniem uchwał rady i zarządu. Pisarz izby był odpowiedzialny za obsługę kancelaryjną izby, prowadził protokoły posiedzeń zarządu i rady. Skarbnik odpowiadał za finanse izby.

Komisja rewizyjna była wybierana przez radę izby albo spośród siebie albo spośród wszystkich członków izby w ilości od 3 do 5 członków. Komisja rewizyjna posiadała prawo kontroli we wszystkich sprawach pieniężnych izby oraz sprawdzania wszelkich ksiąg i dokumentów w tej dziedzinie w każdym wyznaczonym przez siebie terminie. Komisja miała także obowiązek przeprowadzić kontrolę na wniosek rady, zarządu Naczelnej Izby Lekarskiej, a także władz państwowych i przedstawić jej wynik za pośrednictwem zarządu izby⁴⁸.

Organem dyscyplinarnym izb lekarskich był sąd lekarski, wybierany na okres jednego roku w składzie od 12 do 24 członków i tyluż zastępców spośród członków rady

⁴⁸ M. A. Waligórski, S. Pawłowski, op. cit., s. 116 – 117.

i spoza niej, przy czym co rok dokonywano wyboru połowy składu sądu w miejsce odchodzących członków. Sąd izby lekarskiej miał prawo stosowania takich kar jak: ostrzeżenie, napomnienie, nagana, odjęcie prawa wykonywania praktyki lekarskiej na okres nie dłuższy niż rok i wykreślenie z listy lekarskiej członków izby, co łączyło się z pozbawieniem uprawnienia do wykonywania praktyki lekarskiej. Powyższe kary mogły ulec zaostrzeniu poprzez imienne ogłoszenie o wyroku w dzienniku urzędowym izby, nałożenie kary grzywny w wysokości 50 000 marek, jak również przez odebranie czynnego i biernego prawa wyborczego na okres jednej kadencji organów izby. Czynności rzecznika dyscyplinarnego przewodniczący sądu, w każdym poszczególnym przypadku, powierzał jednemu z członków sądu lekarskiego. Rozprawa odbywała się przed składem orzekającym w pełnym składzie, lub w kompletach złożonych od 4 do 6 członków oraz przewodniczącego sądu. Oskarżony, w ramach przysługującego mu prawa do obrony, zobowiązany był posiadać obrońcę wybranego przez siebie lub wyznaczonego przez sąd spośród członków izby. Od wyroku sądu izby przysługiwało odwołanie do sądu Naczelnej Izby Lekarskiej. Sądy dyscyplinarne mogły też pełnić funkcję sądów polubownych, wydając opinie w wypadkach sporów lekarzy między sobą. Nadzór nad samorządem lekarzy sprawował Minister Zdrowia Publicznego⁴⁹.

Stałym przedstawicielstwem i bezpośrednią władzą samorządową wszystkich izb lekarskich w państwie była Naczelna Izba Lekarska z siedzibą w Warszawie, złożona z przedstawicieli izb wojewódzkich, którzy po raz pierwszy zebrali się w celu wyboru władz NIL 9 czerwca 1923 r.⁵⁰. Naczelna Izba Lekarska była instytucją opiniodawczą i współdziałającą z władzami rządowymi w sprawach dotyczących wykonywania praktyki lekarskiej, nadzorująca poszczególne izby lekarskie w sprawach związanych z prawomocnością i skutecznością ich działania. Zadaniem Naczelnej Izby było również normowanie i kierowanie działalnością izb wojewódzkich w sprawach nieobjętych wyraźnymi przepisami ustawy, które były im przekazane. Izba była także instancją odwoławczą w razie sporów między izbą a należącymi do niej lekarzami oraz poszczególnymi izbami pomiędzy sobą, a także w sprawach etyki zawodowej. Organami Naczelnej Izby lekarskiej były: zarząd, komisja rewizyjna oraz sąd dyscyplinarny⁵¹.

⁴⁹ Ibidem, s. 117 – 118

⁵⁰ E. Więckowska, *Lekarze jako...* op. cit., s. 237.

⁵¹ M. A. Waligórski, S. Pawłowski, op. cit., s. 117.

5.2 Samorząd lekarski pod rządami ustawy z 1934 r.

Zmiany w ustroju samorządu zawodowego lekarzy przyniosła ustawa z 15 marca 1934 r. o izbach lekarskich (Dz. U. RP Nr 31, poz. 275). Wprowadziła ona jednolitą strukturę izb lekarskich w postaci okręgowych izb lekarskich opartych o podział administracyjny państwa na województwa, przy czym – tak jak poprzednio – izba okręgowa mogła obejmować obszar jednego lub kilku województw.

Ustawa z 1934 r. w przeciwieństwie do poprzedniej ustawy precyzyjnie określała zadania samorządu lekarskiego. Art. 4 stanowił, iż do zakresu działania izb lekarskich należały sprawy następujące:

- 1) współdziałanie z władzami rządowymi i samorządowymi w sprawach zdrowia publicznego;
- 2) krzewienie i strzeżenie etyki, godności i sumienności zawodowej wśród członków;
- 3) współdziałanie z władzami rządowymi w sprawach wykonywania nadzoru nad praktyką lekarską;
- 4) przedstawicielstwo zawodu lekarskiego i obrona jego interesów;
- 5) piecza nad stanem materialnym członków izby, a w szczególności zakładanie, za zgodą właściwej władzy, i prowadzenie przymusowych instytucji ubezpieczeniowych oraz wzajemnej pomocy dla członków izb lekarskich i ich rodzin;
- 6) popieranie instytucji naukowych oraz zakładanie, prowadzenie lub popieranie prac i instytucji społecznych;
- 7) sądownictwo dyscyplinarne;
- 8) sądownictwo polubowne.

Nowa ustawa uściśliła zasady wpisu na listę członków izby. Wprowadziła zasadę, że lekarz zostaje wpisany na listę prowadzoną przez izbę właściwą ze względu na miejsce zamieszkania, Nawet wtedy, gdy praktykuje on na terenie innej izby. Ustawa wskazała także nowe przesłanki powodujące wykreślenie lekarza z listy – wyjazd lekarza za granicę dłuższy niż dwa lata i zaprzestanie uiszczania składek i innych opłat na rzecz izby.

Ustawa o izbach lekarskich z 1934 r. zmieniła także liczebność organów izb i wydłużyła ich kadencję do 5 lat. Radę izby stanowiło w myśl nowej ustawy co najmniej 30 członków (uprzednio 20), zarząd liczyć miał od 6 do 12 członków (uprzednio od 5 do 9), a sąd izby od 12 do 18 członków (uprzednio od 12 do 24). Zmieniła się też nazwa przewodniczącego zarządu izby – z naczelnika izby stał się jej prezesem, który razem z

sekretarzem (dawniej pisarzem) i skarbnikiem wybierani byli spośród członków zarządu na 3 lata.

Zadania organów izb nie zmieniły się znacząco. Do zakresu działania rady okręgowej izby lekarskiej należało w szczególności: uchwalanie budżetu izby oraz ustalanie wysokości składki wpisowej i rocznej na potrzeby izby, zatwierdzanie rocznego sprawozdania zarządu i zamknięcia rachunkowego, rozporządzanie majątkiem izby oraz decydowanie w sprawach nabywania lub zbywania nieruchomości, ich obciążeń i regulacji hipotecznych, uchwalanie i zmiany regulaminu izby oraz regulaminów sądów dyscyplinarnych i statutów instytucji, utworzonych przy izbie, uchwalanie wniosków, regulujących warunki pracy i płacy lekarzy, wybór członków Naczelnej Izby Lekarskiej oraz sprawy, przekazane radzie przez regulamin izby, Naczelną Izbę Lekarską lub przez Ministra Opieki Społecznej. Zarząd izby decydował we wszystkich sprawach, nie zastrzeżonych radzie izby, składał radzie i Naczelnej Izbie Lekarskiej sprawozdania roczne ze swej działalności oraz załatwiał wszelkie sprawy, przekazane izbie lekarskiej przez władze państwowe, radę lub Naczelną Izbę Lekarską. Komisja rewizyjna przeprowadzała kontrolę finansową i gospodarczą organów i instytucji izby, opracowywała sprawozdania ze swej działalności dla użytku Ministra Opieki Społecznej, Naczelnej Izby Lekarskiej i rady okręgowej izby, a także zgłaszała wnioski co do ulepszania gospodarki organów i instytucji izby. Z kolei sąd dyscyplinarny orzekał w sprawach dyscyplinarnych.

Ustawa z 1934 r. wzmocniła pozycję Naczelnej Izby Lekarskiej złożonej z przedstawicieli izb okręgowych w takim stosunku, że na każdą rozpoczętą liczbę 400 członków izba wybierała po jednym przedstawicielu i zastępcy spośród swoich członków. Do zadań NIL, poza zadaniami wskazanymi przez ustawę dla wszystkich izb, należało uzgadnianie działalności izb okręgowych, zatwierdzanie ich budżetów, rozstrzyganie odwołań od postanowień okręgowych izb lekarskich, rozstrzyganie sporów, powstałych między poszczególnymi okręgowymi izbami lub między tymi izbami a lekarzami, opracowanie ramowych regulaminów izb lekarskich i sądów dyscyplinarnych oraz ramowych statutów instytucji, powoływanych przez izby, ustalanie ogólnych zasad etyki lekarskiej oraz wydawanie dziennika urzędowego izb lekarskich

Nadzór nad samorządem lekarskim wykonywał Minister Opieki Społecznej, któremu przysługiwało prawo zawieszenia lub uchylania uchwał organów izb, a także

rozwiązywania rady lub zarządu izby i wyznaczania komisarza do czasu wyboru nowego organu⁵².

Postępowanie dyscyplinarne izb lekarskich określiło szczegółowo rozporządzenie Ministra Opieki Społecznej z 7 kwietnia 1936 r. (Dz. U. RP Nr 29, poz. 239). Przewidywało ono kary dyscyplinarne w postaci upomnienia, nagany, zawieszenia w prawach członka izby na ściśle określony czas i skreślenia z listy członków izby, które wymierzane były przez sądy dyscyplinarne. Podobnie jak pod rządami ustawy z 1921 r. dodatkowymi karami mogło być ogłoszenie o ukaraniu lekarza w dzienniku urzędowym i kara grzywny do 500 zł⁵³.

W dwudziestoleciu międzywojennym w skład izb lekarskich nie wchodził lekarze dentyści. Dopiero na mocy ustawy z 11 stycznia 1938 r. o izbach lekarsko – dentystycznych (Dz. U. RP Nr 6, poz. 33) stomatolodzy uzyskali swój samorząd zawodowy, który wzorowany był na izbach lekarskich. Do tego czasu sprawami zawodowo bytowymi i naukowymi stomatologów zajmowały się towarzystwa odontologiczne i związki oraz stowarzyszenia zawodowe i zawodowo – społeczne⁵⁴.

Zadania i struktura korporacji dentyistów były analogiczne z zadaniami i strukturą izb lekarskich. Rozporządzeniem Ministra Opieki Społecznej z dnia 30 kwietnia 1938 r. o ustanowieniu okręgowych izb lekarsko – dentystycznych (Dz. U. 1934 r., nr 34, poz. 296) powołane do życia zostały cztery izby: w Warszawie, obejmująca obszar m. st. Warszawy; w Poznaniu, obejmująca obszary województw: łódzkiego, pomorskiego, poznańskiego i śląskiego; w Wilnie, obejmująca obszary województw: białostockiego, nowogrodzkiego, poleskiego, warszawskiego i wileńskiego oraz w Krakowie, która swoim zasięgiem objęła województwa: kieleckie, krakowskie, lubelskie, lwowskie, stanisławowskie, tarnopolskie i wołyńskie. Wybory do rad okręgowych izb lekarsko-dentystycznych odbyły się na podstawie Rozporządzenia Ministra Opieki Społecznej z dnia 30 kwietnia 1938 r. o ordynacji wyborczej do rad okręgowych izb lekarsko-dentystycznych (Dz. U. 1938 r., nr 34 poz. 295) we wrześniu i październiku 1938 r.

Naczelna Izba Lekarsko-Dentystyczna rozpoczęła swoją działalność z końcem 1938 r. Na posiedzeniach zarządu dnia 26 i 30 kwietnia 1930 r. zatwierdziła regulamin okręgowych izb lekarsko-dentystycznych. Władze NIL-D doprowadziły także do

⁵² K. M. Nowak, *Ustrój i zadania samorządu lekarskiego w II Rzeczypospolitej*, w: *Zeszyty Naukowe Wyższej Szkoły Bankowej w Poznaniu*, nr 21 rok 2008, s.116-118.

⁵³ M. A. Waligórski, S. Pawłowski, op. cit., s. 119 – 120.

⁵⁴ E. Więckowska, *Okręgowe Izby Lekarsko – Dentystyczne oraz Naczelna Izba Lekarsko – Dentystyczna w II Rzeczypospolitej Polskiej*, *Czasopismo Stomatologiczne*, 2004:57(11), s. 753.

wydania przez Ministra Opieki Społecznej Rozporządzenia z dnia 16 stycznia 1939 r. o stosowaniu leków przez lekarzy-dentystów (Dz. U. 1939 r., nr 7, poz. 41) umożliwiającego lekarzom – dentystom do stosowania leków i wypisywania recept na środki lecznicze służące uśmierzeniu bólu i leczeniu chorób zębów i jamy ustnej. Zajęły się również kwestią ogłaszania się lekarzy – dentystów. Wybuch II wojny światowej spowodował przerwanie działalności samorządu zawodowego lekarzy – dentystów⁵⁵.

5.3 Poznańsko-Pomorska Izba Lekarska w II RP

Izba Lekarska Poznańsko–Pomorska rozpoczęła swoje działanie w lutym 1923 r. 667 lekarzy zamieszkujących województwa poznańskie i pomorskie miało prawo wybrać 28 członków Rady Izby. Na pierwszym posiedzeniu, które odbyło się 17 lutego 1923 r. wybrano zarząd izby w składzie :

- Naczelnik Izby – dr Tadeusz Dembiński,
- Zastępca Naczelnika dla Poznańskiego – dr Stanisław Jurzykowski,
- Zastępca Naczelnika dla Pomorza – dr Zdzisław Dandelski,
- Sekretarz – dr Stanisław Panieński,
- Skarbnik – dr Edward Matuszewski,
- członkowie : dr Adam Karwowski, płk dr Stefan Janiszewski, dr Stefan Ożegowski, dr Alfons Gaszkowski,

Wybrano również Komisję Rewizyjną w składzie : dr Celestyn Rydlewski, dr Antoni Wierusz i dr Stefan Janiszewski. 3 marca 1923 r. odbyło się pierwsze posiedzenie Sądu Izby Poznańsko – Pomorskiej. Przewodniczącym sądu został dr Tadeusz Szulc, który stanowisko to piastował do 1939 roku. Jego zastępcami zostali: dr Kazimierz Wróblewski i prof. dr Wincenty Jezierski z Poznania oraz dr Otton Steinborn z Torunia. Pisarzem sądu wybrano dr Zygmunta Dymińskiego.

Pierwsze lata działalności izby nie były łatwe ze względu na trudną sytuację polityczno-ekonomiczną w kraju. Dużo problemów sprawiały też spory lekarzy z kasami chorych będące wynikiem dążeń kas do przejścia od tradycyjnego sposobu świadczenia pomocy lekarskiej ubezpieczonym w prywatnych gabinetach do masowego leczenia w przychodniach i ambulatoriach będących własnością kas chorych. Innym źródłem zatargów między lekarzami a zarządami kas było wstrzymywanie lub

⁵⁵ E. Więckowska, *Lekarze jako ...* op. cit., s. 245.

opóźnienia w wypłacie środków należnych lekarzom za wykonaną pracę⁵⁶. Pomimo tego udało się Izbie Poznańsko – Pomorskiej wypełnić swoje zadania tj. przeprowadzić rejestrację lekarzy, publikować ich spisy czy wydawać uprawnienia do wykonywania praktyki. Udało się także opracować statut Kasy Pogrzebowej i regulaminy Izby i sądu.

Wybory organów Izby Poznańsko–Pomorskiej II kadencji miały miejsce 19 grudnia 1925 r. Naczelnikiem Izby został dr Stanisław Jurzykowski. Izba w okresie 1926 – 1928 zajmowała się w dalszym ciągu konfliktem między lekarzami a kasami chorych. Zaangażowała się także w obronę Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Poznańskiego, któremu groziła likwidacja. Uchwalono także statut Kasy Ubezpieczeniowej na wypadek śmierci i uregulowana zasady ogłaszania się lekarzy.

W okresie III i IV kadencji, tj. w latach 1929 – 1931 i 1932-1934 funkcję naczelnika izby sprawował prof. Paweł Gantkowski. Również w tym okresie w pracach Zarządu Izby dominowały sprawy związane z działaniem kas chorych. Opiniowano także nowe regulacje dotyczące praktyki lekarskiej i izb lekarskich. Powołano do życia Biuro Pośrednictwa Pracy (1934 r.), a także opracowano statuty Kasy Zapomogowej dla wdów i sierot po lekarzach przy Izbie Lekarskiej Poznańsko–Pomorskiej oraz Kasy Zapomogowej dla członków Izby, co było szczególnie ważne ze względu na panujący w tamtym czasie kryzys gospodarczy.

V kadencja, która okazała się ostatnią, trwała 5 lat (1935-1939). Był to wynik wejścia w życie nowej ustawy o izbach lekarskich z 1934 r. Na stanowisko prezesa Izby wybrany został dr Roman Konkiewicz. Był to wynik ogólnej tendencji przejmowania wszelkich ważniejszych stanowisk przez zwolenników marszałka Piłsudskiego. Prof. Gantkowski, ze względu na swoje związki z endecją musiał odejść.

Zarząd Izby V kadencji zajął się w pierwszej kolejności dostosowaniem regulaminu Izby do wymogów nowej ustawy. Na jego podstawie Izba Poznańsko – Pomorska utworzyła swoje delegatury w Bydgoszczy, Chojnicach, Gdyni, Gnieźnie, Grudziądzu, Kościanie, Lesznie, Inowrocławiu, Lidzbarku, Obornikach, Ostrowie, Sierakowie, Starogardzie i Toruniu. Powołano komisje problemowe: regulaminową, ds. ubezpieczeń, ds. bytu lekarzy, ds. podatkowych i cennikową⁵⁷. W 1938 r. Zarząd Izby

⁵⁶ S. Antczak, *Geneza, przebieg i konsekwencje tzw. „stanu bezkontaktowego” w Kasach Chorych województw poznańskiego i pomorskiego w 1929 roku*, w: *Kasy Chorych w Wielkopolsce. Przeszłość i teraźniejszość*, red. M. Musielak, Poznań 2003, s. 49 – 50.

⁵⁷ *Wielkopolska Izba Lekarska. Tradycja ...*, op. cit., s. 48 - 55.

utworzył specjalną komisję pod kierownictwem prof. Karola Jonschera, która miała zająć się reformą studiów lekarskich⁵⁸.

W okresie V kadencji Izba Lekarska Poznańsko – Pomorska zrzeszała ok. 1200 lekarzy. W 1935 r. - 1226 z czego 893 w województwie poznańskim i 333 w województwie pomorskim. W gronie tym znajdowało się zaledwie 115 kobiet⁵⁹. W 1937 r. członków Izby Lekarskiej Poznańsko - Pomorskiej było 1273 (909 w województwie poznańskim, 364 w województwie pomorskim, w tym 122 kobiety)⁶⁰. Na dzień 31 grudnia 1938 r. liczba członków izby wynosiła 1524 (876 w województwie poznańskim, 648 w województwie pomorskim, w tym 151 kobiet)⁶¹. Ten znaczący wzrost liczby członków izby był wynikiem zmiany granic województw poznańskiego i pomorskiego, co zmusiło lekarzy z przyłączonych do nich powiatów do wpisania się na listę członków Izby Lekarskiej Poznańsko–Pomorskiej⁶².

Na początku 1939 r. powstał projekt utworzenia osobnej izby lekarskiej na terenie województwa pomorskiego. Pomimo sprzeciwu Zarządu Izby Poznańsko – Pomorskiej, który poparła również Naczelna Izba Lekarska Minister Opieki Społecznej zdecydował o podziale Izby. Poznańska okręgowa izba lekarska i pomorska okręgowa izba lekarska powstały na mocy Rozporządzenia Ministra Opieki Społecznej z dnia 15 czerwca 1939 r. o ustanowieniu okręgowych izb lekarskich: poznańskiej i pomorskiej (Dz. U. 1939 nr 55 poz. 352). Siedzibą izby pomorskiej ustanowiono Toruń. Jednak ze względu na wybuch II wojny światowej rozporządzenie, które weszło w życie 7 lipca 1939 r. nie zostało zrealizowane.

6. Izby lekarskie w czasie II wojny światowej oraz w okresie 1945 – 1950 do ich likwidacji

Upadek Polski we wrześniu 1939 r. położył kres funkcjonowania samorządu zawodowego lekarzy. 26 stycznia 1940 r. dr Johann Kamiński (Distriktarzt) przesłał do NIL zawiadomienie o likwidacji samorządu lekarskiego. Niemiecki okupant powołał w styczniu 1940 r. Naczelną Izbę Zdrowia z siedzibą w Krakowie, stolicy Generalnego Gubernatorstwa oraz okręgowe izby zdrowia. Każda izba podzielona była na sekcje zawodowe: lekarzy, lekarzy – dentystów, felczerów, techników dentystycznych i inne. „Kierownik” każdej sekcji był etatowym urzędnikiem niemieckim. Przed likwidacją izb

⁵⁸ Dziennik Urzędowy Izb Lekarskich, Rok X, nr 4 z dnia 1 kwietnia 1939 r., s.138.

⁵⁹ Dziennik Urzędowy Izb Lekarskich, Rok VII, nr 4 z dnia 1 kwietnia 1936 r., s. 89.

⁶⁰ Dziennik Urzędowy Izb Lekarskich, Rok IX, nr 4 z dnia 1 kwietnia 1938 r., s. 109.

⁶¹ Dziennik Urzędowy Izb Lekarskich, Rok X, nr 4 z dnia 1 kwietnia 1939 r., s.128 – 129.

⁶² Ibidem, s. 137.

władze okupacyjne zarządziły dokonanie rejestracji wszystkich lekarzy zamieszkałych na terenie każdej izby, z zaznaczeniem narodowości lekarzy. Musieli oni także złożyć deklarację, iż oni sami ani nikt z ich rodziny nie jest pochodzenia żydowskiego. Samorząd lekarski posłużył hitlerowcom do przygotowania zbrodni na polskich lekarzach pochodzenia żydowskiego. Szacuje się, iż w wyniku prowadzonej przez hitlerowców i sowietów polityki eksterminacyjnej w czasie II wojny światowej życie straciło ponad 5 tys. polskich lekarzy⁶³.

Jeszcze przed zakończeniem wojny, w połowie 1944 r. tajną działalność wznowiała Izba Lekarska w Krakowie. Pierwsze posiedzenie zarządu Izby odbyło się po wkroczeniu do miasta Armii Czerwonej 22 stycznia 1945 r. Cztery dni później reaktywowała się Izba Lekarska Warszawsko – Białostocka kiedy Minister Pracy, Opieki Społecznej i Zdrowia w Rządzie Tymczasowym powołanym przez Krajową Radę Narodową Wiktor Trojanowski przywrócił na stanowisko prezesa prof. Władysława Szenajcha. 19 marca 1945 r. prof. Szenajch, decyzją ministra objął kierownictwo Naczelnej Izby Lekarskiej. Prof. Szenajch kierował Naczelną Izba Lekarską do powrotu prezesa NIL prof. Mieczysława Michałowicza z obozu koncentracyjnego. Izba Lekarska w Poznaniu wznowiała działalność w marcu 1945 r. 22 lipca 1945 r. NIL powołała do życia Izbę Lekarską Gdańsko–Pomorską z siedzibą w Sopocie, przez co potwierdziła podział Izby Poznańsko–Pomorskiej na Izbę Lekarską Poznańską i Pomorską, o którym zdecydowano jeszcze w 1939 r. Swoją działalność wznowiły także izby w Łodzi, Lublinie i Katowicach⁶⁴. W związku z przejściem przez Polskę ziem zachodnich powołano także, w październiku lub listopadzie, Izbę Lekarską Dolnośląską we Wrocławiu⁶⁵.

Do 8 listopada 1946 r., kiedy to został uchwalony Dekret o organizacji samorządu zawodowego lekarskiego, lekarsko-dentystycznego i aptekarskiego (Dz. U. 1946 r., nr 64, poz. 354) organy izb lekarskich działały bez podstaw prawnych – ich mandaty wygasły. Na mocy art. 1 ust. 1 tego dekretu Minister Zdrowia powołał rady i zarządy izb. W grudniu 1946 r. formalnie potwierdzono funkcjonowanie okręgowych izb lekarskich. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 1946 r. o utworzeniu okręgowych izb lekarskich (Dz. U. 1947r., nr 3, poz.14) przewidywało istnienie ośmiu okręgowych izb lekarskich:

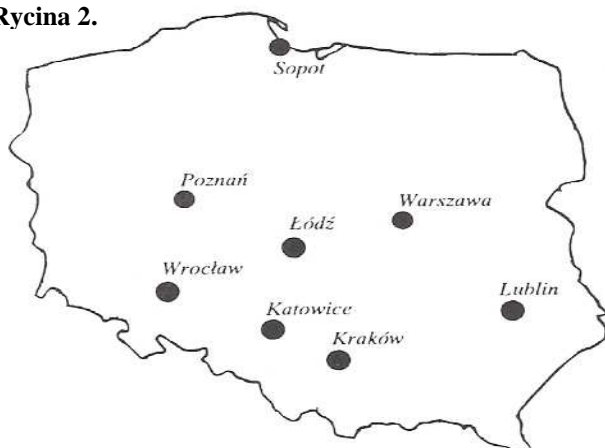
⁶³ T. Nasierowski, *Świat lekarski...*, op. cit., s. 125-126.

⁶⁴ Ibidem s. 126 – 128, *Wielkopolska Izba Lekarska. Tradycja ...*, op. cit., s. 60 – 61.

⁶⁵ W. Bednorz, T. Heimrath, J. B. Kos, *Dolnośląska Izba Lekarska 1990 – 1999*, Wrocław 1999, s.23.

- Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie, obejmującej, obszar m. st. Warszawy, województwa warszawskiego, białostockiego i olsztyńskiego;
- Okręgowej Izby Lekarskiej w Katowicach, obejmującej obszar województwa śląskiego;
- Okręgowej Izby Lekarskiej w Krakowie, obejmującej obszar województwa krakowskiego, kieleckiego i rzeszowskiego;
- Okręgowej Izby Lekarskiej w Lublinie, obejmującej obszar województwa lubelskiego;
- Okręgowej Izby Lekarskiej w Łodzi, obejmującej obszar m. Łodzi i województwa łódzkiego;
- Okręgowej Izby Lekarskiej w Poznaniu, obejmującej obszar województwa poznańskiego;
- Okręgowej Izby Lekarskiej w Sopocie, obejmującej obszar województwa gdańskiego, szczecińskiego i pomorskiego;
- Okręgowej Izby Lekarskiej we Wrocławiu, obejmującej obszar województwa wrocławskiego.

Rycina 2.



Rozmieszczenie siedzib okręgowych izb lekarskich i Naczelnej Izby Lekarskiej w Polsce (1945 – 1950)

Źródło: Wielkopolska Izba Lekarska. Tradycja ..., op. cit., s. 60

Władze komunistyczne nie były pozytywnie nastawione względem samorządu lekarskiego. Była to instytucja „klasowo obca”, która w socjalistycznym państwie była zbędna. Stawiano izbom zarzuty, iż zbyt formalistycznie podchodzą do rejestracji lekarzy – zadanie to przekazano urzędowi wojewódzkim. Prasa oskarżała też izby o związki z podziemiem i rządem

londyńskim, krytykowała też gospodarkę finansową samorządu lekarskiego⁶⁶. Dlatego już 20 grudnia 1948 r. NIL, kierowana przez dr Jana Rutkiewicza, przewodniczącego

⁶⁶ *Odrodzony stan lekarski*, red. M. Dolacka, E. Gwiazdowicz, Warszawa 2007, s. 23, *Historia Izb Lekarskich w Polsce*, Materiały Seminarium Zespołu Historycznego NIL 23 listopada 1991 r., Warszawa 1993, s.54.

Prezydium Związku Zawodowego Pracowników Służby Zdrowia, zwróciła się do izb okręgowych o przygotowywanie projektów likwidacji samorządu⁶⁷.

Koniec tego procesu miał miejsce 18 lipca 1950 r., kiedy Sejm uchwalił ustawę o zniesieniu izb lekarskich i lekarsko-dentystycznych (Dz. U. 1950 nr 36 poz. 326). W myśl przepisów tej ustawy majątek izb posłużyć miał zaspokojeniu roszczeń osób ubezpieczonych w prowadzonych przez samorząd lekarski instytucjach samopomocowych. Pozostały majątek ruchomy przekazano Związkowi Zawodowemu Pracowników Służby Zdrowia, majątek nieruchomy izb przeszedł na własność Skarbu Państwa. Wykonaniem postanowień ustawy zajął się powołany na podstawie art. 11 ust 1 ustawy likwidator majątku izb lekarskich i izb lekarsko – dentystycznych. Szczegółowe zasady jego działania zostały określone zarządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 27 września 1950 r. w sprawie obowiązków i uprawnień likwidatora majątku izb lekarskich i lekarsko-dentystycznych (M. P. 1950 r., nr 111, poz. 1384).

Samorząd zawodowy lekarzy i lekarzy dentystów przestał działać 26 sierpnia 1950 r., kiedy przepisy ustawy o zniesieniu izb lekarskich i izb lekarsko – dentystycznych weszły w życie. Zadanie reprezentowania spraw środowiska lekarskiego przejął Związek Zawodowy Pracowników Służby Zdrowia, zaś kwestie odpowiedzialności zawodowej lekarzy powierzono na mocy Ustawy z dnia z dnia 18 lipca 1950 r. o odpowiedzialności zawodowej fachowych pracowników służby zdrowia (Dz. U. 1950 r., nr 36, poz. 332) komisjom kontroli zawodowej przy prezydiach wojewódzkich rad narodowych.

Skutkiem likwidacji izb lekarskich było pojawienie się „próżni deontologicznej”. Brak instytucji powołanej do kształtowania wzorców zachowania spowodowało ich stopniowe rozmywanie się. Brak samorządu lekarskiego przyczynił się również do degradacji materialnej środowiska – zniknęła możliwość wsparcia lekarzy w ciężkiej sytuacji materialnej przez izby lekarskiej. Co prawda zadanie to miał wypełniać Związek Zawodowy Pracowników Służby Zdrowia, ale w jego składzie lekarze stanowili jedynie ok. 5% członków więc ich potrzeby ginęły w masie potrzeb pozostałych członków. Lekarze odczuwali również brak organizacji broniącej dobrego imienia zawodu lekarza⁶⁸.

⁶⁷ T. Nasierowski, *Świat lekarski...*, op. cit. s. 136-137.

⁶⁸ F. Dzisiów, *Trudne drogi prowadzące do reaktywowania izb lekarskich w Polsce – wspomnienia i refleksje lekarza*, *Problemy Lekarskie* 1995:34(1), s. 73-74.

To wszystko połączone z pamięcią o korporacji lekarskiej jako instytucji posiadającej długą tradycję sięgającą czasów starożytnych, i działającej sprawnie przez cały okres II RP, pielęgnowaną przez lekarzy starszego pokolenia powodowało dążenia lekarzy na rzecz odrodzenia izb lekarskich niemal od momentu ich likwidacji w 1950 r.

Samorząd lekarski, będący ważną częścią tożsamości zawodowej lekarzy przedwojennych i który, jak wspominały, w wydanej w 1999 r. z okazji 10-lecia funkcjonowania Wielkopolskiej Izby Lekarskiej książce, dr Wanda Błęńska i prof. Jadwiga Przedpelska, dbał o moralną stronę wykonywania zawodu oraz cieszył się zaufaniem i autorytetem wśród lekarzy i studentów medycyny⁶⁹ jawił się lekarzom przez cały okres PRL-u jako doskonała reprezentacja zawodu lekarza względem państwa, która podkreślałaby jego szczególną rolę w społeczeństwie. Taki obraz izb lekarskich w połączeniu z dążeniem niemal całego społeczeństwa do uzyskania podmiotowości w relacji z państwem, widocznym szczególnie na początku lat 80-tych XX w., mobilizował środowisko lekarskie do starań o odzyskanie swojej korporacji.

⁶⁹ *Wielkopolska Izba Lekarska. Tradycja ...*, op. cit., s. 125-126.

Rozdział II

Odrodzenie samorządu lekarskiego w latach 1989 – 1990

1. Próby reaktywowania izb lekarskich w PRL

Po likwidacji swojego samorządu środowisko lekarskie jeszcze w latach 50. ubiegłego wieku podjęło próby odzyskania własnej korporacji zawodowej. W październiku 1956 r. Związek Zawodowy Pracowników Służby Zdrowia podjął działania na rzecz rozpoczęcia prac nad ustawą o reaktywacji izb lekarskich. Działania te nie przyniosły jednak efektu, głównie z powodu sprzeciwu Centralnej Rady Związków Zawodowych⁷⁰. Wobec niemożności przywrócenia izb lekarskich środowisko medyków musiało zadowolić się swoją reprezentacją w postaci związków zawodowych i towarzystw naukowych, z których najważniejszą rolę odgrywało Polskie Towarzystwo Lekarskie.

Kolejne próby restytucji samorządu zawodowego rozpoczęły się po roku 1980. Zryw „Solidarności” dał środowisku lekarskiemu nadzieję na odzyskanie swojej korporacji. Pretekstem do rozpoczęcia opracowywania projektu ustawy o samorządzie lekarskim były toczące się prace nad ustawami o zawodzie lekarza i odpowiedzialności zawodowej pracowników służby zdrowia. Propozycje zawarte w tych projektach spotkały się z zastrzeżeniami towarzystw lekarskich, a także z krytyką posłów lekarzy z sejmowej Komisji Zdrowia i Kultury Fizycznej. Posłowie wspólnie z Polskim Towarzystwem Lekarskim sporządzili projekt ustawy, który trafił pod obrady Komisji Zdrowia już styczniu 1981 r. Sojusznikiem lekarzy w dążeniach do odtworzenia izb lekarskich okazało się Stronnictwo Demokratyczne, które podczas kongresu w 1981 r. opowiedział się za koniecznością przywrócenia samorządu⁷¹. Projekt przygotowany przez PTL został opublikowany w tygodniku *Służba Zdrowia* w kwietniu 1981 r.⁷² Również „Solidarność” zainteresowana była reaktywacją samorządu lekarskiego. Projekt opublikowany na łamach *Służby Zdrowia* stał się podstawą dyskusji o izbach lekarskich. W dniach 24-25 kwietnia 1981 r. odbył się w Poznaniu I Zjazd Krajowej Sekcji Służby Zdrowia NSZZ „Solidarność”, na którym wyłoniła się tzw. grupa inicjatywna, która 23 czerwca 1981 r. wystosowała odezwę wzywającą do poparcia idei

⁷⁰ T. Brzeziński, *Polskie Towarzystwo Lekarskie 1951-2001*, Warszawa 2001 s.128-130.

⁷¹ Ibidem, s. 142 – 143.

⁷² *Służba Zdrowia*, nr 15 (1755) z dn. 10 kwietnia 1981 r., s. 1,3.

odrodzenia izb lekarskich⁷³. Z kolei 16 maja 1981 r. w Bydgoszczy odbyła się ogólnopolska narada, zorganizowana przez NSZZ „Solidarność”, poświęcona idei izb lekarskich, na której związek poparł koncepcję powołania samorządu lekarskiego, jednocześnie przygotowując poprawki do projektu ustawy o samorządzie lekarskim autorstwa PTL. 27 maja 1981 r. w siedzibie PTL w Warszawie odbyło się spotkanie lekarzy i dziennikarzy będące forum dyskusyjnym na temat izb lekarskich. Obok przedstawicieli PTL i środowiska lekarskiego oraz dziennikarzy, wzięli w nim udział również reprezentanci NSZZ „Solidarność”, Związku Zawodowego Pracowników Służby Zdrowia, Związku Zawodowego Lekarzy Polskich, a także Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej. Pokłosiem tego spotkania, ale również debaty publicznej na ten temat, był tzw. „trzeci projekt” ustawy o samorządzie lekarskim przygotowany przez PTL, który został opublikowany w lipcu 1981 r. w tygodniku *Służba Zdrowia* i który w myśl intencji PTL miał stać się podstawą dla dalszej dyskusji nad izbami lekarskimi, także w Sejmie⁷⁴. 12 grudnia 1981 r. ponownie w Poznaniu odbył się II Zjazd Krajowej Sekcji Służby Zdrowia NSZZ „Solidarność” poświęcony odrodzeniu izb. W trakcie obrad pracowano nad projektem ustawy o samorządzie lekarskim, który był aktualnie omawiany w Sejmie. Do tego projektu delegaci wnieśli szereg poprawek. Skończyli obradować o godzinie 21. Trzy godziny później rozpoczął się stan wojenny i dalszy udział „solidarności w pracach nad tą ustawą nie mógł już mieć miejsca⁷⁵.

Prace nad projektem trwały w Sejmie dalej lecz mimo wielkiego zaangażowania posłów Komisji Zdrowia i lekarzy z PTL nie udało się uchwalić ustawy do końca VIII kadencji Sejmu PRL. Zgodnie z Regulaminem Sejmu wszystkie prace nad ustawą musiały rozpocząć się od nowa w kolejnej kadencji Sejmu.

2. Proces powstawania ustawy o izbach lekarskich z dnia 17 maja 1989 r.

Wiosną 1986 r. Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Lekarskiego poprosił o spotkanie z Przewodniczącym sejmowej Komisji Polityki Społecznej, Zdrowia i Kultury Fizycznej posłem Marianem Królem z Zjednoczonego Stronnictwa Ludowego. Poseł Król oddelegował na to spotkanie wiceprzewodniczącego Komisji, Zbigniewa Gburka, posła Stronnictwa Demokratycznego, profesora Śląskiej Akademii Medycznej, ówczesnego kierownika Katedry Reumatologii i Kliniki Reumatologii i Rehabilitacji

⁷³ *Wielkopolska Izba Lekarska. Tradycja ...*, op. cit., s.152-153.

⁷⁴ *Służba Zdrowia*, nr 27 (1767) z dn. 3 lipca 1981 r., s. 6.

⁷⁵ *Wielkopolska Izba Lekarska. Tradycja ...*, op. cit., s.156-157.

Narządów Ruchu w Ustroniu. Odbyło się ono w Sejmie w sali im. Ignacego Daszyńskiego. Uczestniczyli w nim ze strony PTL: Zdzisław Lewicki, Bogdan Kamiński, Józef Hornowski, Adam Czarnecki, Felicja Łapkiewicz i mec. Witold Preiss, a ze strony Komisji wiceprzewodniczący Gburek i sekretarz Komisji Mirosława Rudowska. Efektem tego spotkania było przyrzeczenie posła Gburka, że będzie czynnie popierać na terenie Sejmu inicjatywę powołania samorządu lekarskiego⁷⁶.

Efekty tej deklaracji można było zaobserwować 8 lipca 1986 r., kiedy odbyło się posiedzenie Komisji Polityki Społecznej, Zdrowia i Kultury Fizycznej, podczas którego rozpatrywano założenia ustawy o opiece zdrowotnej i zawodach medycznych, przedstawiane przez wiceministra zdrowia i opieki społecznej Jerzego Bończaka (prace nad tą ustawą trwały ponieważ Sejm VIII kadencji nie uchwalił ustaw o zawodzie lekarza i odpowiedzialności zawodowej pracowników służby zdrowia)⁷⁷. Z koreferatem odnośnie założeń przygotowywanej przez rząd ustawy wystąpił prof. Gburek. Przypomniał on w swoim wystąpieniu, iż podczas prac w poprzedniej kadencji Sejmu „uznano za celowe reaktywowanie samorządu medycznego i wyposażenie go m. in. w kompetencje z dziedziny postępowania dyscyplinarnego”⁷⁸. Poseł Gburek zwrócił uwagę, że omawiany „projekt nie przewiduje istnienia samorządu medycznego i zmierza do utrzymania dotychczasowych zasad odpowiedzialności zawodowej pracowników medycznych”⁷⁹ opartych na funkcjonowaniu Komisji Kontroli Zawodowej, który oceniany był bardzo krytycznie. Poseł Gburek wskazał, iż oznacza to „rezygnację *a priori* z możliwości uzyskania poprawy w drodze uporządkowania określonych spraw przez samo środowisko” co kłóci się „z programami PZPR i SD, w których zawarto zapis o demokratyzacji systemu społeczno-gospodarczego jako warunku realizacji reformy gospodarczej”⁸⁰.

Komisje Kontroli Zawodowej funkcjonowały na podstawie ustawy z dnia 18 lipca 1950 r. o odpowiedzialności zawodowej fachowych pracowników służby zdrowia (Dz. U. z 1950 Nr.36 poz.332). Ustawa ta przewidywała istnienie okręgowych komisji kontroli zawodowej przy prezydiach wojewódzkich rad narodowych oraz Odwoławczej Komisji Kontroli Zawodowej przy Ministrze Zdrowia. Członkowie okręgowych komisji powoływani byli przez Ministra Zdrowia na okres 2 lat spośród fachowych

⁷⁶ 70 lat samorządu lekarskiego na Śląsku red. Halina Borgiel-Marek et al., Katowice 2005, s.69.

⁷⁷ Kancelaria Sejmu, Biuro Prasowe, Biuletyn Komisji Polityki Społecznej, Zdrowia i Kultury Fizycznej nr 184/IX kad. s. 35 – 38.

⁷⁸ Ibidem s. 38.

⁷⁹ Ibidem, s. 39.

⁸⁰ Ibidem, s. 44.

pracowników służby zdrowia wyróżniających się działalnością społeczną lub zawodową zgłaszanych przez prezydium wojewódzkich rad narodowych. Z kolei w komisji odwoławczej 1/3 członków stanowili zawodowi sędziowie powoływani przez Ministra Sprawiedliwości. Komisje okręgowe obradowały w składzie 3-osobowym, przy czym co najmniej jeden z członków składu musiał reprezentować tę samą profesję co obwiniony fachowy pracownik służby zdrowia (lekarz, lekarz dentyista, farmaceuta, felczer, pielęgniarka, położna, technik dentystyczny). Możliwa była zatem sytuacja kiedy oceną pracy lekarza zajmowała się komisja, w której większość mieli nie-lekarze. W instancji odwoławczej taka sytuacja również mogła mieć miejsce. Zatem trudno dziwić się środowisku lekarskiemu, iż starało się o zmianę tego stanu rzeczy.

Komisja Polityki Społecznej, Zdrowia i Kultury Fizycznej podjęła decyzję o powołaniu podkomisji, która miała zająć się pracą nad założeniami do ustawy o opiece zdrowotnej i zawodach medycznych i przedstawić swoje wnioski na kolejnym posiedzeniu komisji. Miało to miejsce 21 października 1986 r. W opinii sporządzonej przez podkomisję ponownie stwierdzono konieczność powołania samorządu lekarzy. Tym razem wskazano także, iż korporacja lekarska miałaby ważną rolę do odegrania w nadzorze nad prywatnymi praktykami lekarskimi⁸¹. Posłowie Komisji Polityki Społecznej, Zdrowia i Kultury Fizycznej dzięki staraniom posła Zbigniewa Gburka podjęli decyzję, iż obok prowadzenia prac nad ustawą o opiece zdrowotnej i zawodach medycznych należy prowadzić prace nad przywróceniem izb lekarskich i zdecydowali się powołać podkomisję ds. samorządu lekarskiego⁸².

Poseł Zbigniew Gburek był niestrudzonym rzecznikiem odtworzenia korporacji lekarskiej. Przy każdej okazji przypominał posłom Komisji Polityki Społecznej, Zdrowia i Kultury Fizycznej o korzyściach płynących z reaktywowania izb lekarskich⁸³. Ostatecznie na jego wniosek 8 czerwca 1988 r. Komisja postanowiła „wystąpić z poselską inicjatywą ustawodawczą opracowania projektu ustawy o samorządzie lekarskim”⁸⁴. I to właśnie poseł Zbigniew Gburek został upoważniony przez klub Stronnictwa Demokratycznego do zebrania wymaganej liczby podpisów pod projektem

⁸¹ Kancelaria Sejmu, Biuro Prasowe, Biuletyn Komisji Polityki Społecznej, Zdrowia i Kultury Fizycznej nr 230/IX kad., s. 29.

⁸² Ibidem, s. 30.

⁸³ Kancelaria Sejmu, Biuro Prasowe, Biuletyn Komisji Polityki Społecznej, Zdrowia i Kultury Fizycznej nr 457/IX kad., s.20.

⁸⁴ Kancelaria Sejmu, Biuro Prasowe, Biuletyn Komisji Polityki Społecznej, Zdrowia i Kultury Fizycznej nr 680/IX kad., s. 50.

ustawy. Prof. Gburek zdołał zebrać ich ponad sto⁸⁵. Wniosek wpłynął do Kancelarii Sejmu 15 czerwca 1988 r.⁸⁶.

Projekt ustawy o samorządzie lekarskim trafił pod obrady sejmu 27 września 1988 r. Poparły go wszystkie kluby poselskie i skierowały do odpowiednich komisji. Powołano także podkomisję odpowiedzialną za dalsze prace nad ustawą, na której czele stanął poseł doc. Janusz Szymborski z PZPR.

6 lutego 1989 r. rozpoczęły się rozmowy Okrągłego Stołu. Sprawy związane z reformami systemu opieki zdrowotnej omawiane były w Podzespołe do spraw Zdrowia, który był elementem Zespołu ds. gospodarki i polityki społecznej. Jego pracami kierowali ze strony koalicyjno-rządowej: Wojciech Guglas z OPZZ i wiceminister zdrowia Andrzej Wojtczak oraz ze strony solidarnościowo-opozycyjnej prof. Zofia Kuratowska. Już na pierwszym posiedzeniu 18 lutego 1989 r. sprawa reaktywacji izb lekarskich pojawiła się w dyskusjach przedstawicieli strony koalicyjno-rządowej i solidarnościowo-opozycyjnej. Zarówno przedstawiciele władz jak i NSZZ „Solidarność” widzieli w samorządzie lekarskim ważny element wdrażania zmian w niewydolnym systemie opieki zdrowotnej charakteryzującym się nadmierną centralizacją decyzji, brakiem ewidencji kosztów, brakiem polityki racjonalnego zarządzania zasobami kadrowymi, nierówną alokacją środków między jednostkami terytorialnymi powodującą nierówności w dostępie do świadczeń oraz niekontrolowanym dopływem środków finansowych do systemu np. poprzez zadłużanie się zakładów opieki zdrowotnej czy indywidualne wydatki osób chorych lub ich rodzin⁸⁷.

Reprezentujący stronę rządową wiceminister zdrowia Andrzej Wojtczak wskazał, iż izby lekarskie dadzą poczucie satysfakcji pracownikom służby zdrowia, pozwolą odzyskać lekarzom społeczny prestiż, należną im rolę w życiu społeczno-politycznym kraju, satysfakcję zawodową i status materialny. Wg niego izby lekarskie miałyby wspomagać reformę systemu ochrony zdrowia, jego decentralizację, uspołecznienie i równouprawnienie sektorów państwowego, spółdzielczego i prywatnego⁸⁸. Dla strony solidarnościowo-opozycyjnej odrodzenie izb było jednym z warunków poprawy sytuacji w ochronie zdrowia. Socjolog docent Edmund Wnuk-Lipiński mówił wówczas:

⁸⁵ T. Brzeziński, *Polskie Towarzystwo...*, op. cit., s. 147.

⁸⁶ Sejm Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej IX kadencja – VI sesja, Druk nr 362.

⁸⁷ K. Prętki, *Przekształcenia systemu ochrony zdrowia w Polsce po II wojnie światowej*, Poznań 2007, s.58.

⁸⁸ *Stenogram z pierwszego posiedzenia podzespołu do spraw zdrowia 18 lutego 1989 r.* [w:] OKRĄGŁY STÓŁ dokumenty i materiały, red. W. Borodziej, A. Garlicki, Warszawa 2004, T. 3 s. 218 – 219.

Nie wnikając w szczegóły, wymienię tutaj dla porządku sześć fundamentalnych zasad czy celów strategicznych, których realizacja wydaje się niezbędna, jeśli serio myśli się o zainicjowaniu zasadniczej poprawy sytuacji. Po pierwsze, legalizacja „Solidarności”, rozumiana jako środek służący pełnemu upodmiotowieniu pracowników służby zdrowia. Po drugie, odpolitycznienie służby zdrowia: nie ma medycyny antysocjalistycznej ani socjalistycznej, jest tylko medycyna dobra lub zła. Po trzecie, usamodzielnienie placówek służby zdrowia wraz z wprowadzeniem samorządu pracowniczego. Po czwarte, rewitalizacja samorządu lekarskiego. Po piąte, zniesienie wszystkich administracyjnych barier dla rozwoju różnorodnych form opieki zdrowotnej publicznej, czyli administrowanej przez państwo, społecznej i prywatnej. Po szóste, ekonomizacja służby zdrowia połączona z radykalną reformą ubezpieczeń społecznych; [...]

Przedstawione tu propozycje są wzajemnie powiązane. Oznacza to, że przyjęcie jedynie części tych zasad zawisa w próżni, jeśli jednocześnie nie przyjmie się zasad pozostałych⁸⁹.

Jednocześnie obie negocjujące strony miały zastrzeżenia do procedowanego w Sejmie projektu ustawy o izbach lekarskich. Dr Wojciech Gulgas z OPZZ stwierdził, iż projekt ten proponuje utworzenie scentralizowanej i kosztownej instytucji o charakterze kontrolno-dyscyplinarnym. Domagał się on opracowania takiego projektu, który uzyska powszechną aprobatę środowiska lekarskiego⁹⁰. Z kolei prof. Zbigniew Chłap, patofizjolog z Krakowa, członek Komisji Zdrowia Komitetu Obywatelskiego przy Przewodniczącym NSZZ „Solidarność” także wskazał na nazbyt rozbudowaną część dyscyplinarną izb lekarskich zaproponowaną w projekcie poselskim, opublikowanym w „Służbie Zdrowia” nr 45. Wyraził on stanowisko, iż samorząd lekarski powinien być powszechny (co z resztą projekt ustawy zakładał), a wybory do jego organów w pełni demokratyczne, bowiem jedynie wtedy samorząd lekarski będzie w pełni wiarygodny dla środowiska lekarskiego i społeczeństwa i będzie mógł skutecznie brać udział w reformowaniu opieki zdrowotnej w Polsce. Prof. Chłap zgłosił także postulat, by

⁸⁹ Ibidem, s. 222

⁹⁰ Ibidem, s.220.

przedstawiciel „Solidarności” mógł przedstawić opinie na temat projektu ustawy o izbach lekarskich na posiedzeniu właściwej komisji sejmowej⁹¹.

Zastrzeżenia do projektu ustawy o samorządzie lekarskim o zbyt rozbudowanie części dotyczącej odpowiedzialności zawodowej lekarzy przedstawiane przez uczestników rozmów można uznać za słuszne. Należy jednak pamiętać, że właśnie problematyka odpowiedzialności zawodowej była uzasadnieniem dla podjęcia prac nad tą ustawą w Sejmie i nic dziwnego, że właśnie ta materia uregulowana została bardzo szczegółowo w projekcie poselskim.

Strona solidarnościowo-opozycyjna w czasie kolejnych spotkań podzespołu do spraw zdrowia wskazywała na problem upolitycznienia służby zdrowia – funkcjonowaniu tzw. nomenklatury przy obsadzaniu stanowisk kierowniczych w zakładach opieki medycznej i w uczelniach medycznych – czynili to dr Marek Edelman na drugim posiedzeniu podzespołu do spraw zdrowia 28 lutego⁹² i prof. Andrzej Szczeklik na trzecim posiedzeniu 8 marca 1989 r.⁹³ Izby lekarskie miały być sposobem na uniknięcie decydującej roli partii przy obsadzeniu stanowisk kierowniczych w służbie zdrowia – art. 4 ust.2 pkt 5 projektu ustawy o izbach lekarskich przewidywał, iż samorząd lekarski ma przewodniczyć komisjom konkursowym na stanowisko ordynatora i inne kierownicze stanowiska w służbie zdrowia, na co uwagę obradujących zwrócił prof. Jacek Żochowski, prezes Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego, uczestniczący w rozmowach jako przedstawiciel strony rządowej⁹⁴. Zniesienie zasady akceptacji i rekomendacji politycznych w służbie zdrowia do 31 marca 1989 r. było też pierwszym punktem pakietu decyzji pilotujących częściową reformę służby zdrowia zaprezentowanych na trzecim posiedzeniu podzespołu do spraw zdrowia 8 marca 1989 r. przez Edmunda Wnuka-Lipińskiego. Pakiet ten postulował także ścisłe ustalenie form własności istniejących placówek służby zdrowia, odblokowanie możliwości tworzenia samorządów pracowniczych w placówkach służby zdrowia, stworzenie gwarancji równouprawnienia wszystkich sektorów (państwowego, prywatnego i spółdzielczego) w służbie zdrowia, przygotowanie przejściowego układu zbiorowego płac w służbie zdrowia czy uruchomienie interwencyjnego importu środków

⁹¹ Ibidem, s 223.

⁹² *Stenogram z drugiego posiedzenia podzespołu do spraw zdrowia 28 lutego 1989 r.* [w:] *OKRĄGŁY STÓŁ...* op. cit., T. 3 s. 227 – 228.

⁹³ *Stenogram z trzeciego posiedzenia podzespołu do spraw zdrowia 8 marca 1989 r.* [w:] *OKRĄGŁY STÓŁ...* op. cit., T. 3 s.246 – 250.

⁹⁴ *Stenogram z drugiego posiedzenia podzespołu do spraw zdrowia 28 lutego 1989 r.* [w:] *OKRĄGŁY STÓŁ...* op. cit., T. 3 s. 228.

jednorazowych, zwłaszcza igieł i strzykawek. Punkt czwarty pakietu zakładał stworzenie do 30 kwietnia 1989 r. prawnych możliwości organizowania izb lekarskich⁹⁵. Termin ten wydawał się być bardzo napięty jednak obie strony negocjacji uznały ten postulat za słuszny. Dzięki temu na trzecim posiedzeniu podzespołu ds. zdrowia udało się zredagować Stanowisko Podzespołu do spraw Zdrowia w sprawie zagadnień pracowniczych i samorządowych, które jako załącznik 11 wszedł do Protokołu końcowego Podzespołu ds. Zdrowia, gdzie w punkcie III postanowiono zwrócić się do Sejmu o jak najszybsze przekazanie projektu ustawy o samorządzie lekarskim do konsultacji w środowisku lekarskim i po uwzględnieniu uwag o skierowanie go na plenarne posiedzenie Sejmu obecnej [tj. IX P. K.] kadencji Sejmu⁹⁶.

Trzy dni później na czwartym posiedzeniu 11 marca 1989 r. uzgodniono stanowisko w sprawie polityki kadrowej w zakładach opieki zdrowotnej, stanowiące później załącznik 5 do Protokołu końcowego Podzespołu do spraw Zdrowia, gdzie stwierdzono, iż podstawą decyzji dotyczących działalności zawodowej pracowników służby zdrowia powinny być jedynie względy merytoryczne i etyczne, a dobór kadry kierowniczej powinien następować jedynie w drodze konkursu, prowadzonego przez komisję, w której skład wchodzić będą m. in. przedstawiciele samorządu zawodowego⁹⁷.

W tym momencie sprawa odrodzenia samorządu lekarskiego wydawała się załatwiona. Izby lekarskie miały być niezależną organizacją społeczną, która miała zlikwidować problem nomenklatury w służbie zdrowia i stanowić wiarygodną dla lekarzy reprezentację środowiska lekarskiego w pracach nad zmianami systemu ochrony zdrowia. Jednak na ostatnim posiedzeniu Podzespołu do spraw Zdrowia 14 marca 1989 r. okazało się, że sprawy ustawy nie toczą się po myśli uczestników obrad Okrągłego Stołu. W tym dniu miało odbyć się wspólne posiedzenie trzech komisji sejmowych, na którym miano uzgodnić tekst projektu ustawy o izbach lekarskich, który miał być podstawą konsultacji przewidzianych w punkcie III Stanowiska Podzespołu do spraw Zdrowia w sprawie zagadnień pracowniczych i samorządowych. Prof. Jacek Żochowski był tym, który przyniósł te niepokojące wieści. Wskazał on, iż może zabraknąć czasu na uchwalenie ustawy o izbach jeszcze w IX kadencji Sejmu PRL.

⁹⁵ *Stenogram z trzeciego posiedzenia podzespołu do spraw zdrowia 8 marca 1989 r.* [w:] OKRĄGŁY STÓŁ... op. cit., T. 3 s.241 – 242.

⁹⁶ *Protokół końcowy Podzespołu do spraw Zdrowia, załącznik 11*, [w:] OKRĄGŁY STÓŁ... op. cit., T. 4, s. 99.

⁹⁷ *Protokół końcowy Podzespołu do spraw Zdrowia, załącznik 5*, [w:] OKRĄGŁY STÓŁ... op. cit., T. 4, s. 94.

Pytany o powody takiego stanu rzeczy wskazał, iż możliwą przyczyną nieodbycia się posiedzenia komisji były problemy z dostarczeniem posłom zawiadomień o posiedzeniu ze względu na trwające od 5 marca strajki na warszawskich pocztach. Strona opozycyjna jednak dopatrywała się w tym fakcie złej woli Sejmu i domagała się wystosowania pisma do posła Szymborskiego, przewodniczącego podkomisji prowadzącej prace nad ustawą o samorządzie lekarskim, wzywającego do uchwalenia ustawy jeszcze w bieżącej kadencji Sejmu. Przedstawiciele strony rządowej odmówili podpisania się pod takim pismem wskazując, iż nie mają kompetencji by zwracać się do Sejmu, bowiem taką możliwość ma jedynie premier i prezydium rady ministrów. Spotkało się to z ostrą reakcją dra Marka Edelmana, który uznał, iż sprawa ta wystawia na szwank wiarygodność strony koalicyjno-rządowej. Postanowiono jednak pomimo tych niesprzyjających okoliczności nie zmieniać uzgodnionych postanowień dotyczących samorządu lekarskiego i przekazać sprawę „wyższemu stołowi” – zespołowi ds. gospodarki i polityki społecznej z nadzieją, że sprawa się wyjaśni. Strona solidarnościowo-opozycyjna zdecydowała się samodzielnie wystosować pismo do Sejmu⁹⁸. „Solidarność”, nie czekając na ruch Sejmu, przeprowadziła także konsultacje nad projektem ustawy o samorządzie lekarskim w swoich szeregach i w ich wyniku Krajowa Komisja Koordynacyjna „Solidarności” upoważniła swoich przedstawicieli do działań na rzecz uchwalenia ustawy o izbach lekarskich jeszcze w IX kadencji Sejmu⁹⁹.

5 kwietnia 1989 r. podpisano Porozumienia Okrągłego Stołu. Niecałe dwa tygodnie później, 17 kwietnia 1989 r. na połączonym posiedzeniu Komisji Polityki Społecznej, Zdrowia i Kultury Fizycznej, Komisji Prac Ustawodawczych i Komisji Spraw Samorządowych z udziałem przedstawicieli: Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej, Ministerstwa Finansów, ministerstwa Pracy i Polityki Socjalnej, Ministerstwa Transportu, Żeglugi i Łączności, Ministerstwa Spraw Wewnętrznych, Centralnego Urzędu Planowania, Prokuratury Generalnej, Sądu Najwyższego, PRON, OPZZ, NSZZ „Solidarność”, który pojawił się w wyniku obrad „Okrągłego Stołu”, Polskiego Towarzystwa Lekarskiego, akademii medycznych oraz doradców i ekspertów zaprezentowano prace podkomisji posła Szymborskiego nad ustawą o samorządzie lekarskim.

⁹⁸ *Stenogram z piątego posiedzenia podzespołu do sprawa zdrowia 14 marca 1989 r.*[w:] OKRĄGLY STÓŁ op. cit., T. 3, s.266 – 270.

⁹⁹ Kancelaria Sejmu, Biuro Prasowe, Biuletyn Komisji Polityki Społecznej, Zdrowia i Kultury Fizycznej Nr 927/IX kad. s. 8– 9.

Doc. Szymborski przedstawił na nim przebieg prac nad ustawą po czym rozpoczęła się dyskusja. Jako pierwsza głos zabrała Hanna Maciejewska – przedstawicielka Federacji ZZ Pracowników Ochrony Zdrowia. Podniosła ona zarzut wobec projektu ustawy o samorządzie lekarskim, że nie był on znany środowisku lekarskiemu. Nie odbyła się bowiem wg niej szeroka konsultacja społeczna projektu. (Był to ten sam argument jakim posługiwał się dr Guglas w czasie obrad Podzespołu ds. Zdrowia.) Przedstawiła także pogląd Krajowej konferencji głównej sekcji lekarskiej ZZ Pracowników Ochrony Zdrowia, iż ustawy o ochronie zdrowia, o zawodach medycznych, o urzędzie ministra zdrowia i opieki społecznej i samorządzie lekarskim powinny być przedstawiane równolegle i omawiane kompleksowo co miałyby dać gwarancję prawidłowego funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w Polsce. Przedstawiła także szereg zastrzeżeń do poszczególnych zapisów projektu ustawy. W końcu swojego wystąpienia wniosowała o skierowanie projektu do konsultacji z całym środowiskiem lekarskim. Jej argumentację poparł poseł Ryszard Czyż z PZPR, który wniósł o odroczenie debaty toczony na posiedzeniu.

Wiązałoby się to, jak zauważyła obecna na posiedzeniu jako przedstawiciel „Solidarności” Zofia Kuratowska, z odłożeniem ustawy *ad calendas grecas* bowiem nie udałooby się już uchwalić tej ustawy przed końcem IX kadencji Sejmu¹⁰⁰. Można zatem stwierdzić, iż przecucie posła Gburka dotyczące niechęci związków zawodowych wobec izb lekarskich, które postrzegane były w tym środowisku jako konkurencyjna grupa nacisku, wyrażone na posiedzeniu Komisji Polityki Społecznej, Zdrowia i Kultury Fizycznej w dniu 8 lipca 1986 r. sprawdziło się¹⁰¹. Prof. Kuratowska, a także posłowie Szymborski i Kania z PZPR, wskazali iż konsultacje dotyczące projektu ustawy były wystarczające i że publikacja projektu ustawy w czasopiśmie medycznych dała szansę zapoznania się ze sprawą każdemu lekarzowi. Poseł Stanisław Kania wyraził *expressis verbis* pogląd, iż spór nie toczy się o to czy projekt ma być konsultowany czy nie, lecz o to czy uchwalać ustawę czy też jej nie uchwalać. Argumentacja ta trafiła do członków trzech komisji, którzy zdecydowali przy jednym głosie sprzeciwu i dwóch wstrzymujących się przystąpić do rozpatrywania projektu

¹⁰⁰ Kancelaria Sejmu, Biuro Prasowe, Biuletyn Komisji Polityki Społecznej, Zdrowia i Kultury Fizycznej Nr 927/IX kad. s. 5 – 9.

¹⁰¹ Kancelaria Sejmu, Biuro Prasowe, Biuletyn Komisji Polityki Społecznej, Zdrowia i Kultury Fizycznej nr 184/IX kad. s. 43.

ustawy¹⁰². Zgodność przedstawicielki „Solidarności” i byłego I Sekretarza PZPR to niewątpliwie efekt ustaleń „Okrągłego Stołu”. Bez niej ustawę spotkałby taki sam los jak projekt w VIII kadencji.

W trakcie prac nad ustawą komisje zdecydowały o zmianie nazwy ustawy z „ustawy o samorządzie lekarskim” na „ustawę o izbach lekarskich”. Zdecydowała o tym chęć nawiązania do tradycji przedwojennej korporacji lekarskiej. Wniesiono także poprawki mające na celu wyodrębnienie obok Wojskowej Izby Lekarskiej i Izby Lekarskiej MSW Kolejowej Izby Lekarskiej. Uczestnicy posiedzenia dyskutowali także sprawy dotyczące m.in. współpracy izb lekarskich z organizacjami politycznymi, zasady przyznawania przez samorząd prawa wykonywania zawodu, relacji izb z Ministrem Zdrowia czy statusu izbowych komisji rewizyjnych. Komisje musiały też zdecydować komu Naczelna Rada Lekarska ma przedstawiać coroczne informacje o działalności samorządu. Przedstawicielka NSZZ „Solidarność” Zofia Kuratowska postulowała by składana była ona Sejmowi lub Senatowi, z kolei poseł Gburek twierdził, że organem który miałby odbierać te informacje powinien być Minister Zdrowia, jednak Komisje przychyliły się do propozycji posła Szymborskiego, by informacja z NRL trafiała do Rady Ministrów. Kwestiami, które wzbudziły gorącą debatę w trakcie posiedzenia komisji były także: sposób procedowania sądów lekarskich i powołanie Komitetu Organizacyjnego Izb Lekarskich.

Komisje przyjęły na tym posiedzeniu całość projektu przy jednym głosie wstrzymującym i wyznaczyły na posła sprawozdawcę doc. Janusz Szymborskiego z PZPR.

Dziewięć dni później, 26 kwietnia 1989 r., Komisje Polityki Społecznej, Zdrowia i Kultury Fizycznej, Spraw Samorządowych i Prac Ustawodawczych spotkały się ponownie by wprowadzić poprawki do projektu ustawy o samorządzie lekarskim. Posłowie jeszcze raz musieli odnieść się do sprawy wyodrębnienia Kolejowej Izby Lekarskiej. Wynikało to z licznych głosów sprzeciwu wobec jej powołania w środowisku warszawskich lekarzy należących do „Solidarności”. Komisje jednak zdecydowały się utrzymać zapis o Izbie Kolejowej. Na wniosek posła Stanisława Kani Komisje na posiedzeniu 26 kwietnia 1989 r. zdecydowały o włączeniu do tekstu ustawy przepisów o ochronie prawnej stosunku pracy dla działaczy izb – członków jej

¹⁰² Kancelaria Sejmu, Biuro Prasowe, Biuletyn Komisji Polityki Społecznej, Zdrowia i Kultury Fizycznej nr 927/IX kad. s. 9-11.

wybieralnych organów. Lekarz – działacz nie mógł być zwolniony z pracy bez zgody właściwej rady okręgowej.

Posłowie ponownie powierzyli funkcję posła sprawozdawcy doc. Januszowi Szymborskiemu. Było to ostatnie posiedzenie Komisji w sprawie ustawy o samorządzie lekarskim. Komisje Polityki Społecznej, Zdrowia i Kultury Fizycznej, Spraw Samorządowych i Prac Ustawodawczych wniosły do Sejmu o uchwalenie ustawy o izbach lekarskich.

Głosowanie nad ustawą o izbach lekarskich miało miejsce podczas VII sesji Sejmu IX kadencji na 48 posiedzeniu dnia 17 maja 1989 r. Po wystąpieniu posła sprawozdawcy doc. Janusza Szymborskiego, który wniósł o chwalenie ustawy Wicemarszałek Elżbieta Gacek zarządziła głosowanie, ponieważ żaden poseł nie zgłosił chęci zabrania głosu w tej sprawie. Ustawa została uchwalona jednogłośnie co zostało przyjęte na sali sejmowej oklaskami¹⁰³.

Działo się to jednak pod nieobecność posłów klubu ZSL, którzy wyszli w czasie wystąpienia posła sprawozdawcy. Na całe szczęście pozostali posłowie zostali i udało się uratować quorum¹⁰⁴.

3. Prace Komitetu Organizacyjnego Izb Lekarskich

Na podstawie art. 68 ustawy o izbach lekarskich Rada Państwa na wniosek Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej, Polskiego Towarzystwa Lekarskiego, Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego i Zrzeszenia Polskich Towarzystw Medycznych 19 czerwca 1989 r., Uchwałą Nr 74/89, powołała Komitet Organizacyjny Izb Lekarskich. W jego skład weszło 177 osób. 74 osoby zgłosił Zarząd Główny PTL, 21 PTS, 18 osób wskazało Zrzeszenie Polskich Towarzystw Lekarskich. Federacja Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia wskazała 22 członków Komitetu, natomiast Komisja Krajowa „Solidarności” 15. Pozostałych członków Komitetu Organizacyjnego Izb Lekarskich wskazała Minister Zdrowia¹⁰⁵.

Pierwsze posiedzenie Komitetu odbyło się 6 lipca 1989 r. w siedzibie Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej. Posiedzenie otworzyła Minister Zdrowia i Opieki Społecznej Izabela Płaneta – Małecka. Następnie członkowie Komitetu zdecydowali się powierzyć przewodniczenie zebraniu prof. Zbigniewowi Gburkowi.

¹⁰³ Sprawozdanie Stenograficzne z 48 posiedzenia Sejmu Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej w dniu 17 maja 1989 r. s. 38- 43.

¹⁰⁴ T. Brzeziński, *Polskie Towarzystwo...*, op. cit., s. 150.

¹⁰⁵ *Służba Zdrowia*, nr 37 (2174) z dn. 10 września 1989 r., s.1.

Posiedzenie to miało charakter organizacyjny. Wyłoniono na nim 29-osobowe prezydium, które miało kierować pracami Komitetu. Przewodniczącym został prof. Ryszard Jacek Żochowski, a jego zastępcami: dr Adam Czarnecki, prof. Włodzimierz Józefowicz, dr Jerzy Moskwa, prof. Władysław Nasiłowski. Członkami prezydium wybrano: prof. Józefa Bogusza, dra Jana Ciećkiewicza, prof. Zbigniewa Chłapa, płk prof. Eugeniusza Dziuka, lek. stom. Andrzeja Fortunę, prof. Bolesława Górnickiego, prof. Zbigniewa Gburka, dra Artura Hartwicha, prof. Bogdana Kamińskiego, prof. Zdzisława Kleinroka, dra Ireneusza Kliksa, lek. med. Annę Kwietniewską, lek. stom. Ryszarda Łopucha, lek. med. Annę Maciejewską, doc. dra hab. Jerzego Niedziółkę, dr Bożenę Pietrzykowską, prof. Stanisława Rudnickiego, prof. Alicję Ryżewską, prof. Henryka Stangreckiego, doc. dra hab. Janusza Szymborskiego, dra Rafała Taczanowskiego, dr Wandę Terlecką, doc. dra hab. Jerzego Woy-Wojciechowskiego oraz dra Zbigniewa Żaka. Wybrano również przewodniczących komisji problemowych. Szefem komisji legislacyjnej został doc. dr hab. Janusz Szymborski, komisji gospodarczo – finansowej – dr Tadeusz Sikorski, komisji regulaminowej – prof. Bogdan Kamiński, komisji wydawniczej prof. Ryszard Brzozowski. Kierownictwo komisji zjazdowej powierzono prof. Stanisławowi Rudnickiemu¹⁰⁶.

Pierwsze plenarne posiedzenie Komitetu Organizacyjnego Izb Lekarskich zdecydowało także o liczbie i rozmieszczeniu okręgowych izb lekarskich. Spośród kilku propozycji zdecydowano się na utworzenie 11 izb terytorialnych i 3 izb resortowych (wojskowej, kolejowej i MSW). Siedzibami izb okręgowych wybrano miasta- siedziby akademii medycznych, tj. Białystok, Bydgoszcz, Gdańsk, Katowice, Kraków, Lublin, Łódź, Poznań, Szczecin, Warszawę i Wrocław¹⁰⁷.

4 sierpnia 1989 r. odbyło się posiedzenie prezydium Komitetu Organizacyjnego Izb Lekarskich z udziałem posłów i przewodniczących komisji problemowych. Na posiedzeniu tym wybrano dwoje sekretarzy Komitetu Organizacyjnego: prof. Tadeusza Chruściela i dr Bożenę Pietrzykowską. Na stanowisko skarbnika Komitetu wybrano dr Hannę Maciejewską.

Posiedzenie to było głównie poświęcone przedstawieniu działalności komisji problemowych i prezydium Komitetu. Przewodniczący Komisji Zjazdowej, prof. Stanisław Rudnicki, poinformował, iż Krajowy Zjazd Lekarzy odbędzie się w dniach

¹⁰⁶ *Służba Zdrowia*, nr 30 (2167) z dn. 23 VII 1989 r., s. 3, *Służba Zdrowia*, nr 33 (2470) z dn. 13 VIII 1989 r., s. 2.

¹⁰⁷ *Służba Zdrowia*, nr 30 (2167) z dn. 23 VII 1989 r., s. 3

10-12 grudnia 1989 r. w Filharmonii Warszawskiej. Przedstawił też postulat, by zwrócić się do lekarzy warszawskich o udzielenie gościny delegatom, co pozwoli obniżyć koszty organizacji zjazdu. Przewodniczący Komisji Regulaminowej – prof. Bogdan Kamiński przedstawił projekt uchwały w sprawie zasad przeprowadzenia wyborów w izbach lekarskich, natomiast doc. Janusz Szymborski, szef Komisji Legislacyjnej przedstawił działalność swojej komisji w zakresie przygotowywania aktów wykonawczych do ustawy¹⁰⁸.

Przewodniczący Komitetu Organizacyjnego Izb Lekarskich prof. Ryszard Jacek Żochowski poinformował zebranych, iż 18 lipca 1989 r. zwrócił się do wybitnych przedstawicieli środowiska lekarskiego o zorganizowanie zebrań inauguracyjnych poszczególnych okręgowych izb lekarskich. Byli to: w Białymstoku – prof. Wojciech Pędich, w Bydgoszczy – dr Czesława Nowicka, w Gdańsku – prof. Julian Stolarczyk, w Katowicach – prof. Władysław Nasiłowski, w Krakowie – prof. Zbigniew Chłap, w Lublinie – doc. dr hab. Jerzy Karski, w Łodzi – prof. Władysław Józefowicz, w Poznaniu – prof. Stefan Włoch, Szczecinie – prof. Halina Pilawska, w Warszawie – prof. Tadeusz Chruściel, a we Wrocławiu – prof. Stanisław Potoczek¹⁰⁹. Z kolei o organizację takich zebrań w izbach resortowych prof. Żochowski poprosił dra Zbigniewa Tomankiewicza – w izbie kolejowej, płk prof. Eugeniusza Dziuka – w izbie wojskowej i dra Krzysztofa Piekarnika – w izbie MSW¹¹⁰.

Drugie posiedzenie plenarne Komitetu Organizacyjnego Izb Lekarskich miało miejsce 4 września 1989 r. w Collegium Anatomicum warszawskiej Akademii Medycznej. W czasie tego posiedzenia Komitet podjął dwie kluczowe uchwały.

Uchwała nr 1 Komitetu Organizacyjnego Izb Lekarskich z dnia 4 września 1989 r. w sprawie ustalenia obszaru okręgowych izb lekarskich zakończyła proces dyskusji nad kształtem i liczbą izb okręgowych. Członkowie Komitetu zdecydowali się utrzymać decyzję podjętą na pierwszym posiedzeniu plenarnym 6 lipca 1989 r. i powołali 14 izb okręgowych – 11 terytorialnych i 3 resortowe. Okręgowa Izba Lekarska w Białymstoku objęła swoim zasięgiem województwa: białostockie, łomżyńskie i suwalskie; Okręgowa Izba Lekarska w Bydgoszczy – województwa: bydgoskie, pilskie, płockie, toruńskie i włocławskie, Okręgowa Izba Lekarska w Gdańsku – województwa: elbląskie, gdańskie, olsztyńskie i słupskie; Okręgowa Izba Lekarska w Katowicach – województwa: bielsko

¹⁰⁸ *Stużba Zdrowia*, nr 34 (2171) z dn. 20 sierpnia 1989 r., s.2.

¹⁰⁹ Z. Wiśniewski, *Kronika izb lekarskich w Polsce w latach 1945-2005*, Warszawa 2005, s.84.

¹¹⁰ *Stużba Zdrowia*, nr 34 (2171) z dn. 20 sierpnia 1989 r., s.2.

– bialskie i katowickie; Okręgowa Izba Lekarska w Krakowie – województwa: kieleckie, krakowskie, krośnieńskie, nowosądeckie, przemyskie, rzeszowskie i tarnowskie; Okręgowa Izba Lekarska w Lublinie – województwa: białkopodlaskie, chełmskie, lubelskie, radomskie, siedleckie, tarnobrzeskie i zamojskie; Okręgowa Izba Lekarska w Łodzi – województwa: częstochowskie, łódzkie, piotrkowskie, sieradzkie i skierniewickie; Okręgowa Izba Lekarska w Poznaniu – województwa: kaliskie, konińskie, leszczyńskie, poznańskie i zielonogórskie; Okręgowa Izba Lekarska w Szczecinie – województwa: gorzowskie, koszalińskie i szczecińskie; Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie – województwa: ciechanowskie, ostrołęckie i stołeczne warszawskie natomiast Okręgowa Izba Lekarska we Wrocławiu objęła swoim zasięgiem województwa: jeleniogórskie, legnickie, opolskie, wałbrzyskie i wrocławskie. Izby resortowe obejmowały swoim zasięgiem cały kraj, a ich siedzibą była Warszawa.

Paragraf 2 uchwały w sprawie ustalenia obszaru okręgowych izb lekarskich podkreślał tymczasowość tego podziału - miał on obowiązywać jedynie do zakończenia I Krajowego Zjazdu Lekarzy¹¹¹.

Uchwała nr 2 Komitetu Organizacyjnego Izb Lekarskich z dnia 4 września 1989 r. w sprawie regulaminu wyborów delegatów na pierwszy Krajowy Zjazd Lekarzy oraz organów izb lekarskich w 1989 r. ustaliła procedury wyborcze w odradzającym się samorządzie lekarskim. Wybory delegatów na zjazdy okręgowe odbyć się miały w rejonach wyborczych ustalonych przez okręgowe komitety organizacyjne izb lekarskich (§2 ust. 1 i 2) w proporcji 1 delegat na 20 uprawnionych do udziału w zebraniu rejonowym (§13 ust. 1). Z kolei delegatów na Krajowy Zjazd Lekarzy wybrać miały zjazdy okręgowe (§9 ust. 1 pkt 11) w proporcji 1 delegat na 100 członków okręgowej izby lekarskiej (§14 ust. 1). §17 uchwały ustalił terminarz wyborów – do 15 września 1989 r. nastąpić miał podział okręgowych izb lekarskich na rejony wyborcze, do 15 października 1989 r. miały odbyć się rejonowe zebrania wyborcze, a do 15 listopada 1989 r. okręgowe zjazdy lekarzy. I Krajowy Zjazd Lekarzy zaplanowano na dni 10-12 grudnia 1989 r.¹¹².

Obie uchwały zostały opublikowane w tygodniku *Stużba Zdrowia*, który stał się organem prasowym izb lekarskich¹¹³. Na jego łamach Komitet Organizacyjny Izb

¹¹¹ *Stużba Zdrowia*, nr 38 (2175) z dn. 17 września 1989 r., s.5.

¹¹² *Ibidem*, s. 5.

¹¹³ *Ibidem*, s. 4.

Lekarskich apelował do lekarzy o wsparcie finansowe¹¹⁴, o zaangażowanie się w proces reaktywacji izb¹¹⁵ czy o udzielenie gościny delegatom na I Krajowy Zjazd Lekarzy przez warszawskich lekarzy¹¹⁶. W tygodniku publikowano również informacje na temat prac okręgowych komitetów organizacyjnych, przedstawiano idee samorządu zawodowego, jego historię i prowadzono dyskusję na kontrowersyjne kwestie związane z procesem odradzania się izb lekarskich.

6 października 1989 r. odbyło się kolejne posiedzenie prezydium Komitetu Organizacyjnego Izb Lekarskich. Omówiono na nim problemy związane z organizacją Zjazdu, a następnie przewodniczący okręgowych komitetów organizacyjnych przedstawili informacje na temat przygotowań do wyborów i stanie organizacji okręgowych izb lekarskich¹¹⁷.

W listopadzie 1989 r. odbyły się okręgowe zjazdy lekarzy, na których delegaci wybrali władze izb okręgowych oraz delegatów na I Krajowy Zjazd Lekarzy. Inny przebieg miał jedynie I Krajowy Zjazd Lekarzy Kolejowych w Muszynie odbywający się w dniach 6-7 listopada 1989 r. Lekarze kolejowi zdecydowali się nie tworzyć Kolejowej Izby Lekarskiej. Wybrali jedynie delegatów na I Krajowy Zjazd Lekarzy. Zwrócili się również z apelem do Krajowego Zjazdu o umożliwienie włączenia delegatów kolejowych do organów odpowiednich terenowo izb okręgowych. Poprosili również Okręgowe Zjazdy Lekarzy o umożliwienie delegatom kolejowym wzięcia udziału w Zjazdach Okręgowych bez prawa wybierania delegatów na I Krajowy Zjazd Lekarzy. Lekarze kolejowi wystosowali też apel do izb lekarskich MON i MSW o podjęcie działań na rzecz likwidacji izb resortowych¹¹⁸.

4. I Krajowy Zjazd Lekarzy

W dniach 10-12 grudnia 1989 r. w Warszawie odbył się I Krajowy Zjazd Lekarzy. W myśl ustaleń Komitetu Organizacyjnego Izb Lekarskich był on podzielony na dwie części – oficjalną i roboczą¹¹⁹. Część oficjalna miała miejsce 10 grudnia 1989 r. w sali Filharmonii Narodowej, która była w stanie pomieścić delegatów, zaproszonych gości i przedstawicieli prasy. Natomiast część robocza zjazdu odbyła się

¹¹⁴ *Stużba Zdrowia*, nr 39 (2176) z dn. 24 września 1989 r., s.2.

¹¹⁵ *Stużba Zdrowia*, nr 40 (2177) z dn. 1 października 1989 r., s.1.

¹¹⁶ *Stużba Zdrowia*, nr 43 (2180) z dn. 22 października 1989 r., s.2.

¹¹⁷ *Stużba Zdrowia*, nr 43 (2180) z dn. 22 października 1989 r., s.1, 4-5.

¹¹⁸ *Stużba Zdrowia*, nr 47 (2184) z dn. 19 listopada 1989 r., s. 4.

¹¹⁹ *Stużba Zdrowia*, nr 43 (2180) z dn. 22 października 1989 r., s.1.

w Teatrze Polskim, gdzie delegaci dokonali wyboru organów Naczelnej Izby Lekarskiej i podjęli pierwsze uchwały reaktywowanego samorządu lekarskiego.

Obrady I Krajowego Zjazdu Lekarzy poprzedzone zostały mszą w kościele Św. Krzyża w Warszawie, gdzie homilię skierowaną do delegatów wygłosił prymas Polski Józef Glemp. Przewodniczącym Zjazdu wybrany został dr Michał Kurowski, zaś wykład inauguracyjny wygłosił prof. Józef Bogusz, który poświęcił swoje wystąpienie zagadnieniom etyki lekarskiej.

W części roboczej zjazdu największe emocje wzbudziły wybory Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej. O funkcję tę ubiegali się: prof. Zofia Kuratowska, prof. Tadeusz Chruściel, prof. Jan Nielubowicz oraz prof. Włodzimierz Józefowicz. Prof. Zofia Kuratowska nie mogła przybyć na zjazd z powodu nieobecności w kraju. Wystosowała jednak list do delegatów, w którym podkreślała historyczne znaczenie odrodzenia samorządu lekarskiego i jego znaczenie dla środowiska lekarskiego. Delegaci uznali jednak, iż zakres pełnionych przez prof. Kuratowską funkcji, m. in. Wicemarszałka Senatu RP, stanowi istotną przeszkodę w objęciu przez nią stanowiska Prezesa NRL. Również prof. Józefowicz, ówczesny prezes Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego, nie zyskał poparcia delegatów. Do drugiej tury wyborów dostali się profesorowie Chruściel (391 głosów) i Nielubowicz (313 głosów). Ostatecznie pierwszym Prezesem Naczelnej Rady Lekarskiej został prof. Tadeusz Chruściel, lekarz, farmakolog, kierownik Zakładu Farmakologii Klinicznej i Społecznej Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego¹²⁰.

I Krajowy Zjazd Lekarzy dokonał także wyboru pozostałych organów NIL. Naczelnym Rzecznikiem Odpowiedzialności Zawodowej został prof. Stanisław Leszczyński zaś jego zastępcami: Barbara Cabalska, Władysław Dzik, Krzysztof Grębosz, Danuta Korniak, Jan Kowalczyk, Aleksander Koziół, Krzysztof Krzemień, Jan Kłopotowski, Andrzej Marchel, Jerzy Matyjek, Waldemar Naze, Janina Niwińska, Wojciech Osiński, Stanisław Pużyński, Krystyna Rowecka – Trzebicka, Witold Rybkowski, Michał Rólski, Kazimierz Skubik, Andrzej Szalcunas, Wojciech Słowiński, Tomir Vitali, Aleksander Wagner, Wanda Wenglarzy – Kowalczyk, Krzysztof Wiktor i Zbigniew Ziemiński spośród lekarzy oraz Kazimierz Kapera, Czesław Krzyżan, Helena Marek, Andrzej Sołowicz, Maciej Tomczykowski oraz Anna Witkowska spośród lekarzy dentystów.

¹²⁰ *Służba Zdrowia*, nr 52 (2189) z dn. 24 grudnia 1989 r., s.1, 5.

W skład Naczelnej Rady Lekarskiej weszli: lekarze – Witold Bartnik, Stanisław Bień, Zbigniew Brzezina, Zbigniew Chłap, Andrzej Cieśliński, Andrzej Cretti, Irena Głowaczowska, Stanisław Gołba, Zbigniew Górka, Bogdan Kaczmarek, Janusz Kaczmarzyk, Ewa Kopacz, Andrzej Laskowski, Anna Maria Łastowska, Ryszard Maj, Wojciech Maksymowicz, Wojciech Marquardt, Mieczysław Krzysztof Musiałek, Władysław Nasiłowski, Ryszard Niewiadomski, Jerzy Pasadyn, Andrzej Pawlak, Wojciech Pędich, Jacek Piątkowicz, Bożena Pietrzykowska, Elżbieta Seferowicz, Adam Sklepowicz, Andrzej Sośnierz, Mariusz Stopczyk, Piotr Stryczyński, Barbara Śmiechowska, Ewa Tuszkiewicz–Misztal, Stanisław Wencelis, Marek Wietrzny, Stefan Zgliczyński i Zygmunt Żyłka oraz lekarze dentyści: Leszek Dudziński, Franciszek Górewicz, Ewa Hubert, Włodzimierz Józefowicz, Maria Klimowicz, Ryszard Łopuch, Andrzej Ochalski, Anna Serafinowska i Edward Witek.

Przewodniczącym Naczelnego Sądu Lekarskiego został Tadeusz Wencel zaś członkami NSL zostali: Jerzy Adamus, Włodzimierz Bednorz, Jacek Bomba, Waldemar Cabanek, Maria Chmiel, Maria Chosia, Lech Czarnecki, Michał Czober, Jan Jaroszewski, Jerzy Jeske, Andrzej Kleinrok, Zuzanna Koniecznyńska, Bogusław Kość, Stanisław Kuc, Mirosław Laskowski, Jarosław Lewicki, Witold Malinowski, Rafał Michalik, Danuta Obrowska, Stanisław Rzczycki, Henryk Skowroński, Aleksander Stachura, Tadeusz Suchecki, Andrzej Szulc, Marek Temecki, Maciej Tomaszewski, Teresa Tylicka, Tadeusz Wencel, Wojciech Wieczorek, Tadeusz Wójcikowski, Stanisław Zierhoffer i Andrzej Żurkowski spośród lekarzy oraz Janina Kalinowska, Maria Kawa – Kiesner, Alfred Kiciński, Anna Makowska, Kazimiera Teresa Naróg, Liliana Piwowarczyk, Andrzej Smela i Adam Zawada spośród lekarzy dentystów.

I Krajowy Zjazd Lekarzy wybrał również Naczelną Komisję Rewizyjną w składzie: Janusz Andruszkiewicz, Andrzej Bar, Andrzej Boznański, Bohdan Bzowski, Andrzej Firych, Andrzej Kałużyński, Roman Kotzbach, Wojciech Krawczyk, Andrzej Lussa, Leszek Macura, Maria Izabela Pobjewska, Krystyna Taczanowska, Stanisława Wyka, Aleksandra Wysocka, Stanisław Zamecki – lekarze i Teresa Bujko, Elżbieta Michniewska – Szawica, Halina Porębska oraz Jerzy Witek – lekarze dentyści. Przewodniczącym Naczelnej Komisji Rewizyjnej został Michał Kurowski.¹²¹

¹²¹ Biuletyn Izby Lekarskiej, Rok 1, nr 1, s. 8-11.

Oprócz spraw personalnych I Krajowy Zjazd Lekarzy podjął również szereg uchwał regulujących działanie organów samorządu lekarskiego, wyznaczających zadania dla izb lekarskich oraz kilka uchwał o charakterze symbolicznym.

Najistotniejszą uchwałą z punktu widzenia działania Naczelnej Izby Lekarskiej była uchwała z dnia 12 grudnia 1989 r. w sprawie regulaminu organów Naczelnej Izby Lekarskiej¹²². Uchwała określiła sposób działania Naczelnej Rady Lekarskiej, Naczelnego Sądu Lekarskiego, Naczelnej Komisji Rewizyjnej i Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej. Delegaci zdecydowali również o zasadach podziału składki członkowskiej – 20% składki izby okręgowe miały przekazywać do Naczelnej Izby Lekarskiej¹²³. Uchwałą nr IV powołano także do życia Radę Seniorów przy Naczelnej Izbie Lekarskiej, wyposażoną w głos doradczy. Jej członkami zostali profesorowie: Józef Bogusz, Kazimierz Dominik, Bolesław Górnicki i Jan Nielubowicz¹²⁴. Profesor Jan Nielubowicz pełnił również funkcję honorowego prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej¹²⁵.

Delegaci wyznaczyli Naczelnej Izbie Lekarskiej zadania przygotowania nowelizacji ustawy o izbach lekarskich dnia 17 maja 1989 r.¹²⁶, zlikwidowania izby kolejowej¹²⁷, podjęcia działań na rzecz odzyskania utraconego majątku izb lekarskich¹²⁸ oraz na rzecz utworzenia Banku Lekarskiego i kas pomocy koleżeńskiej¹²⁹. Wyrazili również pragnienie by ograniczyć rolę izb resortowych i by lekarze stanowili jedność w obrębie okręgowych izb lekarskich¹³⁰.

I Krajowy Zjazd Lekarzy zabrał również głos w sprawach niezwiązanych bezpośrednio z samorządem lekarskim. Uchwałą nr V delegaci dali wyraz zaniepokojeniu, jakie budziła budowa elektrowni jądrowej w Żarnowcu oraz koksowni w Słonawie w Czechosłowacji, które to inwestycje w ocenie Zjazdu zagrażały sytuacji

¹²²Uchwała I Krajowego Zjazdu Lekarzy w sprawie regulaminu organów Naczelnej Izby Lekarskiej - Biuletyn Naczelnej Rady Lekarskiej, Rok 1, nr 2, s. 41-51.

¹²³ Uchwała I Krajowego Zjazdu Lekarzy w sprawie zasad podziału składki członkowskiej – Biuletyn Naczelnej Rady Lekarskiej, Rok 1, nr 3, s. 93.

¹²⁴ Uchwała I Krajowego Zjazdu Lekarzy w sprawie powołania Rady Seniorów – Biuletyn Naczelnej Rady Lekarskiej, Rok 1, nr 3, s. 93.

¹²⁵ *Służba Zdrowia*, nr 52 (2189) z dn. 24 grudnia 1989 r., s.5.

¹²⁶ Uchwała I Krajowego Zjazdu Lekarzy w sprawie nowelizacji ustawy o izbach lekarskich z dnia 17 maja 1989 r. – Biuletyn Naczelnej Rady Lekarskiej, Rok 1, nr 3, s. 93.

¹²⁷ Uchwała I Krajowego Zjazdu Lekarzy w sprawie likwidacji Kolejowej Izby Lekarskiej – Biuletyn Naczelnej Rady Lekarskiej, Rok 1, nr 3, s. 93.

¹²⁸ Uchwała I Krajowego Zjazdu Lekarzy w sprawie podjęcia działań zmierzających do odzyskania utraconego majątku izb lekarskich – Biuletyn Naczelnej Rady Lekarskiej, Rok 1, nr 3, s. 95.

¹²⁹ Uchwała I Krajowego Zjazdu Lekarzy nr w sprawie utworzenia Banku Lekarskiego i kas pomocy koleżeńskiej – Biuletyn Naczelnej Rady Lekarskiej, Rok 1, nr 3, s. 95.

¹³⁰ Uchwała I Krajowego Zjazdu Lekarzy w sprawie integracji środowiska lekarskiego – Biuletyn Naczelnej Rady Lekarskiej, Rok 1, nr 3, s. 94.

ekologicznej Polski i stanowi zdrowotności jej ludności.¹³¹ Zgromadzeni na Zjeździe lekarze wystąpili również do Sejmu RP o uchylenie ustawy z dnia 27 kwietnia 1956 r. o warunkach dopuszczalności przerywania ciąży. Zobowiązali oni również Naczelną Radę Lekarską do aktywnego udziału w pracach nad ustawą o ochronie życia poczętego.¹³² Delegaci podjęli również uchwałę potępiającą zbrodnię katyńską, w której domagali się również jej ostatecznego wyjaśnienia.¹³³ W reakcji na przetaczającą się przez kraj falę protestów lekarzy I Krajowy Zjazd Lekarzy uznał za niedopuszczalne formy protestu godzące w dobro chorych¹³⁴.

W swojej ostatniej uchwale I Krajowy Zjazd Lekarzy wyraził wdzięczność członkom Komitetu Organizacyjnego Izb Lekarskich oraz osobom spoza tego grona którzy przyczynili się do organizacji Zjazdu¹³⁵. Uczestnicy I Krajowego Zjazdu Lekarzy wystosowali również depeszę do papieża Jana Pawła II z wyrazami szacunku, zapewnieniem o kierowaniu się wartościami „Cywilizacji miłości” i prośbą o błogosławieństwo¹³⁶. Delegaci zwrócili się również z apelem do premiera Tadeusza Mazowieckiego wyrażającym poparcie dla pierwszego niekomunistycznego rządu po II wojnie światowej i zrozumienie trudności z jakimi borykał się Rząd, w którym jednocześnie domagali się zapewnienia takiej ilości środków na ochronę zdrowia, która przynajmniej pozwoli nie obniżyć jej poziomu. Aby pomóc premierowi Mazowieckiemu w realizacji tej prośby obradujący na Zjeździe lekarze zebrali i przekazali 2 007 500 ówczesnych złotych na Fundusz rządu premiera Mazowieckiego¹³⁷.

5. Budowa struktur Naczelnej Izby Lekarskiej i okręgowych izb lekarskich na przykładzie Wielkopolskiej Izby Lekarskiej

5.1 Naczelna Izba Lekarska

Pierwsze posiedzenie Naczelnej Rady Lekarskiej miało miejsce 18 grudnia 1989 r. w tymczasowej siedzibie NIL – w Zakładzie Farmakologii Klinicznej i Społecznej

¹³¹ Uchwała I Krajowego Zjazdu Lekarzy w sprawie sytuacji ekologicznej Polski – Biuletyn Naczelnej Rady Lekarskiej, Rok 1, nr 3, s. 94.

¹³² Uchwała I Krajowego Zjazdu Lekarzy w sprawie uchylenia ustawy o warunkach dopuszczalności przerywania ciąży – Biuletyn Naczelnej Rady Lekarskiej, Rok 1, nr 3, s. 94.

¹³³ Uchwała I Krajowego Zjazdu Lekarzy w sprawie potępienia zbrodni katyńskiej – Biuletyn Naczelnej Rady Lekarskiej, Rok 1, nr 3, s. 95.

¹³⁴ Uchwała I Krajowego Zjazdu Lekarzy w sprawie ograniczenia form protestu pracowników służby zdrowia – Biuletyn Naczelnej Rady Lekarskiej, Rok 1, nr 3, s. 95.

¹³⁵ Uchwała I Krajowego Zjazdu Lekarzy w sprawie podziękowania dla członków Komitetu Organizacyjnego I Krajowego Zjazdu Lekarzy – Biuletyn Naczelnej Rady Lekarskiej, Rok 1, nr 3, s. 96.

¹³⁶ *Służba Zdrowia*, nr 52 (2189) z dn. 24 grudnia 1989 r., s. 4.

¹³⁷ *Ibidem*, s.5.

Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego przy ul. Nowowiejskiej 10 w Warszawie, którym kierował Prezes Chruściel. Podczas tego posiedzenia wybrano prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej oraz przewodniczących dziesięciu komisji problemowych, których składy ustalono podczas trzeciego posiedzenia NRL w marcu 1990 r.¹³⁸. Podjęto także 2 uchwały: Uchwałę nr 1/89/I w sprawie ustalenia obszaru działania i siedzib okręgowych izb lekarskich i uchwałę nr 2/89/I w sprawie wysokości składki członkowskiej.

W skład Prezydium NRL obok prof. Tadeusza Chruściela weszli: wiceprzewodniczący Bożena Pietrzykowska, Mariusz Stopczyk i Stanisław Gołba, sekretarz Wojciech Maksymowicz, zastępca sekretarza Ewa Tuskiewicz–Misztal, skarbnik Włodzimierz Józefowicz oraz członkowie: Andrzej Cretti, Ewa Hubert, Jacek Pietkiewicz oraz Mieczysław Musiałek. Uchwałą nr 57/92/I rozszerzono skład Prezydium NRL do 13 osób¹³⁹.

Uchwała nr 1/89/I powołała 21 okręgowych izb lekarskich i 2 izby resortowe: OIL z siedzibą w Białymstoku, OIL z siedzibą w Bielsku-Białej, OIL z siedzibą w Bydgoszczy, OIL z siedzibą w Gdańsku, OIL z siedzibą w Gorzowie Wlkp., OIL z siedzibą w Katowicach, Świętokrzyska OIL z siedzibą w Kielcach, OIL z siedzibą w Krakowie, OIL z siedzibą w Lublinie, OIL z siedzibą w Łodzi, OIL z siedzibą w Olsztynie, OIL z siedzibą w Opolu, OIL z siedzibą w Płocku, Wielkopolska OIL z siedzibą w Poznaniu, OIL z siedzibą w Rzeszowie, OIL z siedzibą w Szczecinie, OIL z siedzibą w Tarnowie, OIL z siedzibą w Toruniu, OIL z siedzibą w Warszawie, OIL z siedzibą w Wrocławiu, OIL z siedzibą w Zielonej Górze oraz Wojskową Izbę Lekarską z siedzibą w Warszawie i Izbę Lekarską MSW z siedzibą w Kielcach¹⁴⁰, znosząc roboczy i sztuczny podział korporacji lekarskiej na 11 izb okręgowych i 3 resortowe, utworzony przez Komitet Organizacyjny Izb Lekarskich. Uchwała nr 29/90/I powołała do życia nową Okręgową Izbę Lekarską z siedzibą w Koszalinie¹⁴¹. W późniejszym

¹³⁸ Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 10/90/I z dnia 27 marca 1990 r. – Biuletyn Naczelnej Rady Lekarskiej, Rok 1, nr 3, s. 107.

¹³⁹ Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 57/92/I z dnia 15 lutego 1992 r. – Biuletyn Naczelnej Rady Lekarskiej, Rok 3, nr 1 (13), s. 6.

¹⁴⁰ Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 1/89/I z dnia 18 grudnia 1989 r. – Biuletyn Naczelnej Rady Lekarskiej, Rok 1, nr 1, s. 33.

¹⁴¹ Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 29/90/I z dnia 8 grudnia 1990 r. – Biuletyn Naczelnej Rady Lekarskiej, Rok 2, nr 1 (7), s. 28.

okresie Naczelna Rada Lekarska zdecydowała o powołaniu Okręgowej Izby Lekarskiej z siedzibą w Częstochowie¹⁴².

W związku z art. 150 ust 2 ustawy z dnia 6 kwietnia 1990 r. o Policji (Dz. U. 1990 r., nr 30, poz. 179) z dniem 1 stycznia 1992 r. lekarze - funkcjonariusze MSW zostali zwolnieni ze służby. Tym samym zniknął sens utrzymywania Izby Lekarskiej MSW, która została rozwiązana uchwałą VI Zjazdu Lekarzy MSW z dnia 14 marca 1992 r. o rozwiązaniu Izby lekarskiej MSW¹⁴³.

Uchwała nr 2/89/I ustalała wysokość miesięcznej składki na 2% zasadniczego uposażenia w podstawowym miejscu pracy. Lekarze prowadzący prywatne praktyki płacić mieli 6% najniższego uposażenia w gospodarce uspołecznionej, a emeryci i renciści połowę tej kwoty. Lekarze zatrudnieni na lekarskich kontraktach zagranicznych mieli przekazywać izbom 2% zarobku netto. Zwolnieni od obowiązku uiszczania składki byli: niepracujący lekarze emeryci i renciści, lekarki na urloпах wychowawczych i lekarze w czasie jednego roku od uzyskania dyplomu¹⁴⁴.

Na kolejnych posiedzeniach Naczelna Rada Lekarska podejmowała dalsze decyzje kształtujące strukturę organizacyjną i funkcjonowanie Naczelnej i okręgowych izb lekarskich. NRL upoważniła swoje Prezydium do powołania dwóch zespołów problemowych: ds. AIDS i ds. rewindykacji majątku b. Naczelnej Izby Lekarskiej¹⁴⁵, określiła zakres spraw jakie obejmowało upoważnienie dla Prezydium NRL do działania w imieniu Naczelnej Rady Lekarskiej¹⁴⁶ zgodnie z §14 regulaminu organów Naczelnej Izby Lekarskiej¹⁴⁷, a także powołała dra Tomasza Jaroszewskiego na p. o. redaktora naczelnego Gazety Lekarskiej¹⁴⁸, której numer sygnałny ukazał się w lipcu 1990, a pierwszy numer we wrześniu 1990 r. co razem z wydawaniem Biuletynu Naczelnej Rady Lekarskiej ukazującego się od 1 stycznia 1990 r. stanowiło wypełnienie obowiązku nałożonego na NRL na mocy art. 35 ust. 4 ustawy z dnia 17 maja 1989 r. o izbach lekarskich.

¹⁴² Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 5/123/01/III z dnia 2 marca 2001 r. – (http://www.nil.org.pl/jsp/bip/gprawo1.jsp?symbol=Nrl3u&gprawo1_id=934&subserwis=)

¹⁴³ Biuletyn Naczelnej Rady Lekarskiej, Rok 3, nr 2 (14), s. 39.

¹⁴⁴ Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 2/89/I z dnia 18 grudnia 1989 r. – Biuletyn Naczelnej Rady Lekarskiej, Rok 1, nr 3, s. 105.

¹⁴⁵ Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 6/90/I z dnia 30 stycznia 1990 r. – Biuletyn Naczelnej Rady Lekarskiej, Rok 1, nr 2, s. 68.

¹⁴⁶ Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 11/90/I z dnia 27 marca 1990 r. – Biuletyn Naczelnej Rady Lekarskiej, Rok 1, nr 3, s. 110.

¹⁴⁷ Biuletyn Naczelnej Rady Lekarskiej, Rok 1, nr 2, s. 45.

¹⁴⁸ Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 14/90/I z dnia 27 marca 1990 r. – Biuletyn Naczelnej Rady Lekarskiej, Rok 1, nr 3, s. 114.

Naczelna Rada Lekarska uchwaliła również ramowy regulamin organizacji i trybu działania: okręgowych zjazdów lekarzy, okręgowych rad lekarskich i okręgowych komisji rewizyjnych¹⁴⁹, a także nowy regulamin wyborów do organów samorządu lekarzy¹⁵⁰, który zastąpił uchwałę Komitetu Organizacyjnego Izb Lekarskich w tej samej sprawie. Ustaliła także zasady gospodarki finansowej samorządu lekarzy¹⁵¹ i zdecydowała o utworzeniu jednolitego systemu informatycznego dla izb lekarskich¹⁵². Udało się również pozyskać nową siedzibę dla Naczelnej Izby Lekarskiej przy ul. Grójeckiej 65a w Warszawie, który wcześniej służył Komitetowi Dzielnicowemu PZPR¹⁵³. Naczelna Rada Lekarska zdecydowała również o powołaniu zespołów: Historycznego¹⁵⁴, ds. Praktyk Prywatnych i Prywatyzacji¹⁵⁵, ds. Farmakoterapii¹⁵⁶ i Ekologicznego¹⁵⁷ oraz o utworzeniu Ośrodka Współpracy z Polonią Medyczną¹⁵⁸ i Ośrodka Bioetyki i Medycznego Prawa¹⁵⁹. Powołano również Komisję Stomatologiczną¹⁶⁰. Naczelna Rada Lekarska uregulowała także zasady wynagradzania pracowników Naczelnej Izby Lekarskiej¹⁶¹.

¹⁴⁹ Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 17/90/I z dnia 5 maja 1990 r. – Biuletyn Naczelnej Rady Lekarskiej, Rok 1, nr 4, s. 161 i Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 27/90/I z dnia 7 grudnia 1990 r. – Biuletyn Naczelnej Rady Lekarskiej, Rok 2, nr 1 (7), s. 27.

¹⁵⁰ Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 20/90/I z dnia 22 czerwca 1990 r. – Biuletyn Naczelnej Rady Lekarskiej, Rok 1, nr 5-6, s. 212 i Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 83/93/I z dnia 16 stycznia 1993 r. – Biuletyn Naczelnej Rady Lekarskiej, Rok 4, nr 1 (19), s. 22.

¹⁵¹ Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 49/91/I z dnia września 1991 r. – Biuletyn Naczelnej Rady Lekarskiej, Rok 2, nr 5 (11), s. 271 i Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 78/93/I z dnia 15 stycznia 1993 r. – Biuletyn Naczelnej Rady Lekarskiej, Rok 4, nr 1, s. 19.

¹⁵² Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 68/92/I z dnia 8 maja 1992 r. – Biuletyn Naczelnej Rady Lekarskiej, Rok 3, nr 3 (15), s. 64.

¹⁵³ *Gazeta Lekarska*, numer specjalny, lipiec 1990 r., s. 6.

¹⁵⁴ Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 36/91/I z dnia 13 kwietnia 1991 r. – Biuletyn Naczelnej Rady Lekarskiej, Rok 2, nr 3 (9), s. 150.

¹⁵⁵ Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 37/91/I z dnia 13 kwietnia 1991 r. – Biuletyn Naczelnej Rady Lekarskiej, Rok 2, nr 3 (9), s. 150.

¹⁵⁶ Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 38/91/I z dnia 13 kwietnia 1991 r. – Biuletyn Naczelnej Rady Lekarskiej, Rok 2, nr 3 (9), s. 151.

¹⁵⁷ Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 41/91/I z dnia 14 czerwca 1991 r. – Biuletyn Naczelnej Rady Lekarskiej, Rok 2, nr 4 (10), s. 228.

¹⁵⁸ Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 42/91/I z dnia 14 czerwca 1991 r. – Biuletyn Naczelnej Rady Lekarskiej, Rok 2, nr 4 (10), s. 229.

¹⁵⁹ Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 59/92/I z dnia 15 lutego 1992 r. – Biuletyn Naczelnej Rady Lekarskiej, Rok 3, nr 1 (13), s. 8.

¹⁶⁰ Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 56/91/I z dnia 30 listopada 1991 r. – Biuletyn Naczelnej Rady Lekarskiej, Rok 2, nr 6 (13), s. 305.

¹⁶¹ Uchwała Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej nr 20/91/I z dnia 21 stycznia 1991 r. – Biuletyn Naczelnej Rady Lekarskiej, Rok 2, nr 2 (8), s. 79, Uchwała Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej nr 21/91/I z dnia 17 lutego 1991 r. – Biuletyn Naczelnej Rady Lekarskiej, Rok 2, nr 2 (8), s. 80, Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 55/91/I z dnia 29 listopada 1991 r. – Biuletyn Naczelnej Rady Lekarskiej, Rok 2, nr 6 (12), s. 297, Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 63/92/I z dnia 28 marca 1992 r. – Biuletyn Naczelnej Rady Lekarskiej, Rok 3, nr 2 (14), s. 28 i Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 82/93/I z dnia 16 stycznia 1993 r. – Biuletyn Naczelnej Rady Lekarskiej, Rok 4, nr 1 (19), s. 22.

W związku z faktem, iż Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 26 września 1990 r. w sprawie postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy (Dz. U. 1990 nr 69 poz. 406) zostało wydane tak późno, a weszło w życie dopiero 23 października 1990 r. dwa ważne organy samorządu lekarskiego – rzecznicy odpowiedzialności zawodowej i sądy lekarskie, zarówno na szczeblu izb okręgowych jak i Naczelnej Izby Lekarskiej nie mogły rozpocząć normalnej działalności. Pomimo tych utrudnień 24 stycznia 1990 r. odbyło się pierwsze posiedzenie Zastępców Naczelnego Rzecznika i Rzeczników Okręgowych. Wybrano Prezydium Rzecznika, powołano 10 zespołów roboczych i ustalono wzajemne relacje między naczelnym i okręgowymi rzecznikami oraz ich zastępcami oraz omówiono zakres ich działania. W lutym 1990 r. odbyły się 3 posiedzenia Prezydium Naczelnego Rzecznika i dwudniowa konferencja szkoleniowa dla rzeczników¹⁶². Po wydaniu rozporządzenia regulującego postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy 12 października 1990 r. odbyło się spotkanie, w którym udział wzięli Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej i jego zastępcy, rzecznicy okręgowi, członkowie Naczelnego Sądu Lekarskiego i prezesi okręgowych sądów lekarskich a także przedstawiciele, adwokatury, prokuratury i radców prawnych. Celem tego spotkania było przedyskutowanie tekstów aktów prawnych regulujących postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy rozporządzenia i wyjaśnienie nasuwających się wątpliwości¹⁶³. Dysponując podstawą prawną do końca 1990 r. Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej rozpatrywał 51 spraw z czego 41 to zaskarżone postanowienia rzeczników okręgowych, 5 to postępowania w I instancji prowadzone przez Naczelnego Rzecznika, 2 sprawy załatwiono polubownie natomiast 3 ostatnie uległy przedawnieniu¹⁶⁴. Z kolei Naczelny Sąd Lekarski w okresie od 5 października 1990 do 18 lutego 1991 zajmował się dziewięcioma sprawami¹⁶⁵. W czerwcu 1991 r. udało się pozyskać osobną siedzibę dla Naczelnego Sądu Lekarskiego i

¹⁶² Sprawozdanie Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej z działalności od 1 stycznia do 7 marca 1990 r. - Biuletyn Naczelnej Rady Lekarskiej, Rok 1, nr 3, s. 127-129.

¹⁶³ Sprawozdanie z działalności Naczelnego Sądu Lekarskiego za okres 5 października – 7 grudnia 1990 r. - Biuletyn Naczelnej Rady Lekarskiej, Rok 2, nr 1 (7), s. 38 i Sprawozdanie Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej z działalności w okresie od 6 października do 7 grudnia 1990 r. - Biuletyn Naczelnej Rady Lekarskiej, Rok 2, nr 1 (7), s. 39.

¹⁶⁴ Sprawozdanie Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej za rok 1990 - Biuletyn Naczelnej Rady Lekarskiej, Rok 2, nr 2 (8), s. 97.

¹⁶⁵ Sprawozdanie z działalności Naczelnego Sądu Lekarskiego za okres 5 października – 7 grudnia 1990 r. - Biuletyn Naczelnej Rady Lekarskiej, Rok 2, nr 1 (7), s. 38 i Sprawozdanie Naczelnego Sądu Lekarskiego za okres 18 grudnia 1990 r. – 18 lutego 1991 r. - Biuletyn Naczelnej Rady Lekarskiej, Rok 2, nr 2 (8), s. 100.

Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej na ul. Miodowej w Warszawie, dzięki czemu oba te organy mogły wyprowadzić się z siedziby Naczelnej Izby Lekarskiej przy ul. Grójeckiej w Warszawie¹⁶⁶.

Z podobnymi problemami nie musiała borykać się Naczelna Komisja Rewizyjna. Pierwsze posiedzenie NKR odbyło się 20 stycznia 1990 r. w Warszawie, podczas którego dokonano wyboru Prezydium Naczelnej Komisji Rewizyjnej, w skład którego weszli, obok przewodniczącego Michała Kurowskiego, trzej wiceprzewodniczący: Janusz Andruszkiewicz, Teresa Bujko i Stanisław Zamecki, sekretarz – Krystyna Taczanowska i jej zastępca Bohdan Bzowski. Członkowie NKR rozdzielili między siebie zadania i zdecydowali o udziale przewodniczącego lub jego zastępców w pracach Naczelnej Rady Lekarskiej co miało ułatwić wykonywanie obowiązków komisji. Naczelna Komisja Rewizyjna zdecydowała również, by komisje rewizyjne zajmowały się nie tylko kontrolą finansową ale także merytoryczną prawidłowością działalności rad lekarskich, szczególnie w zakresie wykonywania przez nie uchwał zjazdów lekarzy¹⁶⁷. Członkowie NKR brali też udział w pracach komisji problemowych Naczelnej Rady Lekarskiej. W ciągu 1990 r. Naczelna Komisja Rewizyjna odbyła 7 posiedzeń, w tym 2 z udziałem przewodniczących okręgowych komisji rewizyjnych. Podsumowując pierwszy rok swojej działalności NKR stwierdziła, iż konieczne jest bardziej szczegółowe uregulowanie działania komisji rewizyjnych izb lekarskich by nie występowały kontrowersje dotyczące kontrolowania przez komisje rewizyjne działalności merytorycznej rad lekarskich¹⁶⁸. Postulat ten nie znalazł jednak uznania zarówno Naczelnej Rady Lekarskiej, jak i Krajowego Zjazdu Lekarzy. Regulamin organów Naczelnej Izby Lekarskiej przyjęty na IV Krajowym Zjeździe Lekarzy podobnie jak regulamin z 1989 r. przewidywał jako zadania komisji kontrolę działalności finansowej i gospodarczej Naczelnej Rady Lekarskiej i wykonywania przez nią uchwał Krajowego Zjazdu Lekarzy¹⁶⁹.

Ważnym sprawdzianem dla struktur Naczelnej Izby Lekarskiej było również zorganizowanie II Nadzwyczajnego Zjazdu Lekarzy. Naczelna Rada Lekarska zdecydowała się zwołać Krajowy Zjazd Lekarzy z inicjatywy Konwentu

¹⁶⁶ Sprawozdanie z działalności Naczelnego Sądu Lekarskiego za okres 19 lutego – 11 czerwca 1991 r. - Biuletyn Naczelnej Rady Lekarskiej, Rok 2, nr 4 (10), s. 240.

¹⁶⁷ Sprawozdanie Przewodniczącego Naczelnej Komisji Rewizyjnej przedstawione na II plenarnym posiedzeniu NRL w Warszawie - Biuletyn Naczelnej Rady Lekarskiej, Rok 1, nr 3 s.129.

¹⁶⁸ Sprawozdanie z działalności Naczelnej Komisji Rewizyjnej w 1990 r. – Biuletyn Naczelnej Rady Lekarskiej, Rok 2, nr 2(8), s. 108-109.

¹⁶⁹ §22 uchwały nr 9 IV Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 12 grudnia 1997 r. w sprawie regulaminu organów Naczelnej Izby - <http://www.nil.org.pl/doc/4960/uchwa%C5%82a%20nr%2009.rtf>

Przewodniczących Okręgowych Izb Lekarskich, który w lutym 1991 na posiedzeniu NRL przedstawił tę propozycję. Wcześniej podobny postulat wysuwała Dolnośląska Izba Lekarska, argumentując to koniecznością uchwalenia kodeksu deontologicznego i rewizji zasad podziału składki członkowskiej pomiędzy Naczelną a okręgowe izby lekarskie. Konwent Prezesów dołożył do tych argumentów potrzebę wypracowania strategii i formy funkcjonowania samorządu lekarskiego w zmieniającej się sytuacji społeczno-politycznej i ekonomicznej kraju i konieczność opracowania zmian w ustawie o izbach lekarskich, które wzmocniłyby pozycję samorządu wobec „centralnego systemu zarządzania resortem” zdrowia. Uznano również, iż w początkowym działaniu izb lekarskich czteroletni okres „bezzjazdowy” jest zbyt długi ze względu na fakt krystalizowania się kompetencji i zakresu działania samorządu lekarskiego oraz powolnej integracji środowiska lekarskiego wokół izb¹⁷⁰. Te argumenty okazały się silniejsze od poglądu przeciwników zwoływania zjazdu, iż będzie to zbyt duży wydatek dla korporacji lekarskiej, szczególnie w obliczu wielu innych potrzeb i 23 lutego 1991 r. uchwałą nr 33/91/I Naczelna Rada Lekarska Zdecydowała o zwołaniu Nadzwyczajnego Krajowego Zjazdu Lekarzy w IV kwartale 1991 r.¹⁷¹. Tematykę obrad ustalono w kwietniu 1991 r. Miała ona obejmować sprawozdania organów NIL, uchwalenie kodeksu deontologicznego przyjęcie stanowisk odnośnie projektów ustaw o zawodzie lekarza i o izbach lekarskich, sprawę podziału składki członkowskiej, ocenę działań organów Naczelnej Izby Lekarskiej, debatę nad reformą systemu ochrony zdrowia i sprawy różne¹⁷². Komitet organizacyjny uformowano w czerwcu 1991 r.¹⁷³. natomiast we wrześniu 1991 r. zdecydowano o przeniesieniu obrad II Nadzwyczajnego Krajowego Zjazdu Lekarzy z Warszawy do Bielska - Białej¹⁷⁴ i poszerzeniu komitetu organizacyjnego¹⁷⁵. W listopadzie 1991 r. Naczelna Rada Lekarska przygotowała program i regulamin zjazdu¹⁷⁶.

¹⁷⁰ *Gazeta Lekarska*, nr 1 (5), styczeń – luty 1991 r., s.7.

¹⁷¹ Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 33/91/I z dnia 23 lutego 1991 r. – Biuletyn Naczelnej Rady Lekarskiej, Rok 2, nr 2 (8), s. 93.

¹⁷² Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 34/91/I z dnia 13 kwietnia 1991 r. – Biuletyn Naczelnej Rady Lekarskiej, Rok 2, nr 3 (9), s. 146.

¹⁷³ Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 44/91/I z dnia 14 czerwca 1991 r. – Biuletyn Naczelnej Rady Lekarskiej, Rok 2, nr 4 (10), s. 231.

¹⁷⁴ Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 47/91/I z dnia 27 września 1991 r. – Biuletyn Naczelnej Rady Lekarskiej, Rok 2, nr 5 (11), s. 269.

¹⁷⁵ Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 48/91/I z dnia 27 września 1991 r. – Biuletyn Naczelnej Rady Lekarskiej, Rok 2, nr 5 (11), s. 270.

¹⁷⁶ Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 52/91/I z dnia 29 listopada 1991 r. – Biuletyn Naczelnej Rady Lekarskiej, Rok 2, nr 6 (12), s. 288 i Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 53/91/I z dnia 29 listopada 1991 r. – Biuletyn Naczelnej Rady Lekarskiej, Rok 2, nr 6 (12), s. 293.

II Nadzwyczajny Krajowy Zjazd Lekarzy odbył się w dniach 13-14 grudnia 1991 r. w Bielsku Białej. Pierwszy dzień poświęcony był na wysłuchanie sprawozdań organów Naczelnej Izby Lekarskiej. Drugi dzień obrad poświęcony był niemal w całości uchwaleniu Kodeksu Etyki Lekarskiej. Przeciągająca się dyskusja nad jego kształtem spowodowała, iż pozostałe punkty programu zjazdu nie zostały zrealizowane – Zjazd nie zajął się kwestią podziału składki członkowskiej i projektami ustaw o izbach lekarskich i zawodzie lekarza, których opracowanie zlecił Naczelnej Radzie Lekarskiej¹⁷⁷.

Delegaci nie do końca zadowoleni byli z funkcjonowania korporacji lekarskiej w dwóch pierwszych latach jej funkcjonowania. Podkreślano duże rozbieżności między chęciami działania samorządu a jego możliwościami. Pojawiły się również głosy krytyki pod adresem Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej, które nie konsultowało treści swoich stanowisk z izbami okręgowymi. Krytykowano również władze Naczelnej Izby Lekarskiej za nieumiejętność wywarcia wpływu na decyzje lekarzy – parlamentarzystów czy członków rządu. Nikt jednak nie wystąpił ze zdecydowaną krytyką struktury i zasad funkcjonowania samorządu lekarskiego. Doceniono zaangażowanie działaczy korporacji zarówno na szczeblu okręgowym jak i Naczelnej Izby Lekarskiej¹⁷⁸.

Końcem pionierskiego okresu odradzania się samorządu lekarzy był III Krajowy Zjazd Lekarzy, którego uczestnicy zdecydowali o zatwierdzeniu sprawozdań Naczelnej Rady Lekarskiej, Naczelnego Sądu Lekarskiego, Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej i Naczelnej Komisji Rewizyjnej¹⁷⁹ oraz o udzieleniu

¹⁷⁷ Uchwała Nadzwyczajnego II Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 14 grudnia 1991 r. w sprawie projektów ustawy o zawodzie lekarza i ustawy o izbach lekarskich – Biuletyn Naczelnej Rady Lekarskiej, Rok 2, nr 6 (12), s. 346.

¹⁷⁸ *Gazeta Lekarska*, nr 1 (14), styczeń 1992 r., s. 2-3.

¹⁷⁹ Uchwała nr 4 III Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 12 grudnia 1993 r. w sprawie zatwierdzenia sprawozdania kadencyjnego z działalności Naczelnej Rady Lekarskiej – (http://www.nil.org.pl/__data/assets/rtf_file/0004/8167/UCHWAIA_Nr_04.rtf), Uchwała nr 5 III Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 12 grudnia 1993 r. w sprawie zatwierdzenia sprawozdania kadencyjnego z działalności Naczelnego Sądu Lekarskiego – (http://www.nil.org.pl/__data/assets/rtf_file/0005/8168/UCHWAIA_Nr_05.rtf), Uchwała nr 6 III Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 12 grudnia 1993 r. w sprawie zatwierdzenia sprawozdania kadencyjnego z działalności Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej - (http://www.nil.org.pl/__data/assets/rtf_file/0006/8169/UCHWAIA_Nr_06.rtf), Uchwała nr 7 III Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 12 grudnia 1993 r. w sprawie zatwierdzenia sprawozdania kadencyjnego z działalności Naczelnej Komisji Rewizyjnej – (http://www.nil.org.pl/__data/assets/rtf_file/0016/8170/UCHWAIA_Nr_07.rtf).

absolutorium NRL¹⁸⁰. Delegaci mieli też okazję wystawić ocenę swojej korporacji. Z inicjatywy dra Stanisława Ciechowicza z Okręgowej Izby Lekarskiej w Łodzi prezes NIL prof. Tadeusz Chruściel zdecydował o przeprowadzeniu badania socjologicznego delegatów na III Krajowy Zjazd Lekarzy, którego celem miało być poznanie opinii działaczy samorządowych II kadencji na temat zadań samorządu lekarzy i jego dotychczasowych osiągnięć¹⁸¹. Badani lepiej ocenili działalność izb lekarskich skierowaną „do wewnątrz” korporacji – szczególnie dobrze postrzegano pracę rzeczników odpowiedzialności zawodowej i sądów lekarskich, a także pracę samorządu nad Kodeksem Etyki Lekarskiej, gorzej odbierano działania skierowane „na zewnątrz”, związane z dbałością o pozycję zawodu lekarza, z kształtowaniem zarobków czy włączaniem się samorządu w proces reformy systemu ochrony zdrowia. Co ważne respondenci lepiej oceniali funkcjonowanie w I kadencji okręgowych izb lekarskich niż Naczelnej Izby Lekarskiej¹⁸².

5.2 Wielkopolska Izba Lekarska

Wielkopolska Izba Lekarska, funkcjonowała pod nazwą Wielkopolska Okręgowa Izba Lekarska do 5 maja 1990 r. Tego dnia Naczelna Rada Lekarska zdecydowała o zmianie nazw trzech izb okręgowych (oprócz WIL zdecydowano, że OIL we Wrocławiu stanie się Dolnośląską Izbą Lekarską, a Świętokrzyska Okręgowa Izba Lekarska zyska nazwę Świętokrzyskiej Izby Lekarskiej)¹⁸³. Wielkopolską Izbą Lekarską objęła swoim zasięgiem dawne województwa: poznańskie, konińskie, leszczyńskie i kaliskie. W związku z reformą administracyjną w 1999 r., na wniosek lekarzy z dawnego województwa pilskiego i Okręgowego Zjazdu Lekarzy Wielkopolskiej Izby Lekarskiej¹⁸⁴, Naczelna Rada Lekarska włączyła, mocą uchwały nr 80/99 z dnia 26 listopada 1999 r. w sprawie obszarów i siedzib okręgowych izb lekarskich, w obszar działania WIL dawne województwo pilskie¹⁸⁵.

¹⁸⁰ Uchwała Nr 8 III Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 12 grudnia 1993 r. w sprawie udzielenia absolutorium Naczelnej Radzie Lekarskiej – (http://www.nil.org.pl/xml/nil/wladze/str_zl/zjazd3/uc?rok=1993).

¹⁸¹ G. Rzepecka – Koniarek, *Wybrani. Raport z badania socjologicznego delegatów na III Krajowy Zjazd Lekarzy*, Łódź 1994, s. 5.

¹⁸² *Ibidem*, s. 54-56.

¹⁸³ Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 16/90/I z dnia 5 maja 1990 r. – *Biuletyn Naczelnej Rady Lekarskiej*, Rok 1, nr 4, s. 160.

¹⁸⁴ Stanowisko XIII Okręgowego Zjazdu Lekarzy Wielkopolskiej Izby Lekarskiej w Poznaniu z dnia 23 marca 1999 r. w sprawie poszerzenia obszaru działania Wielkopolskiej Izby Lekarskiej – *Archiwum WIL*.

¹⁸⁵ §1 ust. 15 uchwały Naczelnej Rady Lekarskiej nr 80/99 z dnia 26 listopada 1999 r. – (http://www.nil.org.pl/jsp/bip/gprawo1.jsp?symbol=Nrl3u&gprawo1_id=1031&subserwis=).

Pierwszy Okręgowy Zjazd Lekarzy odbył się w Poznaniu 10 listopada 1989 r. w sali im. Stefana Różyckiego w Collegium Anatomicum Akademii Medycznej im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu. Jego celem było wyłonienie organów Wielkopolskiej Okręgowej Izby Lekarskiej w Poznaniu i delegatów na I Krajowy Zjazd Lekarzy. Przewodniczącym Okręgowej Rady Lekarskiej wybrano Piotra Dylewicza. Okręgowym Rzecznikiem Odpowiedzialności Zawodowej został Stanisław Kawczyński. Wybrano również składy Okręgowego Sądu Lekarskiego, Okręgowej Komisji Rewizyjnej i delegatów na zjazd krajowy. Problemem okazały się wybory członków Okręgowej Rady Lekarskiej. Zgłoszono bardzo wielu kandydatów do tego ciała co spowodowało trudności w obliczaniu wyników głosowań. Liczenie głosów trwało do późnych godzin nocnych, co skłoniło delegatów do pomocy Komisji Skrutacyjnej. Dało to podstawy do zakwestionowania wyników głosowania przez niektórych delegatów. Koniecznością było ponowne zebranie zjazdu. Miało to miejsce 25 listopada 1989 r. Wybrano 48 członków Okręgowej Rady Lekarskiej – 37 lekarzy i 11 dentystów, reprezentujących proporcjonalnie lekarzy z ówczesnych województw: poznańskiego, leszczyńskiego, konińskiego i kaliskiego. Lekarze z województwa zielonogórskiego nie brali udziału w wyborach członków ORL ponieważ zamierzali powołać własną izbę lekarską¹⁸⁶. Uchwała nr 1/89/I Naczelnej Rady Lekarskiej potwierdziła decyzje delegatów I Okręgowego Zjazdu Lekarzy – powołano Okręgową Izbę Lekarską w Zielonej Górze a zasięg terytorialny Wielkopolskiej Okręgowej Izby Lekarskiej objął cztery województwa, których przedstawiciele weszli w skład Okręgowej Rady Lekarskiej¹⁸⁷.

Pierwsze posiedzenie Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Okręgowej Izby Lekarskiej miało miejsce 16 grudnia 1989 r.¹⁸⁸. Wyłoniono podczas niego 15 – osobowe prezydium. W jego skład weszli, oprócz Przewodniczącego ORL Piotra Dylewicza, trzech Zastępcy przewodniczącego: Andrzej Baszkowski, Ewa Różycka i Jerzy Sowiński, Sekretarz – Marek Napiontek, Zastępca sekretarza – Piotr Kolasiński, Skarbnik – Jerzy Skrobisz, Zastępca skarbnika – Marek Ruciński oraz członkowie:

¹⁸⁶ *Wielkopolska Izba Lekarska. Tradycja ...*, op. cit., s.68-69, Biuletyn Informacyjny Wielkopolskiej Izby Lekarskiej, nr 1, brak daty wydania, s. 1.

¹⁸⁷ §1 Uchwały Naczelnej Rady Lekarskiej nr 1/89/I z dnia 18 grudnia 1989 r. – Biuletyn Naczelnej Rady Lekarskiej, Rok 1, nr 1, s. 33.

¹⁸⁸ *Wielkopolska Izba Lekarska. Tradycja ...*, op. cit., s.70.

Andrzej Cieśliński, Jacek Marciniak, Mariusz Mieszczński, Zygmunt Pietraszek, Maria Pobjewska, Jerzy Rożek i Krzysztof Słowiński¹⁸⁹.

Wielkopolska Okręgowa Izba Lekarska przemianowana 5 maja na Wielkopolską Izbę Lekarską¹⁹⁰, nie dysponowała żadnym majątkiem ani siedzibą. Pierwszymi środkami, jakimi dysponowała Okręgowa Rada Lekarska było ok. 5 milionów złotych zebranych od jej członków podczas pierwszego posiedzenia przez Skarbnika – Jerzego Skrobisza. W początkowym okresie działalności korzystała z uprzejmości Akademii Medycznej w Poznaniu czy poznańskich szpitali. Przez pierwsze pół roku działania Okręgowa Rada Lekarska zbierała się w Zakładzie Anatomii Patologicznej AM przy ul. Przybyszewskiego. Potem spotkania Rady przeniesiono do Urzędu Wojewódzkiego w Poznaniu, gdzie od kwietnia, w dzierżawionych pokojach, funkcjonowało biuro WIL. Zgodnie z art. 69 ust 3. ustawy z dnia 17 maja 1989 r. o izbach lekarskich (Dz. U. 1989 r. nr 30, poz. 158) oprócz lokalu Urząd Wojewódzki musiał zapewnić izbie również warunki techniczne dla prowadzenia działalności – WIL uzyskała od wojewody poznańskiego kwotę 70 milionów złotych na zakup komputerów i zgodę na zatrudnienie trzech pracowników na koszt Urzędu¹⁹¹.

Aby ułatwić lekarzom spoza Poznania kontakt z Wielkopolską Izbą Lekarską Okręgowa Rada Lekarska już w lutym 1990 r. zdecydowała o powołaniu 5 delegatur – w Gnieźnie, Kaliszu, Koninie, Lesznie i Ostrowie Wielkopolskim¹⁹². Zakres ich uprawnień został określony w maju 1991 r.¹⁹³ Do końca I kadencji Okręgowa Rada Lekarska utworzyła jeszcze delegatury w Kępnie¹⁹⁴, Krotoszynie¹⁹⁵ i Kościanie¹⁹⁶.

Okręgowa Rada Lekarska powołała także cztery komisje problemowe. Komisja Kadr Lekarskich zajmowała się rejestracją lekarzy, ewidencją stanowisk pracy, organizacją i przewodniczeniem w konkursach ordynatorskich, uczestnictwem przedstawicieli izby w konkursach na stanowiska kierownicze w służbie zdrowia oraz sprawami etyki zawodowej. Komisja Szkolenia Medycznego delegowała swoich

¹⁸⁹ Biuletyn Informacyjny Wielkopolskiej Izby Lekarskiej, nr 1, brak daty wydania, s. 2.

¹⁹⁰ §1 uchwały Naczelnej Rady Lekarskiej nr 16/90/I z dnia 5 maja 1990 r. - Biuletyn Naczelnej Rady Lekarskiej, Rok 1, nr 4, s. 160.

¹⁹¹ *Wielkopolska Izba Lekarska. Tradycja ...*, op. cit., s. 73.

¹⁹² Uchwała nr 7 Okręgowej Rady Lekarskiej w Poznaniu z dnia 24 lutego 1990 r. – Archiwum WIL.

¹⁹³ Uchwała nr 10/91 Okręgowej Rady Lekarskiej w Poznaniu z dnia 17 maja 1991 r. – Biuletyn Informacyjny Wielkopolskiej Izby Lekarskiej, nr 9, maj – czerwiec 1991 r., s.16.

¹⁹⁴ Uchwała nr 17/91 Okręgowej Rady Lekarskiej w Poznaniu z dnia 7 września 1991 r. – Archiwum WIL

¹⁹⁵ Uchwała nr 2/92 Okręgowej Rady Lekarskiej w Poznaniu z dnia 18 stycznia 1992 r. – Archiwum WIL

¹⁹⁶ Uchwała nr 41/92 Okręgowej Rady Lekarskiej w Poznaniu z dnia 12 grudnia 1992 r. – Archiwum WIL

członków do udziału w egzaminach na I i II stopień specjalizacji, zajmowała się tworzeniem struktur i programu szkolenia przed i podyplomowego lekarzy oraz współpracą z poznańską Akademią Medyczną i towarzystwami naukowymi w kraju i zagranicą. Komisja Zdrowia Publicznego miała brać czynny udział w tworzeniu projektów reformy służby zdrowia, oceniać budowę nowych obiektów dla potrzeb lecznictwa, zajmować się sprawami dotyczącymi ochrony środowiska naturalnego oraz kontaktować się z władzami regionu, szczególnie w sprawach finansowania opieki zdrowotnej. Innym celem Komisji Zdrowia Publicznego było działanie na rzecz równouprawnienia sektorów prywatnego i publicznego w lecznictwie. Komisja Socjalno-Bytowa odpowiedzialna była za tworzenie organizacji samopomocy koleżeńskiej, działalność gospodarczą izby, rewindykację majątku Izby Lekarskiej Poznańsko – Pomorskiej czy pomoc prawną dla lekarzy. Jej członkowie brali również udział w negocjacjach płacowych toczonych przez lekarzy¹⁹⁷.

Pełny skład organów Wielkopolskiej Izby Lekarskiej uformował się podczas II Okręgowego Zjazdu Lekarzy WIL, który odbył się 22 czerwca 1990 r. w Sali im. Różyckiego w Collegium Anatomicum Akademii Medycznej w Poznaniu¹⁹⁸. W związku z usunięciem z ustawy o izbach lekarskich zapisów o Kolejowej Izbie Lekarskiej szeregi działaczy WIL zasilili lekarze kolejowi. Do Okręgowej Rady Lekarskiej wybrano Romana Trojanowicza, Piotra Stryczyńskiego i Przemysława Chlebusia. Sędziami Okręgowego Sądu Lekarskiego zostali Tadeusz Trzaska i Czesław Błaszowski. Do Okręgowej Komisji Rewizyjnej dołączył Marian Cegiełka, a zastępcami Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej zostali Teresa Glinkowska i Jan Chodakowski z PKP oraz Marek Popielarz, Zofia Fiszer i Jacek Owczarski. Doszło również do zmiany w składzie Komisji Rewizyjnej – Katarzynę Bartz – Dylewicz zastąpiła Maria Lenartowska¹⁹⁹. W wyniku rozwiązania Izby Lekarskiej MSW w marcu 1992 w skład Okręgowej Rady Lekarskiej wszedł Wiesław Sokołowski²⁰⁰.

II Okręgowy Zjazd Lekarzy WIL powołał również Zespół ds. Zapomóg Losowych i jego podkomisje w delegaturach, które rozdzielały pomoc materialną dla potrzebujących lekarzy²⁰¹. W trakcie trwania I kadencji Okręgowa Rada Lekarska

¹⁹⁷ Biuletyn Informacyjny Wielkopolskiej Izby Lekarskiej, nr 1, brak daty wydania, s. 2.

¹⁹⁸ *Wielkopolska Izba Lekarska. Tradycja ...*, op. cit., s. 74.

¹⁹⁹ Biuletyn Informacyjny Wielkopolskiej Izby Lekarskiej, nr 4, czerwiec – lipiec 1990 r., s. 1.

²⁰⁰ *Wielkopolska Izba Lekarska. Tradycja ...*, op. cit., s. 72.

²⁰¹ Biuletyn Informacyjny Wielkopolskiej Izby Lekarskiej, nr 4, czerwiec – lipiec 1990 r., s. 1.

powołała również pełnomocnika ds. AIDS, pełnomocnika ds. współpracy z zagranicą²⁰², Komisję Praktyk Prywatnych i Przekształceń Własnościowych²⁰³, Zespół ds. Cudzoziemców²⁰⁴ i Zespół ds. ogłoszeń lekarskich²⁰⁵. Po II Krajowym Zjeździe Lekarzy, na którym uchwalono Kodeks Etyki Lekarskiej Okręgowa Rada Lekarska WIL w czerwcu 1992 r. powołała Zespół ds. Etyki Lekarskiej, którego zadaniem była popularyzacja treści Kodeksu i nadanie właściwej rangi sprawom etyki zawodowej²⁰⁶.

Ze względu na brak rozporządzenia wykonawczego do ustawy o izbach lekarskich regulującego postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy Okręgowy Sąd Lekarski i Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej WIL nie mogli rozpocząć normalnej działalności. Dopiero po jego wydaniu we wrześniu 1990 r. organy te mogły zacząć działać. 12 października 1990 r. w Warszawie odbyło się szkolenie dla przewodniczących okręgowych sądów lekarskich i okręgowych rzeczników odpowiedzialności zawodowej, na którym zapoznali się z treścią Rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 29 września 1990 r. w sprawie postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy. Informacje zdobyte na tym szkoleniu zostały przekazane zastępcom Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej WIL na spotkaniu 26 października 1990 r., a członkom Okręgowego Sądu Lekarskiego WIL w czasie pierwszego posiedzenia Sądu 4 grudnia 1990 r. Członkowie Sądu wybrali wtedy również Eugeniusza Wosiewicza na przewodniczącego Okręgowego Sądu Lekarskiego WIL²⁰⁷. Po zapoznaniu się z podstawami prawnymi swojej działalności izbowy „wymiar sprawiedliwości” zaczął funkcjonować normalnie. Do Okręgowego Rzecznika wpłynęło w okresie od 1 czerwca 1990 r. do 31 marca 1991 r. 69 spraw. W 22 przypadkach odmówiono wszczęcia postępowania, w pozostałych wszczęto postępowanie wyjaśniające. 18 spraw zostało umorzonych w całości, 2 w części, 4 skargi wycofano, a 3 przekazano do Okręgowego

²⁰² Sprawozdanie z działalności Rady Okręgowej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej w okresie od czerwca 1990 r. do marca 1991 r. (przygotowane na III Okręgowy Zjazd Lekarzy w dniu 26. 04. 1991 r.) - Biuletyn Informacyjny Wielkopolskiej Izby Lekarskiej, nr 8, marzec - kwiecień 1991 r., s. 4.

²⁰³ Uchwała Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej nr 16/93 z dnia 2 kwietnia 1993 r. - Archiwum WIL.

²⁰⁴ Uchwała Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej nr 25/92 z dnia 26 czerwca 1992 r. - Archiwum WIL.

²⁰⁵ Uchwała Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej nr 27/92 z dnia 26 czerwca 1992 r. - Archiwum WIL.

²⁰⁶ Uchwała Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej nr 26/92 z dnia 26 czerwca 1992 r. - Archiwum WIL, *Wielkopolska Izba Lekarska. Tradycja ...*, op. cit., s. 86.

²⁰⁷ Sprawozdanie z działalności Okręgowego Sądu Lekarskiego za lata 1990 - 30. 09. 1993 r. - Biuletyn Informacyjny Wielkopolskiej Izby Lekarskiej, wydanie nadzwyczajne zjazdowe, 22-23 październik 1993 r.

Sądu Lekarskiego, który na posiedzeniu 4 grudnia 1990 r. powołał zespoły do ich rozpoznania. Pierwsza rozprawa przed Okręgowym Sądem Lekarskim odbyła się 25 lutego 1990 r. Sąd w składzie: dr B. Gąsiorowska – przewodnicząca, dr K. Linke i dr M. Wolna zdecydował o uniewinnieniu oskarżonego lekarza²⁰⁸.

Okręgowa Komisja Rewizyjna odbyła swoje pierwsze posiedzenie 22 lutego 1990 r., na którym wybrała swoje prezydium. Przewodniczącym został dr Jan Stryczyński, jego zastępcą dr Maria de Mezer–Dambek, a sekretarzem Mieczysław Krawczyk. Komisja dokonała szeregu kontroli finansowych, a także oceniała zakres i stopień wykonania uchwał i wniosków przyjętych przez Okręgowe Zjazdy Lekarzy²⁰⁹.

Aby informować członków o swojej działalności Wielkopolska Izba Lekarska zdecydowała się również na wydawanie Biuletynu Informacyjnego. Pierwszy numer tego wydawnictwa nie był opatrzony datą. Drugi numer ukazał się z datą – marzec 1990 r. Za redagowanie Biuletynu Informacyjnego odpowiedzialni byli Piotr Kolasiński i Andrzej Baszkowski²¹⁰. Delegatura WIL w Kaliszu od stycznia 1990 r. wydaje swój periodyk, który początkowo ukazywał się pod nazwą „Serwis Informacyjny”, później „Aesculapius”. Pierwsze dziesięć numerów redagował jednoosobowo Mirosław Zaleski. Od numeru 11 redaktorem naczelnym został Zbigniew Kledecki. Również delegatura WIL w Koninie zdecydowała się na wydanie swojego czasopisma „Medycza Konińskiego”²¹¹.

Organy Wielkopolskiej Izby Lekarskiej I kadencji zakończyły swoją działalność na VI Okręgowym Zjeździe Lekarzy WIL, który odbył się w dniach 22 -23 października 1993 r. Delegaci docenili trud władz Wielkopolskiej Izby Lekarskiej włożony w jej tworzenie i pierwsze lata działalności i postanowili ponownie wybrać dra Piotra Dylewicza na Przewodniczącego Okręgowej Rady Lekarskiej oraz dra Stanisława Kawczyńskiego na Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej. Prof. Eugeniusz Wąsiewicz ponownie został prezesem Okręgowego Sądu Lekarskiego.

²⁰⁸ Sprawozdanie z działalności Okręgowego Sądu Lekarskiego Wielkopolskiej Okręgowej Izby Lekarskiej za okres 24. 10. 1990 r. do 30. 03. 1991 r. i Sprawozdanie z działalności Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej Wielkopolskiej Okręgowej Izby Lekarskiej w okresie od 1. 06. 1990 r. do 31. 03. 1991 r. - Biuletyn Informacyjny Wielkopolskiej Izby Lekarskiej, nr 8, marzec – kwiecień 1991 r., s. 8 - 10.

²⁰⁹ Sprawozdanie z działalności Okręgowej Komisji Rewizyjnej Wielkopolskiej Okręgowej Izby Lekarskiej za okres od 1. 01. 1990 r. -31. 12. 1990 r. – Biuletyn Informacyjny Wielkopolskiej Izby Lekarskiej, nr 8, marzec – kwiecień 1991 r. s. 10 – 11 i Sprawozdanie Okręgowej Komisji Rewizyjnej z kontroli finansowej i gospodarczej WIL za okres 1. 01. – 31. 12. 92 r. – Biuletyn Informacyjny Wielkopolskiej Izby Lekarskiej, nr 17, luty- kwiecień 1993 r., s. 11 – 12.

²¹⁰ Biuletyn Informacyjny Wielkopolskiej Izby Lekarskiej, nr 2, marzec 1990 r., s.4.

²¹¹ *Wielkopolska Izba Lekarska. Tradycja ...*, op. cit., s. 91.

Zmiana nastąpiła na stanowisku przewodniczącego Okręgowej Komisji Rewizyjnej w II kadencji Jana Stryczyńskiego zastąpił Piotr Kolasiński²¹².

6. Zmiany w ustawie o izbach lekarskich

Pierwsza nowelizacja ustawy z dnia 17 maja 1989 r. o izbach lekarskich miała miejsce w 1990 r. Ustawa z dnia 9 marca 1990 r. o zmianie ustawy o izbach lekarskich (Dz. U. 1990 r., nr 20, poz. 120) usuwała Kolejową Izbę Lekarską z przepisów ustawy o izbach lekarskich. Było to usankcjonowanie decyzji I Krajowego Zjazdu Lekarzy Kolejowych, który zdecydował się nie tworzyć odrębnej izby dla lekarzy zatrudnionych w PKP.

Kolejna zmiana ustawy o izbach lekarskich, na mocy art. 29 ustawy z dnia 8 sierpnia 1996 r. o zmianie niektórych ustaw normujących funkcjonowanie gospodarki i administracji publicznej (Dz. U. 1996 r., nr 106, poz. 496), miała charakter kosmetyczny. Ze względu na zmianę nazwy resortu spraw wewnętrznych z „Ministerstwa Spraw Wewnętrznych” na „Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Administracji” w ustępach 2, 6 i 7 art. 65 ustawy o izbach lekarskich z dnia 17 maja 1989 r., mówiących o obowiązku wpisania się na listę członków izb resortowych przez lekarzy pełniących służbę w jednostkach MON lub MSW i o uprawnieniach Ministrów Obrony i Spraw Wewnętrznych względem tych izb, wpisano nową nazwę ministerstwa.

Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza (Dz. U. 1997 r., nr 28, poz.152) w art. 60 przewidywała zmianę artykułów 3 i 6 w ustawie o izbach lekarskich z dnia 17 maja 1989 r. Po nowelizacji art. 3 lekarze dentyści stali się lekarzami stomatologami. Art. 6 stanowiący, iż Minister Zdrowia i Opieki Społecznej, po zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Lekarskiej, w drodze rozporządzenia, określi:

- 1) tryb postępowania w sprawach stwierdzania prawa wykonywania zawodu lekarza i prowadzenia rejestru lekarzy,
- 2) organizację komisji i tryb orzekania o niezdolności do wykonywania zawodu lekarza, został skreślony, zaś problematyka, do której się odnosił została uregulowana w rozdziale 2 ustawy o zawodzie lekarza.

Kolejne zmiany w ustawie o izbach lekarskich z dnia 17 maja 1989 r. przyniosła Ustawa z dnia 24 lipca 1998 r. o zmianie niektórych ustaw określających kompetencje organów administracji publicznej - w związku z reformą ustrojową państwa (Dz. U. 1998 r., nr 106, poz.668). Art. 58 tej ustawy wprowadzał zmiany o charakterze

²¹² Biuletyn Informacyjny Wielkopolskiej Izby Lekarskiej, nr 19, styczeń 1994 r., s. 15.

kosmetycznym – z art.2 skreślono ust. 2 mówiący o tym, iż okręgowe izby lekarskie działają na obszarze jednego lub więcej województw. Miało to związek ze zmniejszeniem liczby województw z 49 do 16. Z kolei ust. 3 tego samego artykułu w nowym brzemieniu zakładał, że Naczelna Rada Lekarska ustali obszar działania, liczbę i siedziby okręgowych izb lekarskich na wniosek okręgowych zjazdów, co wcześniej mogła robić samodzielnie, uwzględniając zasadniczy podział terytorialny państwa. W art. 4 ust. 2 pkt. 11 mówiącym o tym, że samorząd lekarzy wykonuje swoje zadania w szczególności przez współdziałanie z organami władzy i administracji państwowej, samorządu terytorialnego zastąpiono organa władzy i administracji państwowej oraz samorządu terytorialnego administracją publiczną. Podobnemu zabiegowi poddano art. 35 ust. 1 pkt. 4, który nakładał na Naczelną Radę Lekarską obowiązek reprezentowania zawodu lekarza wobec organów administracji publicznej, a nie organów państwowych. Z kolei w art. 17 i 18 mówiących o relacjach działaczy izb lekarskich z pracodawcą, zastąpiono słowa „zakład pracy” słowem „pracodawca”.

Poważniejsze zmiany przyniosła kolejna nowelizacja uczyniona art. 2 ustawy z dnia 6 września 2001 r. o zmianie ustawy o zawodzie lekarza oraz o zmianie innych ustaw (Dz. U. 2001 r., nr 126, poz. 1383). Ustawa ta była częścią Narodowego Programu Przygotowania do Członkostwa i jej celem było „dostosowanie przepisów prawa polskiego regulujących zasady podejmowania i wykonywania zawodu lekarza oraz systemu kształcenia lekarzy i lekarzy stomatologów[...] do regulacji wspólnotowych”²¹³. W związku z powyższym dodano do ustawy o izbach lekarskich z dnia 17 maja 1989 r. rozdział 8a pt. „Obowiązki informacyjne”. W myśl art. 61a i 61b okręgowe i Naczelna Rada Lekarska musiały przekazywać informacje dotyczące spraw, które mogą mieć wpływ na wykonywanie zawodu lekarza, a w szczególności dotyczące postępowania dyscyplinarnego lub karnego wobec osoby, która zamierza wykonywać lub wykonuje zawód lekarza w innym niż Rzeczpospolita Polska państwie członkowskim Unii Europejskiej, odpowiednim organom państwa członkowskiego Unii. Musiały również, w momencie uzyskania tego typu informacji od władz innych państw członkowskich, UE zweryfikować je i w zależności od wyniku tej czynności podjąć kroki w zakresie odpowiedzialności zawodowej, o czym z kolei miały poinformować władze danego państwa członkowskiego, od którego otrzymały

²¹³ *Uzasadnienie do projektu ustawy o zmianie ustawy o zawodzie lekarza oraz o zmianie innych ustaw*, Druki Sejmowe III Kadencja, druk 3109, s. 44.

informacje. Spoczął też na nich obowiązek informowania lekarzy o zasadach wykonywania zawodu i etyki zawodowej.

Przy okazji zmian dostosowawczych do prawa UE wprowadzono do ustawy o izbach lekarskich z dnia 17 maja 1989 r. kilka istotnych zmian. Wykreślono art. 17 ust. 1 mówiący o tym, iż członkowie organów izb lekarskich pełnią swoje funkcje społecznie. Dało to podstawę do wypłacania wynagrodzeń działaczom samorządowym, którzy wraz z rozwojem korporacji lekarskiej coraz więcej czasu poświęcali na wypełnianie swoich obowiązków.

Od czasu wejścia w życie tej nowelizacji samorząd lekarski przestał „stwierdzać” prawo wykonywania zawodu a zaczął je „przyznawać” (art. 4 ust. 2 pkt. 1 i art. 25 pkt. 1 ustawy o izbach lekarskich z dnia 17 maja 1989 r.).

Zmiana ustawy o izbach lekarskich z dnia 17 maja 1989 r. dokonana ustawą z dnia 6 września 2001 r. o zmianie ustawy o zawodzie lekarza oraz o zmianie innych ustaw (Dz. U. 2001 r., nr 126, poz. 1383) nałożyła na Naczelną Radę Lekarską obowiązek prowadzenia Centralnego Rejestru Lekarzy (art. 35 ust. 1 pkt 1 ustawy o izbach lekarskich z dnia 17 maja 1989 r.) a na okręgowe rady lekarskie – okręgowych rejestrów lekarzy (art. 25 pkt. 1a). Dla rad okręgowych nie był to obowiązek nowy – wynikał on wcześniej z Rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 27 kwietnia 1990 r. w sprawie trybu postępowania w sprawach stwierdzania prawa wykonywania zawodu lekarza i prowadzenia rejestru lekarzy (Dz. U. 1990 r. nr 32 poz. 194). Także Naczelna Rada Lekarska już wcześniej uchwałą nr 99/93/I z dnia 5 czerwca 1993 r. zdecydowała, że będzie prowadzić Centralny Rejestr Lekarzy w oparciu o dane pochodzące z rejestrów okręgowych i dane z systemu PESEL²¹⁴. Dodatkowo art. 56 Ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz. U. 1999 r., nr 60, poz. 636) stanowił, że Zakład Ubezpieczeń Społecznych udostępnia Naczelnej Radzie Lekarskiej informacje z prowadzonego przez siebie rejestru lekarzy, lekarzy dentystów, felczerów i starszych felczerów, którzy zgłosili wniosek w sprawie upoważnienia ich do wystawiania zaświadczeń lekarskich. Dane te posłużyły Naczelnej Radzie Lekarskiej do tworzenia własnego rejestru lekarzy, przyjętego do eksploatacji w grudniu 2002 r.

Nowelizacja ta zmieniała również treść art. 4 ust. 2 pkt. 4 – samorząd lekarski miał od czasu wejścia w życie nowej wersji ustawy wykonywać swoje zadania poprzez

²¹⁴ § 12 ust. 6 uchwały Naczelnej Rady Lekarskiej nr 99/93/I z dnia 5 czerwca 1993 r. – Biuletyn Naczelnej Rady Lekarskiej, Rok IV, nr 3-4 (21-22), s. 151.

współdziałanie w zakresie doskonalenia zawodowego lekarzy, a nie jak to było wcześniej, w zakresie specjalizacji zawodowej. Nowy zapis ustawy rozszerzał zakres kompetencji izby o całość szkolenia podyplomowego lekarzy.

Ostatnią zmianą wprowadzoną do ustawy o izbach lekarskich z dnia 17 maja 1989 r. nowelizacją z 2001 r. było usunięcie z art. 2 ust. 4 zapisu o Izbie Lekarskiej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych, która faktycznie przestała działać w 1992 r. Aż dziewięć lat zajęło Ustawodawcy dostrzeżenie tego faktu.

Kolejne zmiany w ustawie z dnia 17 maja 1989 r. o izbach lekarskich przyniosła nowa ustawa o Sądzie Najwyższym (Ustawa z dnia 23 listopada 2002 r. o Sądzie Najwyższym Dz. U. 2002 r., nr 240, poz. 2052). Wprowadzała ona zmiany w Rozdziale 6 ustawy z dnia 17 maja 1989 r. o izbach lekarskich regulującym odpowiedzialność zawodową lekarzy. Lekarzowi ukaranemu przez Naczelny Sąd Lekarski w II instancji przysługiwało w myśl nowych zasad, które weszły w życie 1 stycznia 2003 r., odwołanie do sądu apelacyjnego właściwego ze względu na miejsce zamieszkania lekarza, a nie jak wcześniej do Sądu Najwyższego (art. 42 ust 2). Minister Zdrowia i Opieki Społecznej i Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej stracili też prawo do wnoszenia rewizji nadzwyczajnej do Sadu Najwyższego od prawomocnych wyroków sądów lekarskich (skreślono art. 50). Skreślono również art. 56 ustawy z dnia 17 maja 1989 r. o izbach lekarskich mówiący o tym, że w skład Naczelnego Sądu Lekarskiego orzekającego w II instancji wchodzi sędziowie Sądu Najwyższego. Od tego momentu sami lekarze orzekali w sprawach odpowiedzialności zawodowej. Z jednej strony można zgodzić się z Ustawodawcą, iż okres ponad 12 lat kiedy to sędziowie Sądu Najwyższego orzekali w NSL był dostatecznie długi by lekarze nauczyli się rozstrzygać samodzielnie w sprawach odpowiedzialności zawodowej bez pomocy zawodowych sędziów. Z drugiej jednak strony zmiana ta obniżyła prestiż NSL i mogła wpłynąć na jakość jego orzeczeń.

Reforma sądownictwa administracyjnego rozpoczęta w 2002 r. przyniosła także zmiany w ustawie z dnia 17 maja 1989 r. o izbach lekarskich. Ustawa z dnia 30 sierpnia 2002 r. Przepisy wprowadzające ustawę - Prawo o ustroju sądów administracyjnych i ustawę - Prawo o postępowaniu przed sądami administracyjnymi (Dz. U. 2002 r., nr 153, poz.1271), która weszła w życie 1 stycznia 2004 r. stanowiła, iż zainteresowany lekarz i minister właściwy do spraw zdrowia mogli zaskarżać uchwały samorządu lekarzy w sprawach stwierdzenia prawa wykonywania zawodu bądź jego pozbawiania z powodu niezdolności do wykonywania zawodu do sądu administracyjnego, a nie jak to

było wcześniej do Naczelnego Sądu Administracyjnego (art. 14 ust. 2 i 3). Wynikało to z utworzenia wojewódzkich sądów administracyjnych, które miały przejąć część zadań NSA.

Nowelizacja ustawy z dnia 17 maja 1989 r. o izbach lekarskich z 2001 r., przygotowująca samorząd lekarski do spełnienia wymogów stawianych przez Unię Europejską, okazała się niewystarczająca. W dniu akcesji Polski do struktur UE, 1 maja 2004 r., weszły w życie zmiany wprowadzone do ustawy z dnia 17 maja 1989 r. o izbach lekarskich ustawą z dnia 20 kwietnia 2004 r. o zmianie ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. 2004 r., nr 92, poz. 885). Do ustawy z dnia 17 maja 1989 r. dodano odnośnik informujący, iż ustawa wprowadza w życie postanowienia dyrektyw: 78/686/EWG z dnia 25 lipca 1978 r. dotyczącej wzajemnego uznawania dyplomów, świadectw i innych dokumentów potwierdzających posiadanie kwalifikacji osób wykonujących zawód lekarza dentysty, łącznie ze środkami mającymi na celu ułatwienie skutecznego wykonywania prawa przedsiębiorczości i swobody świadczenia usług (Dz. Urz. WE L 233 z 24.08.1978, z późn. zm.) i 93/16/EWG z dnia 5 kwietnia 1993 r. mającej na celu ułatwienie swobodnego przepływu lekarzy i wzajemnego uznawania ich dyplomów, świadectw i innych dokumentów potwierdzających posiadanie kwalifikacji (Dz. Urz. WE L 165 z 07.07.1993, z późn. zm.). Art. 1 ust. 1 zmienił brzmienie z „Tworzy się samorząd lekarzy” na „Tworzy się samorząd lekarzy i lekarzy dentystów, zwany dalej ‘samorzodem lekarzy’”. Zmiana ta nie była satysfakcjonująca dla izb lekarskich ponieważ nie dawała podstaw do roszczeń względem majątku izb przedwojennych. Gdyby Ustawodawca zdecydował się zastąpić zwrot „tworzy się” zwrotem „odtwarza się” samorząd lekarski mógłby starać się o zwrot mienia izb działających do ich likwidacji w 1950 r.

Inne techniczne zmiany dostosowujące ustawę z dnia 17 maja 1989 r. o izbach lekarskich do wymogów Unii Europejskiej miały miejsce w art. 3 gdzie dodano ust. 2 mówiący, iż ilekroć w ustawie jest mowa o państwie członkowskim Unii Europejskiej, należy przez to rozumieć również państwo członkowskie Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) - strony umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym oraz Konfederację Szwajcarską. Poprawiono też nieznacznie art.61a mówiący o wymianie informacji między izbami lekarskimi a władzami państw członkowskich UE odnośnie spraw mających związek z odpowiedzialnością zawodową lekarzy – w wymianie tych informacji oprócz organów państw członkowskich mogły uczestniczyć organizacje tych

państw. Ustawodawca miał tu na myśli organizacje zawodowe lekarzy i lekarzy dentystów z państw członkowskich UE, które wykonywały zadania zbliżone do polskich izb lekarskich. Nowelizacja dołożyła też izbą lekarskim jeszcze jedno zadanie - uznawanie kwalifikacji lekarzy, będących obywatelami państw członkowskich Unii Europejskiej, zamierzających wykonywać zawód lekarza na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej (art. 4 ust. 2 pkt. 12).

Ostatnia zmiana ustawy z dnia 12 maja 1989 r. weszła w życie 10 października 2007, kiedy to zaczęła obowiązywać ustawa z dnia 24 sierpnia 2007 r. o zmianie niektórych ustaw w związku z członkostwem Rzeczypospolitej Polskiej w Unii Europejskiej (Dz. U. 2007 r., nr 176, poz. 1238). Była to drobna korekta art. 61a polegająca na dodaniu ust. 4 mówiącego iż dokumenty, zawierające informacje przekazane w ramach weryfikacji informacji mających wpływ na wykonywanie zawodu lekarza w innym kraju Unii Europejskiej, zachowują ważność przez okres trzech miesięcy od dnia ich wydania.

Ustawa z dnia 17 maja 1989 r. o izbach lekarskich przestała obowiązywać 1 stycznia 2010 r. kiedy weszło w życie nowe prawo regulujące funkcjonowanie samorządu lekarskiego – ustawa z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. 2009 r., nr 219, poz. 1708).

Ustawa z dnia 17 maja 1989 r. o izbach lekarskich była owocem długotrwałych starań środowisk lekarskich o odzyskanie samorządu zawodowego. Dzięki zmianom zachodzącym w Polsce, związanym z funkcjonowaniem „Solidarności” i rozmowom „Okrągłego Stołu” lekarze uzyskali prawo do utworzenia korporacji zawodowej, którą z woli Ustawodawcy mieli dzielić razem z lekarzami dentystami. Przyglądając się pracy zarówno Komitetu Organizacyjnego Izb Lekarskich, jak i organów samorządu I kadencji, rozwiązanie to można uznać za słuszne. Brak sprzeciwu ze strony zarówno lekarzy jak i stomatologów, świadczy o tym, że mieli oni poczucie wspólnoty wartości i interesów. Zgodna współpraca działaczy izb lekarskich reprezentujących oba zawody zaowocowała sprawną budową struktur samorządu lekarskiego, zarówno na poziomie izb okręgowych, jak i Naczelnej Izby Lekarskiej. Pomimo trudnych warunków organizacyjnych (np. brak siedziby, środków finansowych czy trudności w kontaktach z administracją państwową), dzięki zapałowi i poświęceniu członków organów samorządu zawodowego I kadencji udało się odbudować izby lekarskie zlikwidowane w 1950 r., co zasługuje na słowa uznania.

Ustawa z dnia 17 maja 1989 r. o izbach lekarskich okazała się wyjątkowo trwałą. Przez 20 lat jej obowiązywania doczekała się jedynie dziewięciu nowelizacji, które w większości miały charakter kosmetyczny. Z jednej strony można uznać ten fakt za korzystny, ponieważ stabilność prawa jest wartością cenną. Z drugiej strony, przeprowadzanie jedynie kosmetycznych zmian wynikających m.in. z reformy administracyjnej państwa i przygotowań Polski do przystąpienia do Unii Europejskiej świadczyło o niedostrzeganiu przez Ustawodawcę potrzeb samorządu lekarskiego i zgłaszanych przezeń postulatów.

Rozdział III

Struktura organów samorządu lekarskiego w latach 1989 - 2009

1. Organy Naczelnej Izby Lekarskiej

W myśl art. 31 ustawy dnia 17 maja o izbach lekarskich organami Naczelnej Izby Lekarskiej były: Naczelna Rada Lekarska, Naczelna Komisja Rewizyjna, Naczelny Sąd Lekarski i Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej. Najwyższą władzą samorządu lekarzy był, zgodnie z art. 30 ustawy, Krajowy Zjazd Lekarzy.

1.1 Krajowy Zjazd Lekarzy

Zasady zwoływania, a także zakres zadań Krajowego Zjazdu Lekarzy regulowały art. 32 i 33 ustawy z dnia 17 maja 1989 r. o izbach lekarskich. W myśl tych przepisów Krajowy Zjazd Lekarzy zwoływała Naczelna Rada Lekarska co 4 lata. Istniała również możliwość zwoływania Nadzwyczajnych Krajowych Zjazdów Lekarzy przez Naczelną Radę Lekarską z własnej inicjatywy, na wniosek Naczelnej Komisji Rewizyjnej lub na wniosek co najmniej 1/3 okręgowych rad lekarskich. Taki nadzwyczajny Zjazd miał być zwołany w ciągu 3 miesięcy od dnia wpływu wniosku o zwołanie Zjazdu. Nadzwyczajny Krajowy Zjazd Lekarzy mógł obradować jedynie nad sprawami, dla których został zwołany. Krajowe Zjazdy Lekarzy miały się zgodnie z ustawą zajmować w szczególności:

- 1) uchwalaniem zasady etyki i deontologii zawodowej,
- 2) uchwalaniem programu działalności samorządu lekarzy,
- 3) rozpatrywaniem i zatwierdzaniem sprawozdania Naczelnej Rady Lekarskiej, Naczelnej Komisji Rewizyjnej, Naczelnego Sądu Lekarskiego i Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej,
- 4) uchwalaniem regulaminów naczelnych organów Izby,
- 5) ustalaniem liczby członków organów Izby i zastępców Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej,
- 6) wyborem Prezesa i członków Naczelnej Rady Lekarskiej, członków Naczelnej Komisji Rewizyjnej, członków Naczelnego Sądu Lekarskiego oraz Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej i jego zastępców,
- 7) ustalaniem zasad podziału składki członkowskiej.

W Krajowym Zjeździe Lekarzy brali udział delegaci wybrani przez okręgowe zjazdy lekarzy oraz z głosem doradczym - nie będący delegatami członkowie ustępujących organów Izby. Zgodnie z zapisami regulaminów Krajowych Zjazdów Lekarzy w zjazdach mogli brać udział także goście i eksperci zaproszeni na Zjazd przez Naczelną Radę Lekarską lub sam Zjazd²¹⁵. Podczas Nadzwyczajnego V Krajowego Zjazdu Lekarzy do obrad z głosem doradczym dopuszczono także członków Naczelnego Sądu Lekarskiego i Zastępców Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej nie będących delegatami²¹⁶.

W latach 1989 – 2009 odbyło się pięć Krajowych Zjazdów Lekarzy i cztery Nadzwyczajne Krajowe Zjazdy Lekarzy:

1. I Krajowy Zjazd Lekarzy – 11-12 grudnia 1989 r. w Warszawie,
2. Nadzwyczajny II Krajowy Zjazd Lekarzy - 13-14 grudnia 1991 r. w Bielsku Białej,
3. III Krajowy Zjazd Lekarzy – 12-14 grudnia 1993 r. w Warszawie,
4. IV Krajowy Zjazd Lekarzy – 11-13 grudnia 1997 r. w Warszawie,
5. Nadzwyczajny V Krajowy Zjazd Lekarzy – 26-28 kwietnia 2000 r. w Mikołajkach,
6. VI Krajowy Zjazd Lekarzy – 13-15 grudnia 2001 r. w Warszawie,
7. Nadzwyczajny VII Krajowy Zjazd Lekarzy – 19-20 września 2003 r. w Toruniu,
8. VIII Krajowy Zjazd Lekarzy – 5-7 stycznia 2006 r. w Warszawie,

²¹⁵ §1 ust 2 uchwały Nadzwyczajnego II Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 13 grudnia 1991 r. w sprawie regulaminu Nadzwyczajnego II Krajowego Zjazdu Lekarzy (http://www.nil.org.pl/doc/12685/uchwala_-_regulamin_II_KZL.rtf), §1 ust 2 uchwały Nr 2 III Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 12 grudnia 1993 r. w sprawie regulaminu obrad III Krajowego Zjazdu Lekarzy (http://www.nil.org.pl/doc/12684/UCHWA%C5%81A_Nr_02.rtf), §1 ust 2 uchwały nr 1 Nadzwyczajnego IV Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 11 grudnia 1997 r. w sprawie regulaminu obrad IV Krajowego Zjazdu Lekarzy (<http://www.nil.org.pl/doc/12687/uchwa%C5%82a%20nr%2001.rtf>), §1 ust 3 uchwały nr 1/00/III Nadzwyczajnego V Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 26 kwietnia 2000 r. w sprawie Regulaminu Nadzwyczajnego V Krajowego Zjazdu Lekarzy (http://www.nil.org.pl/jsp/bip/gprawo1.jsp?symbol=Nzl5u&gprawo1_id=1660&subserwis=), §1 ust. 3 uchwały Nr 2 VI Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 13 grudnia 2001 r. w sprawie Regulaminu VI Krajowego Zjazdu Lekarzy (http://www.nil.org.pl/jsp/bip/gprawo1.jsp?symbol=Nzl6u&gprawo1_id=1674&subserwis=), §2 ust. 2 uchwały Nr 2 Nadzwyczajnego VII Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 19 września 2003 r. w sprawie regulaminu obrad Nadzwyczajnego VII Krajowego Zjazdu Lekarzy (http://www.nil.org.pl/doc/12691/Uchwa%C5%82a_Nr_2.rtf), §1 ust. 2 uchwały Nr 1 VIII Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 5 stycznia 2006 r. w sprawie regulaminu obrad Krajowego Zjazdu Lekarzy (<http://www.nil.org.pl/doc/12694/uz-001-06.rtf>).

²¹⁶ §1 ust 2 uchwały nr 1/00/III Nadzwyczajnego V Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 26 kwietnia 2000 r. w sprawie Regulaminu Nadzwyczajnego V Krajowego Zjazdu Lekarzy (http://www.nil.org.pl/jsp/bip/gprawo1.jsp?symbol=Nzl5u&gprawo1_id=1660&subserwis=).

9. Nadzwyczajny IX Krajowy Zjazd Lekarzy – 11-12 stycznia 2008 r. w Warszawie.

X Krajowy Zjazd Lekarzy, kończący pracę organów samorządu lekarskiego V kadencji odbył się w Warszawie w dniach 28-30 stycznia 2010 r.

Na mocy przepisów regulaminów Krajowych Zjazdów Lekarzy organami Zjazdu były: Przewodniczący Zjazdu, Prezydium Zjazdu oraz komisje Zjazdowe.

Wybory Przewodniczącego Zjazdu przeprowadzał Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej, który kierował Zjazdem do czasu wyboru jego Przewodniczącego²¹⁷. W skład Prezydium Zjazdu wchodziło, w zależności od Zjazdu, od 3 do 7 Zastępców Przewodniczącego oraz od 3 do 13 Sekretarzy²¹⁸.

Od II Nadzwyczajnego Krajowego Zjazdu Lekarzy na każdym Zjeździe funkcjonowały komisje: Mandatowa, która sprawdzała ważność mandatów delegatów oraz stwierdzała czy Zjazd jest uprawniony do podejmowania uchwał i dokonywania

²¹⁷ §4 uchwały Nadzwyczajnego II Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 13 grudnia 1991 r. w sprawie regulaminu Nadzwyczajnego II Krajowego Zjazdu Lekarzy (http://www.nil.org.pl/doc/12685/uchwala_-_regulamin_II_KZL.rtf), §4 uchwały Nr 2 III Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 12 grudnia 1993 r. w sprawie regulaminu obrad III Krajowego Zjazdu Lekarzy (http://www.nil.org.pl/doc/12684/UCHWA%C5%81A_Nr_02.rtf), §4 uchwały nr 1 Nadzwyczajnego IV Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 11 grudnia 1997 r. w sprawie regulaminu obrad IV Krajowego Zjazdu Lekarzy (<http://www.nil.org.pl/doc/12687/uchwa%C5%82a%20nr%2001.rtf>), §7 uchwały nr 1/00/III Nadzwyczajnego V Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 26 kwietnia 2000 r. w sprawie Regulaminu Nadzwyczajnego V Krajowego Zjazdu Lekarzy (http://www.nil.org.pl/jsp/bip/gprawo1.jsp?symbol=Nzl5u&gprawo1_id=1660&subserwis=), §3 ust. 1 uchwały Nr 1 VI Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 13 grudnia 2001 r. w sprawie regulaminu wyborów Przewodniczącego VI Krajowego Zjazdu Lekarzy (http://www.nil.org.pl/jsp/bip/gprawo1.jsp?symbol=Nzl6u&gprawo1_id=1666&subserwis=), §3 ust. 1 uchwały Nr 1 Nadzwyczajnego VII Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 19 września 2003 r. w sprawie regulaminu wyborów Przewodniczącego Nadzwyczajnego VII Krajowego Zjazdu Lekarzy (http://www.nil.org.pl/doc/12689/Uchwa%C5%82a_Nr_1.rtf), §16 ust. 1 uchwały Nr 1 VIII Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 5 stycznia 2006 r. w sprawie regulaminu obrad Krajowego Zjazdu Lekarzy (<http://www.nil.org.pl/doc/12694/uz-001-06.rtf>).

²¹⁸ §5 ust. 1 uchwały Nadzwyczajnego II Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 13 grudnia 1991 r. w sprawie regulaminu Nadzwyczajnego II Krajowego Zjazdu Lekarzy (http://www.nil.org.pl/doc/12685/uchwala_-_regulamin_II_KZL.rtf), §5 uchwały Nr 2 III Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 12 grudnia 1993 r. w sprawie regulaminu obrad III Krajowego Zjazdu Lekarzy (http://www.nil.org.pl/doc/12684/UCHWA%C5%81A_Nr_02.rtf), §5 uchwały nr 1 Nadzwyczajnego IV Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 11 grudnia 1997 r. w sprawie regulaminu obrad IV Krajowego Zjazdu Lekarzy (<http://www.nil.org.pl/doc/12687/uchwa%C5%82a%20nr%2001.rtf>), §8 uchwały nr 1/00/III Nadzwyczajnego V Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 26 kwietnia 2000 r. w sprawie Regulaminu Nadzwyczajnego V Krajowego Zjazdu Lekarzy (http://www.nil.org.pl/jsp/bip/gprawo1.jsp?symbol=Nzl5u&gprawo1_id=1660&subserwis=), §7 uchwały Nr 2 VI Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 13 grudnia 2001 r. w sprawie Regulaminu VI Krajowego Zjazdu Lekarzy (http://www.nil.org.pl/jsp/bip/gprawo1.jsp?symbol=Nzl6u&gprawo1_id=1674&subserwis=), §6 uchwały Nr 2 Nadzwyczajnego VII Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 19 września 2003 r. w sprawie regulaminu obrad Nadzwyczajnego VII Krajowego Zjazdu Lekarzy (http://www.nil.org.pl/doc/12691/Uchwa%C5%82a_Nr_2.rtf), §5 uchwały Nr 1 VIII Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 5 stycznia 2006 r. w sprawie regulaminu obrad Krajowego Zjazdu Lekarzy (<http://www.nil.org.pl/doc/12694/uz-001-06.rtf>).

wyborów, Wniosków i Uchwał, która przyjmowała propozycje w sprawie uchwał Zjazdu oraz przygotowywała ich projekty oraz Skrutacyjna, która była odpowiedzialna za przeprowadzanie głosowań²¹⁹. Od III Krajowego Zjazdu Lekarzy na Zjazdach powoływano także Komisję Regulaminową, mającą za zadanie dokonywanie wykładni regulaminu Zjazdu²²⁰. Na wszystkich zjazdach, z wyjątkiem Nadzwyczajnego V Krajowego Zjazdu Lekarzy, na którym nie dokonywano żadnych wyborów członków organów samorządu, funkcjonowała Komisja Wyborcza, która odpowiadała za przygotowanie i przeprowadzenie wyborów organów samorządu lekarskiego²²¹. Zasadą

²¹⁹ §7 ust. 1 pkt. 3 i §7 ust. 4 uchwały Nadzwyczajnego II Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 13 grudnia 1991 r. w sprawie regulaminu Nadzwyczajnego II Krajowego Zjazdu Lekarzy (http://www.nil.org.pl/doc/12685/uchwala_-_regulamin_II_KZL.rtf), §7 ust. 1 uchwały Nr 2 III Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 12 grudnia 1993 r. w sprawie regulaminu obrad III Krajowego Zjazdu Lekarzy (http://www.nil.org.pl/doc/12684/UCHWA%C5%81A_Nr_02.rtf), §7 ust. 1 uchwały nr 1 Nadzwyczajnego IV Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 11 grudnia 1997 r. w sprawie regulaminu obrad IV Krajowego Zjazdu Lekarzy (<http://www.nil.org.pl/doc/12687/uchwa%C5%82a%20nr%2001.rtf>), §13 uchwały nr 1/00/III Nadzwyczajnego V Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 26 kwietnia 2000 r. w sprawie Regulaminu Nadzwyczajnego V Krajowego Zjazdu Lekarzy (http://www.nil.org.pl/jsp/bip/gprawo1.jsp?symbol=Nzl5u&gprawo1_id=1660&subserwis=), §11 uchwały Nr 2 VI Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 13 grudnia 2001 r. w sprawie Regulaminu VI Krajowego Zjazdu Lekarzy

(http://www.nil.org.pl/jsp/bip/gprawo1.jsp?symbol=Nzl6u&gprawo1_id=1674&subserwis=), §7 ust. 1 uchwały Nr 2 Nadzwyczajnego VII Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 19 września 2003 r. w sprawie regulaminu obrad Nadzwyczajnego VII Krajowego Zjazdu Lekarzy (http://www.nil.org.pl/doc/12691/Uchwa%C5%82a_Nr_2.rtf), §8 ust. 1 uchwały Nr 1 VIII Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 5 stycznia 2006 r. w sprawie regulaminu obrad Krajowego Zjazdu Lekarzy (<http://www.nil.org.pl/doc/12694/uz-001-06.rtf>).

²²⁰ §7 ust. 1 uchwały Nr 2 III Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 12 grudnia 1993 r. w sprawie regulaminu obrad III Krajowego Zjazdu Lekarzy (http://www.nil.org.pl/doc/12684/UCHWA%C5%81A_Nr_02.rtf), §7 ust. 1 uchwały nr 1 Nadzwyczajnego IV Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 11 grudnia 1997 r. w sprawie regulaminu obrad IV Krajowego Zjazdu Lekarzy (<http://www.nil.org.pl/doc/12687/uchwa%C5%82a%20nr%2001.rtf>), §13 uchwały nr 1/00/III Nadzwyczajnego V Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 26 kwietnia 2000 r. w sprawie Regulaminu Nadzwyczajnego V Krajowego Zjazdu Lekarzy (http://www.nil.org.pl/jsp/bip/gprawo1.jsp?symbol=Nzl5u&gprawo1_id=1660&subserwis=), §11 uchwały Nr 2 VI Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 13 grudnia 2001 r. w sprawie Regulaminu VI Krajowego Zjazdu Lekarzy (http://www.nil.org.pl/jsp/bip/gprawo1.jsp?symbol=Nzl6u&gprawo1_id=1674&subserwis=), §7 ust. 1 uchwały Nr 2 Nadzwyczajnego VII Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 19 września 2003 r. w sprawie regulaminu obrad Nadzwyczajnego VII Krajowego Zjazdu Lekarzy (http://www.nil.org.pl/doc/12691/Uchwa%C5%82a_Nr_2.rtf), §8 ust. 1 uchwały Nr 1 VIII Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 5 stycznia 2006 r. w sprawie regulaminu obrad Krajowego Zjazdu Lekarzy (<http://www.nil.org.pl/doc/12694/uz-001-06.rtf>).

²²¹ §7 ust. 1 pkt. 3 i §7 ust. 4 uchwały Nadzwyczajnego II Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 13 grudnia 1991 r. w sprawie regulaminu Nadzwyczajnego II Krajowego Zjazdu Lekarzy (http://www.nil.org.pl/doc/12685/uchwala_-_regulamin_II_KZL.rtf), §7 ust. 1 uchwały Nr 2 III Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 12 grudnia 1993 r. w sprawie regulaminu obrad III Krajowego Zjazdu Lekarzy (http://www.nil.org.pl/doc/12684/UCHWA%C5%81A_Nr_02.rtf), §7 ust. 1 Uchwały nr 1 Nadzwyczajnego IV Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 11 grudnia 1997 r. w sprawie regulaminu obrad IV Krajowego Zjazdu Lekarzy (<http://www.nil.org.pl/doc/12687/uchwa%C5%82a%20nr%2001.rtf>), §11 uchwały Nr 2 VI Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 13 grudnia 2001 r. w sprawie Regulaminu VI Krajowego Zjazdu Lekarzy (http://www.nil.org.pl/jsp/bip/gprawo1.jsp?symbol=Nzl6u&gprawo1_id=1674&subserwis=), §7 ust. 1 uchwały Nr 2 Nadzwyczajnego VII Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 19 września 2003 r. w sprawie

stało się również przyjmowanie uchwał przez Zjazdy Lekarzy większością głosów przy obecności połowy ogólnej liczby delegatów uczestniczących w Zjeździe²²².

1.2 Naczelna Rada Lekarska

Zgodnie z zapisami art. 35 ustawy z dnia 17 maja 1989 r. Naczelna Rada Lekarska była organem, który kierował działalnością samorządu lekarzy w okresach między Krajowymi Zjazdami Lekarzy. Jej zadaniami były w szczególności:

- wykonywanie uchwał Krajowego Zjazdu Lekarzy,
- czuwanie nad prawidłową realizacją zadań samorządu lekarzy,
- koordynowanie i nadzorowanie działalności okręgowych rad lekarskich,
- reprezentowanie zawodu lekarza wobec organów administracji publicznej oraz organizacji politycznych i społecznych,
- uchwalanie ramowych regulaminów organizacji i trybu działania organów okręgowych izb lekarskich,
- uchwalanie regulaminu wyborów do organów samorządu lekarzy oraz trybu odwoływania tych organów i ich członków,
- określanie zasad podejmowania uchwał przez organy samorządu lekarzy,
- uchwalanie zasad gospodarki finansowej samorządu lekarzy,
- określanie wysokości składki członkowskiej,

regulaminu obrad Nadzwyczajnego VII Krajowego Zjazdu Lekarzy (http://www.nil.org.pl/doc/12691/Uchwa%C5%82a_Nr_2.rtf), §8 ust. 1 uchwały Nr 1 VIII Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 5 stycznia 2006 r. w sprawie regulaminu obrad Krajowego Zjazdu Lekarzy (<http://www.nil.org.pl/doc/12694/uz-001-06.rtf>).²²² §11 ust. 5 uchwały Nadzwyczajnego II Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 13 grudnia 1991 r. w sprawie regulaminu Nadzwyczajnego II Krajowego Zjazdu Lekarzy (http://www.nil.org.pl/doc/12685/uchwala_-_regulamin_II_KZL.rtf), §12 ust. 6 uchwały Nr 2 III Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 12 grudnia 1993 r. w sprawie regulaminu obrad III Krajowego Zjazdu Lekarzy (http://www.nil.org.pl/doc/12684/UCHWA%C5%81A_Nr_02.rtf), §12 ust. 6 uchwały nr 1 Nadzwyczajnego IV Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 11 grudnia 1997 r. w sprawie regulaminu obrad IV Krajowego Zjazdu Lekarzy (<http://www.nil.org.pl/doc/12687/uchwa%C5%82a%20nr%2001.rtf>), §33 uchwały nr 1/00/III Nadzwyczajnego V Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 26 kwietnia 2000 r. w sprawie Regulaminu Nadzwyczajnego V Krajowego Zjazdu Lekarzy (http://www.nil.org.pl/jsp/bip/gprawo1.jsp?symbol=Nzl5u&gprawo1_id=1660&subserwis=), §32 ust. 1 uchwały Nr 2 VI Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 13 grudnia 2001 r. w sprawie Regulaminu VI Krajowego Zjazdu Lekarzy (http://www.nil.org.pl/jsp/bip/gprawo1.jsp?symbol=Nzl6u&gprawo1_id=1674&subserwis=), §37 ust. 1 uchwały Nr 2 Nadzwyczajnego VII Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 19 września 2003 r. w sprawie regulaminu obrad Nadzwyczajnego VII Krajowego Zjazdu Lekarzy (http://www.nil.org.pl/doc/12691/Uchwa%C5%82a_Nr_2.rtf), §33 ust. 1 uchwały Nr 1 VIII Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 5 stycznia 2006 r. w sprawie regulaminu obrad Krajowego Zjazdu Lekarzy (<http://www.nil.org.pl/doc/12694/uz-001-06.rtf>).

- wybór Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej oraz Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej, jeżeli ich mandat wygasł w czasie kadencji,
- rozpatrywanie odwołań od uchwał okręgowych rad lekarskich,
- analizowanie i opiniowanie kierunków rozwoju ochrony zdrowia ludności,
- negocjowanie warunków pracy i płac lekarzy,
- uchwalanie budżetu Naczelnej Rady Lekarskiej oraz rozpatrywanie sprawozdania z jego wykonania,
- prowadzenie Centralnego Rejestru Lekarzy Rzeczypospolitej Polskiej,
- uchylanie uchwał okręgowych rad lekarskich sprzeczne z prawem lub uchwałami i regulaminami wydanymi na podstawie ustawy,
- wydawanie Biuletynu i Gazety Lekarskiej.

Naczelna Rada Lekarska miała również obowiązek przedstawiania Radzie Ministrów corocznych informacji o działalności samorządu lekarzy (art. 36). Mogła również zwrócić się do okręgowej rady lekarskiej o podjęcie uchwały w określonej sprawie należącej do zakresu działania rady (art. 35 ust. 3).

W skład Naczelnej Rady Lekarskiej zgodnie z art. 34 ust. 1 ustawy z dnia 17 maja 1989 r. o izbach lekarskich wchodził Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej i członkowie wybrani przez Krajowy Zjazd Lekarzy oraz przewodniczący okręgowych rad lekarskich. Prezes oraz wybrani przez Radę wiceprezesa, sekretarz, skarbnik i członkowie tworzyli Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej (art. 34 ust. 2). Dodatkowo w posiedzeniach Naczelnej Rady Lekarskiej i jej Prezydium mieli prawo Przewodniczący Naczelnej Komisji Rewizyjnej, Przewodniczący Naczelnego Sądu Lekarskiego oraz Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej (art. 37).

Szczegółowe zasady funkcjonowania i strukturę Naczelnej Rady Lekarskiej w latach 1989 – 2009 regulowały uchwały Krajowych Zjazdów Lekarzy i samej Naczelnej Rady Lekarskiej. W I kadencji organów samorządu liczebność NRL wynosiła 70 osób – Prezes NRL i 45 członków wybranych przez I Krajowy zjazd Lekarzy oraz 24 przewodniczących okręgowych rad lekarskich. W II kadencji liczebność NRL została określona przez Uchwałę nr 10 III Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 12 grudnia 1993 r. w sprawie ustalenia liczby członków organów Naczelnej Izby Lekarskiej²²³. Zgodnie z

²²³ http://www.nil.org.pl/doc/14720/UCHWA%C5%81A_Nr_10.rtf

zapisami tej uchwały Naczelna Rada Lekarska liczyć miała 74 osoby, w tym Prezesa NRL, 23 przewodniczących okręgowych rad lekarskich, 40 lekarzy i 10 stomatologów. Taki sam skład NRL przyjęto w III kadencji²²⁴. Podczas IV i V kadencji organów samorządu lekarskiego liczebność Naczelnej Rady Lekarskiej wynosiła 75 osób, z tym że w IV kadencji obok Prezes NRL i przewodniczących okręgowych rad lekarskich wchodziło 36 lekarzy i 14 stomatologów wybranych przez Zjazd²²⁵, a w V kadencji 37 lekarzy i 13 stomatologów²²⁶.

Z kolei skład Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej określał Regulamin organów Naczelnej Izby Lekarskiej. W skład Prezydium NRL wchodził Prezes NRL trzech wiceprezesów, sekretarz, zastępca sekretarza, skarbnik oraz czterech członków²²⁷. W okresie I kadencji Naczelna Rada Lekarska zdecydowała się rozszerzyć swój skład do 13 osób²²⁸.

Zgodnie z §15 Regulaminu organów NIL z 1989 r. Prezes NRL: kierował pracami NRL i reprezentował ją na zewnątrz, kierował pracami Prezydium NRL, przydzielał sprawy do załatwienia członkom Prezydium NRL i podpisywał korespondencję urzędową. Regulamin z 1997 r. w §13 rozszerzył jego zadania o sprawowanie nadzoru nad działalnością biura NRL i zgłaszanie Prezydium NRL odpowiednich wniosków personalnych. Prezes NRL był też rozumieniu przepisów Kodeksu Pracy, przedstawicielem pracodawcy wobec pracowników Naczelnej Izby Lekarskiej.

Wiceprezesi NRL zajmowali się sprawami wyznaczonymi przez Prezesa NRL (§16 Regulaminu organów NIL z 1989r.). Od III kadencji zadania wiceprezesom wyznaczało Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej (§14 ust.1 Regulaminu organów NIL z 1997r.).

²²⁴ §1 pkt 1 uchwały nr 8 IV Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 12 grudnia 1997 r. w sprawie ustalenia liczby członków organów Naczelnej Izby Lekarskiej (<http://www.nil.org.pl/doc/14735/uchwa%C5%82a%20nr%2008.rtf>).

²²⁵ §1 pkt 1 uchwały nr 10 VI Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 14 grudnia 2001 r. w sprawie ustalenia liczby członków organów Naczelnej Izby Lekarskiej (http://www.nil.org.pl/jsp/bip/gprawo1.jsp?symbol=Nzl6u&gprawo1_id=1667&subserwis=).

²²⁶ §1 pkt 1 uchwały nr 4 VIII Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 5 stycznia 2006 r. w sprawie ustalenia liczby członków organów Naczelnej Izby Lekarskiej i Krajowej Komisji Wyborczej (<http://www.nil.org.pl/doc/14738/uz-004-06.rtf>).

²²⁷ §11 ust. 1 uchwały I Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 12 grudnia 1989 r. w sprawie regulaminu organów Naczelnej Izby Lekarskiej (http://www.nil.org.pl/doc/14704/UCHWA%C5%81A_-_regulamin_organ%C3%B3w_NIL.rtf) i §7 ust. 2 uchwały nr 9 IV Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 12 grudnia 1997 r. w sprawie regulaminu organów Naczelnej Izby Lekarskiej (<http://www.nil.org.pl/doc/14753/uchwa%C5%82a%20nr%2009.rtf>).

²²⁸ §1 uchwały Naczelnej Rady Lekarskiej nr 57/92/I z dnia 15 lutego 1992 r. - Biuletyn Naczelnej Rady Lekarskiej, Rok 3, nr 1 (13), s. 6.

Sekretarz NRL nadzorował wykonanie uchwał NRL i Prezydium NRL. Do jego obowiązków należało także:

- redagowanie protokołów posiedzeń NRL i Prezydium NRL,
- nadzór nad sprawozdawczością NRL i Prezydium NRL,
- załatwianie bieżącej korespondencji,
- przygotowanie projektów uchwał i projektu porządku obrad NRL i Prezydium²²⁹.

Skarbnik NRL odpowiadał za gospodarkę finansową NRL. Do jego szczegółowych zadań należało:

- przygotowywanie projektu preliminarza budżetowego,
- opracowywanie odpowiednich analiz i sprawozdań z wykonania budżetu i referowanie ich na posiedzeniu NRL,
- nadzorowanie księgowości, rachunkowości i sprawozdawczości finansowej NRL,
- wykonywanie czynności związanych z bieżącym zarządzaniem majątkiem NRL,
- kierowanie egzekwowaniem wierzytelności i zgłaszanie wniosków o ich umorzenie²³⁰.

Bardzo istotnym elementem struktury Naczelnej Rady Lekarskiej były także komisje i zespoły problemowe. W okresie I kadencji funkcjonowały następujące komisje i zespoły problemowe:

- Komisja Zdrowia Publicznego,
- Komisja Etyki Lekarskiej,
- Komisja Kształcenia Medycznego,
- Komisja Współpracy z Zagranicą,
- Komisja Organizacyjna,
- Komisja Finansowa,
- Komisja Płac i Warunków Pracy,

²²⁹ §17 ust. 1 uchwały I Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 12 grudnia 1989 r. w sprawie regulaminu organów Naczelnej Izby Lekarskiej (http://www.nil.org.pl/doc/14704/UCHWA%C5%81A_-_regulamin_organ%C3%B3w_NIL.rtf) i §15 uchwały nr 9 IV Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 12 grudnia 1997 r. w sprawie regulaminu organów Naczelnej Izby Lekarskiej (<http://www.nil.org.pl/doc/14753/uchwa%C5%82a%20nr%2009.rtf>).

²³⁰ §18 i §11 ust. 1 uchwały I Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 12 grudnia 1989 r. w sprawie regulaminu organów Naczelnej Izby Lekarskiej (http://www.nil.org.pl/doc/14704/UCHWA%C5%81A_-_regulamin_organ%C3%B3w_NIL.rtf) i §16 uchwały nr 9 IV Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 12 grudnia 1997 r. w sprawie regulaminu organów Naczelnej Izby Lekarskiej (<http://www.nil.org.pl/doc/14753/uchwa%C5%82a%20nr%2009.rtf>).

- Komisja Socjalna,
- Komisja Informacji,
- Komisja Legislacyjna²³¹,
- Komisja Stomatologiczna²³²,
- Zespół Historyczny²³³,
- Zespół ds. Praktyk Prywatnych i Prywatyzacji²³⁴,
- Zespół ds. Farmakoterapii²³⁵,
- Zespół Ekologiczny²³⁶,
- Zespół ds. AIDS,
- Zespół ds. rewindykacji majątku b. Naczelnej Izby Lekarskiej²³⁷,
- Zespół ds. negocjacji warunków ubezpieczenia lekarzy od odpowiedzialności cywilnej²³⁸.

W II kadencji były to:

- Komisja ds. lekarzy cudzoziemców,
- Komisja Etyki Lekarskiej,
- Komisja Finansowa,
- Komisja Informacji,
- Komisja Kształcenia Medycznego,
- Komisja Legislacyjna,
- Komisja Organizacji,
- Komisja Płac i Warunków Pracy,
- Komisja Praktyk Prywatnych i Prywatyzacji,
- Komisja Socjalna,
- Komisja Stomatologiczna,

²³¹ §4 ust. 1 uchwały I Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 12 grudnia 1989 r. w sprawie regulaminu organów Naczelnej Izby Lekarskiej (http://www.nil.org.pl/doc/14704/UCHWA%C5%81A_-_regulamin_organ%C3%B3w_NIL.rtf)

²³² Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 56/91/I z dnia 30 listopada 1991 r. – Biuletyn Naczelnej Rady Lekarskiej, Rok 2, nr 6 (13), s. 305

²³³ Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 36/91/I z dnia 13 kwietnia 1991 r. – Biuletyn Naczelnej Rady Lekarskiej, Rok 2, nr 3 (9), s. 150.

²³⁴ Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 37/91/I z dnia 13 kwietnia 1991 r. – Biuletyn Naczelnej Rady Lekarskiej, Rok 2, nr 3 (9), s. 150.

²³⁵ Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 38/91/I z dnia 13 kwietnia 1991 r. – Biuletyn Naczelnej Rady Lekarskiej, Rok 2, nr 3 (9), s. 151.

²³⁶ Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 41/91/I z dnia 14 czerwca 1991 r. – Biuletyn Naczelnej Rady Lekarskiej, Rok 2, nr 4 (10), s. 228.

²³⁷ Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 6/90/I z dnia 30 stycznia 1990 r. – Biuletyn Naczelnej Rady Lekarskiej, Rok 1, nr 2, s. 68.

²³⁸ Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 91/93/I z dnia 23 kwietnia 1993 r. – Biuletyn Naczelnej Rady Lekarskiej, Rok 4, nr 2 (20), s. 105.

- Komisja Ubezpieczeń Zdrowotnych,
- Komisja Współpracy z Zagranicą²³⁹,
- Komisja Historyczna,
- Komisja Zdrowia Publicznego,
- Komisja ds. Ubezpieczeń Majątkowych Lekarzy,
- Komisja ds. Banku Lekarskiego²⁴⁰,
- Komisja Farmakoterapii (od 19 lutego 1994 do 17 czerwca 1994 funkcjonowała jako Zespół Farmakoterapii),
- Komisja ds. Lekarzy Emerytów
- Komisja ds. Lekarzy Cywilnych MSW,
- Komisja ds. Lekarzy Kolejowej Służby Zdrowia,
- Komisja ds. AIDS (od 19 lutego 1994 do 17 czerwca 1994 funkcjonowała jako Zespół ds. AIDS),
- Komisja ds. Więziennej Służby Zdrowia²⁴¹,
- Zespół ds. utworzenia dodatkowych, wzajemnych ubezpieczeń emerytalno-rentowych lekarzy²⁴².

Naczelna Rada Lekarska zdecydowała się również „zalegalizować” Konwent Przewodniczących Okręgowych Rad Lekarskich, który działał także w I kadencji organów samorządu lekarskiego. Konwent zyskał status zespołu NRL i miał zbierać się na posiedzeniach w miarę potrzeby²⁴³.

Naczelna Rada Lekarska III kadencji powołała następujące komisje i zespoły:

- Komisja Etyki Lekarskiej,
- Komisja Farmakoterapii,
- Komisja Finansowo-Budżetowa,
- Komisja Historyczna,
- Komisja Indywidualnych Praktyk Lekarskich,
- Komisja Kształcenia Medycznego,

²³⁹ Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 2/94/II z dnia 19 lutego 1994 r. – Biuletyn Naczelnej Rady Lekarskiej, Rok V, nr 2 (25), s. 6.

²⁴⁰ Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 12/94/II z dnia 16 kwietnia 1994 r. – Biuletyn Naczelnej Rady Lekarskiej, Rok V, nr 2 (25), s. 14.

²⁴¹ Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 22/94/II z dnia 17 czerwca 1994 r. – Biuletyn Naczelnej Rady Lekarskiej, Rok V, nr 2 (25), s. 19.

²⁴² Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 77/96/II z dnia 16 listopada 1996 r. – Biuletyn Naczelnej Rady Lekarskiej, Rok VII, nr 1 (33), s. 3.

²⁴³ Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 7/94/II z dnia 15 kwietnia 1996 r. – Biuletyn Naczelnej Rady Lekarskiej, Rok V, nr 2 (25), s. 9-10.

- Komisja Legislacyjna,
- Komisja Lekarzy Cudzoziemców,
- Komisja Lekarzy Emerytów i Rencistów,
- Komisja Warunków Pracy, Płacy i Lekarzy Zakładów Opieki Zdrowotnej,
- Konwent Przewodniczących,
- Komisja Rejestracji i Ewidencji (od 12 września 1998 r. Komisja Organizacyjna²⁴⁴)
- Komisja Stomatologiczna,
- Komisja Współpracy z Zagranicą (od 14 marca 1998 r. Komisja Współpracy Międzynarodowej²⁴⁵),
- Komisja Zmian Systemowych w Ochronie Zdrowia,
- Komisja ds. Sportu i Rekreacji²⁴⁶,
- Zespół d.s. komputeryzacji izb lekarskich,
- Zespół d.s. lekarzy MSWiA,
- Zespół d.s. lekarzy PKP,
- Zespół d.s. ustawy o izbach lekarskich (nazwany później Zespołem d.s. autopoprawek do ustawy o izbach lekarskich²⁴⁷)
- Zespół d.s. ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym,
- Zespół d.s. uzdrowisk,
- Zespół d.s. więziennictwa²⁴⁸,
- Zespół d.s. akcji protestacyjnej lekarzy²⁴⁹,
- Zespół d. s. prawa sanitarnego²⁵⁰,
- Zespół d. s. oceny oferty spółki „Sanitas sp. z o. o.”²⁵¹.

W IV kadencji funkcjonowały komisje i zespoły:

²⁴⁴ Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 35/98/III z dnia 26 września 1998 r.

(http://www.nil.org.pl/jsp/bip/gprawo1.jsp?symbol=Nrl3u&gprawo1_id=983&subserwis=).

²⁴⁵ Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 15/98/III z dnia 14 marca 1998 r.

(http://www.nil.org.pl/jsp/bip/gprawo1.jsp?symbol=Nrl3u&gprawo1_id=962&subserwis=).

²⁴⁶ Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 6/124/01/III z dnia 2 marca 2001 r.

(http://www.nil.org.pl/jsp/bip/gprawo1.jsp?symbol=Nrl3u&gprawo1_id=935&subserwis=).

²⁴⁷ Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 20/98/III z dnia 25 kwietnia 1998 r.

(http://www.nil.org.pl/jsp/bip/gprawo1.jsp?symbol=Nrl3u&gprawo1_id=968&subserwis=).

²⁴⁸ Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 1/98/III z dnia 16 stycznia 1998 r.

(http://www.nil.org.pl/jsp/bip/gprawo1.jsp?symbol=Nrl3u&gprawo1_id=967&subserwis=).

²⁴⁹ Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 6/98/III z dnia 17 stycznia 1998 r.

(http://www.nil.org.pl/jsp/bip/gprawo1.jsp?symbol=Nrl3u&gprawo1_id=1021&subserwis=).

²⁵⁰ Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 70/99/III z dnia 19 czerwca 1999 r.

(http://www.nil.org.pl/jsp/bip/gprawo1.jsp?symbol=Nrl3u&gprawo1_id=1022&subserwis=).

²⁵¹ Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 17/135/01/III z dnia 1 czerwca 2001 r. – Biuletyn NRL, rok 12, nr 5 (64), s. 4.

- Komisja d. s. Zmian Systemowych²⁵²,
- Komisja Etyki Lekarskiej,
- Komisja Finansowo-Budżetowa,
- Komisja Kształcenia Medycznego,
- Komisja d.s. Lekarzy Emerytów i Rencistów,
- Komisja Stomatologiczna,
- Komisja Organizacyjna,
- Konwent Przewodniczących Okręgowych Rad Lekarskich,
- Komisja d.s. Lekarzy Cudzoziemców,
- Komisja d.s. Zmian Systemowych,
- Zespół d.s. Kultury, Sportu i Rekreacji,
- Zespół d.s. Lekarzy Kas Chorych (od 12 grudnia 2003 r. Zespół ds. Ubezpieczeń Zdrowotnych²⁵³)
- Zespół d.s. Lekarzy Zatrudnionych w Zakładach Opieki Zdrowotnej,
- Zespół d.s. Młodych Lekarzy,
- Zespół d.s. Polityki Lekowej i Farmakoterapii,
- Zespół d.s. Praktyk Lekarskich,
- Zespół d.s. Współpracy Międzynarodowej i Integracji Europejskiej²⁵⁴,
- Zespół do zmian w regulacjach prawnych dotyczących zasad odpowiedzialności zawodowej lekarzy²⁵⁵,
- Zespół d. s. uzdrowisk²⁵⁶,
- Zespół d. s. autonomii lekarzy stomatologów²⁵⁷ (od 11 kwietnia 2003 r. Komisja ds. autonomii lekarzy stomatologów²⁵⁸),
- Zespół d.s. Kolportażu Gazety Lekarskiej i Biuletynów Okręgowych Izb Lekarskich²⁵⁹,

²⁵² Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 4/02/IV z dnia 8 lutego 2002 r. (http://www.nil.org.pl/jsp/bip/gprawo1.jsp?symbol=Nrl4u&gprawo1_id=1198&subserwis=).

²⁵³ Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 70/03/IV z dnia 12 grudnia 2003 r. (<http://www.nil.org.pl/doc/1289/ru070-03-IV.rtf>).

²⁵⁴ Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 9/02/IV z dnia 9 lutego 2002 r. (http://www.nil.org.pl/jsp/bip/gprawo1.jsp?symbol=Nrl4u&gprawo1_id=1203&subserwis=).

²⁵⁵ Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 6/02/IV z dnia 9 lutego 2002 r. (http://www.nil.org.pl/jsp/bip/gprawo1.jsp?symbol=Nrl4u&gprawo1_id=1200&subserwis=).

²⁵⁶ Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 12/02/IV z dnia 13 kwietnia 2002 r. (http://www.nil.org.pl/jsp/bip/gprawo1.jsp?symbol=Nrl4u&gprawo1_id=1179&subserwis=).

²⁵⁷ Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 29/02/IV z dnia 6 września 2002 r. (http://www.nil.org.pl/jsp/bip/gprawo1.jsp?symbol=Nrl4u&gprawo1_id=1196&subserwis=).

²⁵⁸ Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 51/03/IV z dnia 11 kwietnia 2003 r. (<http://www.nil.org.pl/doc/1285/ru051-03-IV.rtf>).

- Zespół Problemowy ds. opracowania procedur i zasad tworzenia tzw. list oczekujących²⁶⁰,
- Zespół Problemowy ds. opracowania procedur i zasad współpracy lekarzy z przemysłem farmaceutycznym²⁶¹,
- Zespół d.s. opracowania projektu uchwały w sprawie regulaminu wyborów do organów izb lekarskich oraz trybu odwoływania członków tych organów²⁶²,
- Zespół d.s. sposobu obliczania kosztów wykonywania czynności przejętych od państwa²⁶³,
- Zespół d.s. przygotowania warunków negocjacji z Prezesem Narodowego Funduszu Zdrowia w 2005 r. w zakresie stomatologii²⁶⁴.

Z kolei w V kadencji NRL zdecydowała o powołaniu następujących komisji i zespołów:

- Komisja Etyki Lekarskiej,
- Komisja Finansowo-Budżetowa,
- Komisja Kształcenia Medycznego,
- Komisja d.s. Lekarzy Emerytów i Rencistów,
- Komisja Stomatologiczna,
- Komisja Organizacyjna,
- Konwent Przewodniczących Okręgowych Rad Lekarskich,
- Komisja d.s. Młodych Lekarzy,
- Komisja d.s. Kultury, Sportu i Rekreacji,
- Zespół d.s. Ubezpieczeń Zdrowotnych,
- Zespół d.s. Lekarzy Zatrudnionych w Zakładach Opieki Zdrowotnej (od 16 lutego 2007 r. Komisja d.s. Lekarzy Zatrudnionych w Zakładach Opieki Zdrowotnej²⁶⁵),
- Zespół d.s. Polityki Lekowej i Farmakoterapii,

²⁵⁹ Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 36/02/IV z dnia 8 listopada 2002 r. (<http://www.nil.org.pl/doc/1280/ru036-02-IV.rtf>).

²⁶⁰ Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 47/03/IV z dnia 11 kwietnia 2003 r. (<http://www.nil.org.pl/doc/1281/ru047-03-IV.rtf>).

²⁶¹ Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 48/03/IV z dnia 11 kwietnia 2003 r. (<http://www.nil.org.pl/doc/1282/ru048-03-IV.rtf>).

²⁶² Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 65/03/IV z dnia 24 października 2003 r. (<http://www.nil.org.pl/doc/1288/ru065-03-IV.rtf>).

²⁶³ Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 75/04/IV z dnia 27 lutego 2004 r. (<http://www.nil.org.pl/doc/1293/ru075-04-IV.rtf>).

²⁶⁴ Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 94/04/IV z dnia 17 grudnia 2004 r. (<http://www.nil.org.pl/doc/1301/ru094-04-IV.rtf>).

²⁶⁵ Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 1/07/V z dnia 16 lutego 2007 r. (<http://www.nil.org.pl/doc/1334/ru0001-07-V.pdf>).

- Zespół d.s. Praktyk Lekarskich,
- Zespół d.s. Współpracy Międzynarodowej,
- Zespół d.s. Uzdrowisk,
- Zespół d.s. Cudzoziemców,
- Zespół d.s. Zmian Systemowych²⁶⁶,
- Zespół d.s. opracowania metod jednolitego ustalania kosztów czynności przejętych od organów administracji państwowej przez Naczelną Izbę Lekarską oraz okręgowe izby lekarskie²⁶⁷ (rozwiązany 14 grudnia 2007 r.²⁶⁸),
- Zespół d.s. opracowania propozycji zmian w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej umożliwiających funkcjonowanie istniejących zoz-ów oraz urealnających wymagania dla nowo powstających zakładów²⁶⁹,
- Zespół ds. opracowania projektu ustawy o zmianie ustawy o izbach lekarskich w części dotyczącej odpowiedzialności zawodowej²⁷⁰,
- Zespół ds. opracowania projektu ustawy o zmianie ustawy o izbach lekarskich²⁷¹,
- Zespół ds. Ubezpieczenia Odpowiedzialności Cywilnej Lekarzy i Lekarzy Dentystów²⁷².

Naczelna Rada Lekarska powoływała również ciała mające realizować swoje zadania w nie tak ścisłym związku z działaniami NRL. Były to Ośrodek Bioetyki i Medycznego Prawa, Ośrodek Współpracy z Polonią Medyczną, Ośrodek Uznawania Kwalifikacji, Ośrodek Doskonalenia Zawodowego Lekarzy i Lekarzy Dentystów, Komitet Redakcyjny CPT-PL oraz Kolegia Lekarzy Specjalistów.

²⁶⁶ Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 6/06/V z dnia 21 stycznia 2006 r. (<http://www.nil.org.pl/doc/1333/ru0006-06-V.rtf>).

²⁶⁷ Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 3/06/V z dnia 21 stycznia 2006 r. (<http://www.nil.org.pl/doc/1335/ru0003-06-V.rtf>).

²⁶⁸ Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 27/07/V z dnia 14 grudnia 2007 r. (<http://www.nil.org.pl/doc/1353/ru0027-07-V.pdf>).

²⁶⁹ Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 5/06/V z dnia 21 stycznia 2006 r. (<http://www.nil.org.pl/doc/1336/ru0005-06-V.rtf>).

²⁷⁰ Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 31/06/V z dnia 17 listopada 2006 r. (<http://www.nil.org.pl/doc/1345/ru0031-06-V.rtf>).

²⁷¹ Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 36/06/V z dnia 15 grudnia 2006 r. (<http://www.nil.org.pl/doc/1346/ru-0036-06-V.pdf>).

²⁷² Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 15/07.V z dnia 14 września 2007 r. (http://www.nil.org.pl/_data/assets/pdf_file/0013/4027/ru0015-07-V.pdf).

Ośrodek Bioetyki i Medycznego Prawa utworzony został 15 lutego 1992 r. Jego zadaniami były: prowadzenie badań w zakresie współczesnych problemów bioetyki i prawa medycznego, organizowanie spotkań, konferencji i szkoleń członków samorządu lekarskiego, gromadzenie informacji i materiałów w dziedzinie bioetyki i prawa medycznego, a także współpraca z krajowymi i zagranicznymi specjalistami i podmiotami zajmującymi się tematyką bioetyki i prawa medycznego²⁷³. Przez dwie pierwsze kadencje organów samorządu lekarskiego Ośrodkiem kierował dr Jacek Piątkiewicz²⁷⁴. W połowie III kadencji funkcję tę przejął dr Jerzy Umiastowski²⁷⁵, który kierował nim, aż do jego likwidacji 14 kwietnia 2000 r.²⁷⁶ Po blisko siedmiu latach Naczelna Rada Lekarska zdecydowała o ponownym utworzeniu ciała zajmującego się zagadnieniami związanymi z bioetyką. 16 lutego 2007 r. utworzono Ośrodek Bioetyki Naczelnej Rady Lekarskiej²⁷⁷ pod kierownictwem Marka Czarkowskiego²⁷⁸.

Ośrodek Współpracy z Polonią Medyczną został utworzony 14 czerwca 1991 r. Jego zadaniami były:

- organizowanie przyjazdów do kraju przedstawicieli i członków Polonii Medycznej oraz ich rodzin
- organizowanie wizyt reprezentantów polskiego środowiska medycznego w skupiskach polonijnych
- organizowanie wspólnych konferencji i zjazdów w Polsce i zagranicą
- organizowanie staży szkoleniowych w kraju
- organizowanie wyjazdów szkoleniowych przedstawicieli i członków polskiego środowiska medycznego
- organizowanie przyjazdów specjalistów z grona Polonii Medycznej w celu szkolenia i konsultacji
- organizowanie pomocy w załatwianiu stypendiów specjalizacyjnych i naukowych

²⁷³ Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 59/92/I z dnia 15 lutego 1992 r. – Biuletyn Naczelnej Rady Lekarskiej, Rok III, nr 1 (13), s. 8-9.

²⁷⁴ Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 66/92/I z dnia 27 marca 1992 r. – Biuletyn Naczelnej Rady Lekarskiej, Rok III, nr 2 (14), s. 170-171 i Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 42/95/II z dnia 18 marca 1995 r. – Biuletyn Naczelnej Rady Lekarskiej, Rok VI, nr 2 (28), s. 2.

²⁷⁵ Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 67/99/III z dnia 19 czerwca 1999 r.

(http://www.nil.org.pl/jsp/bip/gprawo1.jsp?symbol=Nrl3u&gprawo1_id=1018&subserwis=).

²⁷⁶ Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 12/96/00/III z dnia 14 kwietnia 2000 r.

(http://www.nil.org.pl/jsp/bip/gprawo1.jsp?symbol=Nrl3u&gprawo1_id=1047&subserwis=).

²⁷⁷ Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 4/07/V z dnia 16 lutego 2007 r.

(<http://www.nil.org.pl/doc/1375/ru0004-07-V.pdf>).

²⁷⁸ Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 6/07/V z dnia 13 kwietnia 2007 r.

(<http://www.nil.org.pl/doc/1376/ru0006-07-V.pdf>).

- organizowanie pomocy w zakresie wysyłania leków i sprzętu medycznego
- przekazywanie medycznej informacji zawodowej i naukowej²⁷⁹.

Przez wszystkie 5 kadencji na jego czele stała dr Bożena Pietrzykowska²⁸⁰.

Ośrodek Doskonalenia Zawodowego Lekarzy i Lekarzy Dentystów utworzono dopiero w czasie V kadencji organów samorządu lekarskiego – 19 września 2008 r.²⁸¹

Zadania Ośrodka zostały określone w §2 uchwały Naczelnej Rady Lekarskiej 15/08/V.

Były to:

- wspieranie członków okręgowych izb lekarskich w realizacji ustawowego obowiązku doskonalenia zawodowego,
- prowadzenia bazy informacyjnej o akredytowanych zdarzeniach edukacyjnych oraz udostępnianie jej lekarzom i lekarzom dentystom,
- opiniowanie wniosków skierowanych do Naczelnej Rady Lekarskiej o potwierdzenie spełnienia warunków kształcenia podyplomowego lekarzy i lekarzy dentystów i akceptację programu kształcenia,
- opiniowanie preliminarza budżetowego Naczelnej Izby Lekarskiej w części dotyczącej doskonalenia zawodowego,
- opiniowanie rozliczenia okręgowych izb lekarskich z dotacji udzielonej przez Naczelną Izbę Lekarską.

W związku z wstąpieniem Polski do Unii Europejskiej i wynikającą z tego faktu możliwością podejmowania pracy w naszym kraju lekarzy z innych państw członkowskich Unii Naczelna Rada Lekarska utworzyła w 2004 r. Ośrodek Uznawania Kwalifikacji²⁸². Jego zadaniami były:

- badanie, na wniosek okręgowych rad lekarskich, zgodności dyplomów i innych dokumentów poświadczających formalne kwalifikacje lekarzy i lekarzy dentystów oraz kwalifikacje w zakresie specjalności medycznych,

²⁷⁹ Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 42/91/I z dnia 14 czerwca 1991 r. – Biuletyn NRL, rok II, nr 4 (10), s. 229-230.

²⁸⁰ Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 104/93/I z dnia 5 czerwca 1993 r. – Biuletyn Naczelnej Rady Lekarskiej, Rok IV, nr 3-4 (21-22), s. 170, Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 52/95/II z dnia 15 września 1995 r. – Biuletyn Naczelnej Rady Lekarskiej, Rok VI, nr 3 (29), s. 2,²⁸⁰ Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 13/98/III z dnia 14 marca 1998 r. (http://www.nil.org.pl/jsp/bip/gprawo1.jsp?symbol=Nrl3u&gprawo1_id=951&subserwis=), Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 14/02/IV z dnia 13 kwietnia 2002 r. (http://www.nil.org.pl/jsp/bip/gprawo1.jsp?symbol=Nrl4u&gprawo1_id=1181&subserwis=) i Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 10/06/V z dnia 17 marca 2006 r. (<http://www.nil.org.pl/doc/1387/ru0010-06-V.rtf>).

²⁸¹ Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 15/08/V z dnia 19 września 2008 r. (<http://www.nil.org.pl/doc/1388/ru0015-08-V.pdf>).

²⁸² Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 79/04/IV z dnia 23 kwietnia 2004 r. (<http://www.nil.org.pl/xml/nil/tematy/ouk/pprawne>).

wydanych przez inne niż Rzeczpospolita Polska państwo członkowskie Unii Europejskiej, z dyplomami i innymi dokumentami poświadczającymi takie kwalifikacje, wymienionymi w wykazach obwieszonych przez ministra właściwego do spraw zdrowia na podstawie ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza (Dz. U. z 2002 r. Nr 21, poz. 204, Nr 76, poz. 691, Nr 152, poz. 1266, Nr 153, poz. 1271 oraz z 2003 r. Nr 90, z poz. 845), oraz wydawanie opinii w tym przedmiocie;

- przygotowywanie dla okręgowych rad lekarskich projektów pism do odpowiednich władz państw członkowskich Unii Europejskiej o potwierdzenie autentyczności dyplomów lub innych dokumentów poświadczających formalne kwalifikacje lekarza lub lekarza dentystry lub o poświadczenie, że lekarz lub lekarz dentysta zamierzający wykonywać zawód w Rzeczypospolitej Polskiej uzyskał pełne wykształcenie zgodne z przepisami obowiązującymi w określonym państwie członkowskim Unii Europejskiej;
- udzielanie okręgowym radom lekarskim pomocy przy wydawaniu zaświadczeń stwierdzających formalne kwalifikacje polskich lekarzy i lekarzy dentystrów oraz kwalifikacje w zakresie specjalności medycznych, uznawane w państwach członkowskich Unii Europejskiej, innych niż Rzeczpospolita Polska;
- udzielanie lekarzom i lekarzom dentystrów, będącym obywatelami państw członkowskich Unii Europejskiej, informacji dotyczących uznawania formalnych kwalifikacji lekarza i lekarza dentystry oraz przyznawania prawa wykonywania zawodu lekarza i lekarza dentystry na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej oraz w innych państwach członkowskich Unii Europejskiej;
- udzielanie niezbędnych informacji w zakresie ogólnych zasad wykonywania zawodu lekarzowi i lekarzowi dentyście będącym obywatelami państwa członkowskiego Unii Europejskiej innego niż Rzeczpospolita Polska, zamierzającym wykonywać lub wykonującym zawód lekarza lub lekarza dentystry na stałe lub czasowo na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
- koordynacja działań okręgowych rad lekarskich dotyczących określenia brzmienia tytułu, którym może posługiwać się na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej lekarz lub lekarz dentysta, posiadający tytuł -

uzyskany w toku kształcenia akademickiego w innym niż Rzeczpospolita Polska państwie członkowskim Unii Europejskiej - do używania którego jest wymagane w Rzeczypospolitej Polskiej odbycie dodatkowego szkolenia.

Innym ciałem powołanym przez Naczelną Radę Lekarską był Komitet Redakcyjny CPT – PL powołany w celu merytorycznej oceny i akceptacji zmian wprowadzanych do kolejnych wydań klasyfikacji procedur CPT – PL²⁸³. Current Procedural Terminology (CPT) jest systemem kodowania procedur i świadczeń wykonywanych przez lekarzy i innych fachowych pracowników ochrony zdrowia w Stanach Zjednoczonych. Lista kodów została stworzona w 1966 roku przez American Medical Association (AMA) i jest aktualizowana co roku. Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej uchwałą nr 1328/05/P-IV z dnia 25 listopada 2005 r. zdecydowało o rozpoczęciu prac nad możliwością wykorzystania systemu klasyfikacji świadczeń medycznych Current Procedural Terminology (CPT) w wersji 4 wraz ze skalą ich względnej wartości Resource Based Relative Value Scale (RBRVS) w polskim systemie ochrony zdrowia, w części finansowanej ze środków publicznych²⁸⁴. Po serii spotkań przedstawiciele samorządu lekarskiego, Ministerstwa Zdrowia i Narodowego Funduszu Zdrowia z przedstawicielami American Medical Association, NIL i AMA zawarły umowę w celu przetłumaczenia książki kodów CPT co pozwoliło na stworzenie wspólnego, precyzyjnego języka, dokładnie opisującego pracę lekarzy.²⁸⁵ 9-osobowy Komitet, powoływany na 4-letnią kadencję, złożony z 6 przedstawiciele samorządu lekarskiego i przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia, Narodowego Funduszu Zdrowia i ubezpieczycieli prywatnych czuwa nad polską edycją klasyfikacji procedur.

Innymi ciałami jakie powoływała Naczelna Rada Lekarska w latach 1989 – 2009 były Kolegia Lekarzy Specjalistów na szczeblu krajowym i okręgowym, które miały pełnić rolę ciał opiniodawczo – doradczych i których głównym zadaniem było reprezentowanie wobec organów izb lekarskich szczególnych potrzeb lekarzy specjalistów w podstawowej dziedzinie medycyny²⁸⁶.

²⁸³ Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 3/08/V z dnia 8 lutego 2008 r.

(<http://www.nil.org.pl/doc/2529/ru0003-08-V.pdf>).

²⁸⁴ Uchwała Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 25 listopada 2005 r.

(<http://www.nil.org.pl/doc/640/pu1328-05-P-IV.rtf>).

²⁸⁵ <http://www.nil.org.pl/xml/nil/tematy/cpt>

²⁸⁶ Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 30/148/01/III z dnia 10 listopada 2001 r.

(http://www.nil.org.pl/jsp/bip/gprawo1.jsp?symbol=Nrl3u&gprawo1_id=960&subserwis=).

Naczelna Rada Lekarska powoływała również Komitety Organizacyjne Kongresów Polonii Medycznej²⁸⁷ i Krajowych Zjazdów Lekarzy²⁸⁸, a także komisje programowe dla niektórych z nich²⁸⁹. NRL w czerwcu 1996 r. powołała również Komitet Protestacyjny²⁹⁰ w celu koordynowania akcji protestacyjnej lekarzy przeciwko polityce rządu Włodzimierza Cimoszewicza, którego kulminacją była manifestacja protestacyjna, która odbyła się 13 września 1996 r.²⁹¹.

Zgodnie z art. 35 ust. 4 ustawy z dnia 17 maja 1989 r. o izbach lekarskich Naczelna Rada Lekarska była wydawcą Gazety Lekarskiej i Biuletynu NRL. Sygnalny numer Gazety Lekarskiej ukazał się w lipcu 1990 r. w nakładzie 50 000 egzemplarzy, a pierwszy regularny numer we wrześniu tego samego roku. Gazeta Lekarska, ukazująca się raz w miesiącu, oprócz artykułów poświęconych bieżącym sprawom samorządu lekarskiego publikowała również informacje na temat postępów nauk medycznych, zagranicznych rozwiązań w zakresie funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej i samorządności lekarzy oraz historii izb lekarskich w Polsce. Naczelna Rada Lekarska decydowała o obsadzie stanowiska jej Redaktora Naczelnego²⁹² i powoływała Kolegium Redakcyjne²⁹³. Do grudnia 2009 r. ukazało się 228 numerów Gazety Lekarskiej. Biuletyn Naczelnej Rady Lekarskiej, w którym ogłaszano uchwały NRL, po raz pierwszy ukazał się 1 stycznia 1990 r. Do końca 2009 r. ukazały się 123 numery, które publikowano nieregularnie w zależności od potrzeb. Od 1994 r. Naczelnej Rady Lekarskiej ukazywał się jako wkładka do Gazety Lekarskiej.

²⁸⁷ Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 56/99/III z dnia 20 marca 1999 r.

(http://www.nil.org.pl/jsp/bip/gprawo1.jsp?symbol=Nrl3u&gprawo1_id=1006&subserwis=).

²⁸⁸ Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 44/91/I z dnia 14 czerwca 1991 r. – Biuletyn Naczelnej Rady Lekarskiej, Rok II, nr 4 (10), s. 231, Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 92/93/I z dnia 23 kwietnia 1993 r. – Biuletyn Naczelnej Rady Lekarskiej, rok IV, nr 2 (20), s. 106.

²⁸⁹ Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 42/98/III z dnia 13 listopada 1998 r.

(http://www.nil.org.pl/jsp/bip/gprawo1.jsp?symbol=Nrl3u&gprawo1_id=991&subserwis=).

²⁹⁰ Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 64/96/II z dnia 28 czerwca 1996 r. – Biuletyn Naczelnej Rady Lekarskiej, Rok VII, nr 3 (32), s. 4-5.

²⁹¹ Z. Wiśniewski, *Kronika izb lekarskich*, op. cit., s. 260.

²⁹² Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 14/90/I z dnia 27 marca 1990 r. – Biuletyn Naczelnej Rady Lekarskiej, Rok 1, nr 3, s. 114, uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 39/95/II z dnia 17 marca 1995 r. – Biuletyn Naczelnej Rady Lekarskiej, Rok 6, nr 2 (28), s. 1, uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 53/95/II z dnia 15 września 1995 r. – Biuletyn Naczelnej Rady Lekarskiej, Rok 6, nr 3 (29), s. 2 - 3, uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 101/97/II z dnia 26 września 1997 r. – Biuletyn Naczelnej Rady Lekarskiej, Rok 8, nr 7 (39), s. 1, Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 11/98/III z dnia 14 marca 1998 r. – (http://www.nil.org.pl/_data/assets/pdf_file/0020/9560/Nrl3u00011.pdf).

²⁹³ Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 21/94/II z dnia 17 czerwca 1994 r. – Biuletyn Naczelnej Rady Lekarskiej, Rok V, nr 2 (25), s. 19.

1.3 Naczelna Komisja Rewizyjna

Zgodnie z art. 38 ustawy z dnia 17 maja 1989 r. o izbach lekarskich Naczelna Komisja Rewizyjna kontrolowała finansową i gospodarczą działalność Naczelnej Izby Lekarskiej, przedstawiała sprawozdania z działalności kontrolnej Krajowemu Zjazdowi Lekarzy, sprawowała nadzór nad działalnością okręgowych komisji rewizyjnych i zgłaszała wnioski o udzielenie absolutorium Naczelnej Radzie Lekarskiej.

Szczegółowe zasady pracy Naczelnej Komisji Rewizyjnej ustalały Regulaminy organów Naczelnej izby Lekarskiej z 1989 i 1997 r. Pracami NKR kierował jej przewodniczący²⁹⁴. Naczelna Komisja Rewizyjna wykonywała swoje zadania poprzez planową kontrolę polegającą na: badaniu wykonania uchwał Krajowego Zjazdu Lekarzy, ustosunkowywaniu do sprawozdań finansowych NRL, badaniu ksiąg, rejestrów, aktów i dokumentów i analizie działalności gospodarczej i finansowej NRL²⁹⁵. W myśl zapisów regulaminów Naczelna Komisja Rewizyjna miała zbierać się w miarę potrzeby, jednak nie rzadziej niż raz na pół roku²⁹⁶. NKR przeprowadzała kontrole w składzie co najmniej trzech członków w tym przewodniczącego lub wiceprzewodniczącego²⁹⁷.

Liczebność Naczelnej Komisji Rewizyjnej określały Krajowe Zjazdy Lekarzy. W I kadencji w skład NKR wchodziło 16 lekarzy i 4 lekarzy dentyistów²⁹⁸, w II kadencji

²⁹⁴ §19 ust. 1 uchwały I Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 12 grudnia 1989 r. w sprawie regulaminu organów Naczelnej Izby Lekarskiej (http://www.nil.org.pl/doc/14704/UCHWA%C5%81A_-_regulamin_organ%C3%B3w_NIL.rtf) i §31 ust. 1 uchwały nr 9 IV Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 12 grudnia 1997 r. w sprawie regulaminu organów Naczelnej Izby Lekarskiej (<http://www.nil.org.pl/doc/14753/uchwa%C5%82a%20nr%2009.rtf>).

²⁹⁵ §21 uchwały I Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 12 grudnia 1989 r. w sprawie regulaminu organów Naczelnej Izby Lekarskiej (http://www.nil.org.pl/doc/14704/UCHWA%C5%81A_-_regulamin_organ%C3%B3w_NIL.rtf) i §26 ust. 1 uchwały nr 9 IV Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 12 grudnia 1997 r. w sprawie regulaminu organów Naczelnej Izby Lekarskiej (<http://www.nil.org.pl/doc/14753/uchwa%C5%82a%20nr%2009.rtf>).

²⁹⁶ §22 uchwały I Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 12 grudnia 1989 r. w sprawie regulaminu organów Naczelnej Izby Lekarskiej (http://www.nil.org.pl/doc/14704/UCHWA%C5%81A_-_regulamin_organ%C3%B3w_NIL.rtf) i §24 ust. 1 uchwały nr 9 IV Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 12 grudnia 1997 r. w sprawie regulaminu organów Naczelnej Izby Lekarskiej (<http://www.nil.org.pl/doc/14753/uchwa%C5%82a%20nr%2009.rtf>).

²⁹⁷ §23 ust. 1 uchwały I Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 12 grudnia 1989 r. w sprawie regulaminu organów Naczelnej Izby Lekarskiej (http://www.nil.org.pl/doc/14704/UCHWA%C5%81A_-_regulamin_organ%C3%B3w_NIL.rtf) i §27 ust. 1 uchwały nr 9 IV Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 12 grudnia 1997 r. w sprawie regulaminu organów Naczelnej Izby Lekarskiej (<http://www.nil.org.pl/doc/14753/uchwa%C5%82a%20nr%2009.rtf>).

²⁹⁸ Biuletyn Naczelnej Rady Lekarskiej, Rok I, nr 1, s. 10-11.

było to 16 osób, w tym Przewodniczący NKR oraz 12 lekarzy i 3 lekarzy dentystów²⁹⁹, zaś w kadencjach III, IV i V było to 15 osób – 12 lekarzy i 3 lekarzy dentystów³⁰⁰.

1.4 Naczelny Sąd Lekarski

Zgodnie z art. 39 ustawy z dnia 17 maja 1989 r. o izbach lekarskich Naczelny Sąd Lekarski rozpatrywał sprawy z zakresu odpowiedzialności zawodowej lekarzy, składał Naczelnej Radzie Lekarskiej okresowe informacje o stanie spraw z zakresu odpowiedzialności zawodowej i sprawozdania ze swojej działalności Krajowemu Zjazdowi Lekarzy. Pracami Naczelnego Sądu Lekarskiego kierował jego Przewodniczący, który m. in. rozdzielał sprawy pomiędzy członków NSL, wyznaczał przewodniczących posiedzeń, sprawozdawców spraw oraz członków składów orzekających oraz wyznaczał terminy posiedzeń w sprawach i wydawał wszelkie potrzebne zarządzenia³⁰¹. Szczegółowe zasady pracy NSL regulowała Instrukcja postępowania w Naczelnym Sądzie Lekarskim zatwierdzona została decyzją Przewodniczącego Naczelnego Sądu Lekarskiego z dnia 1 grudnia 1999 r.³⁰².

W I kadencji organów samorządu lekarskiego liczba sędziów Naczelnego Sądu Lekarskiego wynosiła 40 – 32 lekarzy i 8 lekarzy stomatologów³⁰³. W II kadencji było to 51 osób – Przewodniczący NSL oraz 40 lekarzy i 10 lekarzy stomatologów³⁰⁴. W kadencjach III – V skład Naczelnego Sądu Lekarskiego liczył 50 sędziów – 40 lekarzy i 10 lekarzy stomatologów³⁰⁵.

²⁹⁹ Uchwała nr 10 III Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 12 grudnia 1993 r. w sprawie ustalenia liczby członków organów Naczelnej Izby Lekarskiej (http://www.nil.org.pl/doc/14720/UCHWA%C5%81A_Nr_10.rtf).

³⁰⁰ §1 pkt. 2 uchwały nr 8 IV Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 12 grudnia 1997 r. w sprawie ustalenia liczby członków organów Naczelnej Izby Lekarskiej (<http://www.nil.org.pl/doc/14735/uchwa%C5%82a%20nr%2008.rtf>), §1 pkt. 2 uchwały nr 10 VI Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 14 grudnia 2001 r. w sprawie ustalenia liczby członków organów Naczelnej Izby Lekarskiej (http://www.nil.org.pl/jsp/bip/gprawo1.jsp?symbol=Nzl6u&gprawo1_id=1667&subserwis=) i §1 pkt. 2 uchwały nr 4 VIII Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 5 stycznia 2006 r. w sprawie ustalenia liczby członków organów Naczelnej Izby Lekarskiej i Krajowej Komisji Wyborczej (<http://www.nil.org.pl/doc/14738/uz-004-06.rtf>).

³⁰¹ §30 uchwały I Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 12 grudnia 1989 r. w sprawie regulaminu organów Naczelnej Izby Lekarskiej (http://www.nil.org.pl/doc/14704/UCHWA%C5%81A_-_regulamin_organ%C3%B3w_NIL.rtf) i §21 uchwały nr 9 IV Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 12 grudnia 1997 r. w sprawie regulaminu organów Naczelnej Izby Lekarskiej (<http://www.nil.org.pl/doc/14753/uchwa%C5%82a%20nr%2009.rtf>).

³⁰² Instrukcja postępowania w Naczelnym Sądzie Lekarskim – Archiwum NSL.

³⁰³ Biuletyn Naczelnej Rady Lekarskiej, Rok I, nr 1, s.11.

³⁰⁴ Uchwała nr 10 III Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 12 grudnia 1993 r. w sprawie ustalenia liczby członków organów Naczelnej Izby Lekarskiej (http://www.nil.org.pl/doc/14720/UCHWA%C5%81A_Nr_10.rtf).

³⁰⁵ §1 pkt. 3 uchwały nr 8 IV Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 12 grudnia 1997 r. w sprawie ustalenia liczby członków organów Naczelnej Izby Lekarskiej

1.5 Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej

Ustawa z dnia 17 maja 1989 r. o izbach lekarskich stwierdzała w art. 40, że Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej prowadzi postępowanie w sprawach odpowiedzialności zawodowej lekarzy. Ten jednoosobowy organ dysponował jednak licznym gronem zastępców, spośród których wybierano pierwszego i drugiego zastępcę Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej³⁰⁶. W I kadencji organów samorządu lekarskiego było ich 31 – 25 lekarzy i 6 lekarzy stomatologów³⁰⁷. W kadencjach od II do V Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej dysponował 60 zastępcami – 48 lekarzami i 12 lekarzami stomatologami³⁰⁸. Podobnie jak w przypadku Naczelnego Sądu Lekarskiego zadania NROZ określał regulamin organów Naczelnej Izby Lekarskiej. Naczelny Rzecznik, poza prowadzeniem postępowań wyjaśniających i występowaniem przed Nacelnym Sądem Lekarskim, analizował sprawozdania okręgowych rzeczników odpowiedzialności zawodowej, organizował coroczne narady swoich zastępców, a także narady okręgowych rzeczników odpowiedzialności zawodowej w celu omówienia kierunków ich działalności, rozważenia zagadnień budzących wątpliwości, orzecznictwa sądów lekarskich i problemów organizacyjnych, organizował konferencje szkoleniowe z udziałem swoich zastępców i rzeczników okręgowych, składał okresowe i roczne informacje o działalności organu Naczelnego Rzecznika Naczelnej Radzie Lekarskiej i przedstawiał

(<http://www.nil.org.pl/doc/14735/uchwa%C5%82a%20nr%2008.rtf>), §1 pkt. 3 uchwały nr 10 VI Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 14 grudnia 2001 r. w sprawie ustalenia liczby członków organów Naczelnej Izby Lekarskiej

(http://www.nil.org.pl/jsp/bip/gprawo1.jsp?symbol=Nzl6u&gprawo1_id=1667&subserwis=) i §1 pkt. 3 uchwały nr 4 VIII Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 5 stycznia 2006 r. w sprawie ustalenia liczby członków organów Naczelnej Izby Lekarskiej i Krajowej Komisji Wyborczej

(<http://www.nil.org.pl/doc/14738/uz-004-06.rtf>).

³⁰⁶ §2 ust. 11 uchwały Naczelnej Rady Lekarskiej nr 20/90/I z dnia 22 czerwca 1990 r. – Biuletyn NRL, rok I, nr 5-6, s. 214 i §14 ust 11 uchwały Naczelnej Rady Lekarskiej nr 53/99/III z dnia 22 stycznia 1999 r. (http://www.nil.org.pl/jsp/bip/gprawo1.jsp?symbol=Nrl3u&gprawo1_id=1076&subserwis=).

³⁰⁷ Biuletyn NRL, rok 1, nr 1, s. 9-10.

³⁰⁸ Uchwała nr 10 III Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 12 grudnia 1993 r. w sprawie ustalenia liczby członków organów Naczelnej Izby Lekarskiej

(http://www.nil.org.pl/doc/14720/UCHWA%C5%81A_Nr_10.rtf), §1 pkt. 4 uchwały nr 8 IV Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 12 grudnia 1997 r. w sprawie ustalenia liczby członków organów Naczelnej Izby Lekarskiej (<http://www.nil.org.pl/doc/14735/uchwa%C5%82a%20nr%2008.rtf>), §1 pkt. 4 uchwały nr 10 VI Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 14 grudnia 2001 r. w sprawie ustalenia liczby członków organów Naczelnej Izby Lekarskiej

(http://www.nil.org.pl/jsp/bip/gprawo1.jsp?symbol=Nzl6u&gprawo1_id=1667&subserwis=) i §1 pkt. 4 uchwały nr 4 VIII Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 5 stycznia 2006 r. w sprawie ustalenia liczby członków organów Naczelnej Izby Lekarskiej i Krajowej Komisji Wyborczej (<http://www.nil.org.pl/doc/14738/uz-004-06.rtf>).

sprawozdania ze swej działalności Krajowemu Zjazdowi Lekarzy.³⁰⁹ Tryb pracy Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej określał, oprócz rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej w sprawie postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy, regulamin czynności Naczelnego i okręgowych rzeczników odpowiedzialności zawodowej i ich zastępców³¹⁰.

2. Organy okręgowych izb lekarskich na przykładzie Wielkopolskiej Izby Lekarskiej

Strukturę organów okręgowych izb lekarskich określał art. 20 ustawy z dnia 17 maja 1989 r. o izbach lekarskich. Organami samorządu lekarskiego na szczeblu okręgowym były:

- okręgowy zjazd lekarzy,
- okręgowa rada lekarska,
- okręgowa komisja rewizyjna,
- okręgowy sąd lekarski,
- okręgowy rzecznik odpowiedzialności zawodowej.

2.1 Okręgowy zjazd lekarzy

Najwyższą władzą okręgowej izby lekarskiej zgodnie z art. 21 ustawy był okręgowy zjazd lekarzy. Zjazdy okręgowe zwoływała co roku okręgowa rada lekarska. Co cztery lata rada zwoływała zjazd sprawozdawczo – wyborczy (art. 22 ust. 1 ustawy). Istniała również możliwość zwoływania przez okręgową radę lekarską nadzwyczajnych okręgowych zjazdów lekarzy z własnej inicjatywy, na wniosek Naczelnej Rady Lekarskiej, na wniosek okręgowej komisji rewizyjnej i na wniosek co najmniej 1/3 członków okręgowej izby lekarskiej (art. 22 ust. 2). Zadaniem jakie Ustawodawca przewidywał w art. 23 ustawy z dnia 17 maja 1989 r. o izbach lekarskich dla okręgowych zjazdów lekarzy były:

- podejmowanie uchwał w sprawach objętych zakresem działania izby,
- ustalanie zasady gospodarki finansowej izby oraz uchwalanie budżetu izby,
- rozpatrywanie i zatwierdzanie rocznych i kadencyjnych sprawozdań okręgowej rady lekarskiej, okręgowej komisji rewizyjnej, okręgowego sądu lekarskiego i okręgowego rzecznika odpowiedzialności zawodowej,

³⁰⁹ §18 uchwały nr 9 IV Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 12 grudnia 1997 r. w sprawie regulaminu organów Naczelnej Izby Lekarskiej (<http://www.nil.org.pl/doc/14753/uchwa%C5%82a%20nr%2009.rtf>).

³¹⁰ Uchwała Kolegium Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej z dnia 29 maja 1991 r. w sprawie regulaminu czynności rzeczników odpowiedzialności zawodowej i ich zastępców – Archiwum NROZ.

- ustalanie organizacji organów izby i trybu ich działania,
- ustalanie liczby członków organów izby i zastępców okręgowego rzecznika odpowiedzialności zawodowej,
- dokonywanie wyboru przewodniczącego i członków okręgowej rady lekarskiej, członków okręgowej komisji rewizyjnej, członków okręgowego sądu lekarskiego oraz okręgowego rzecznika odpowiedzialności zawodowej i jego zastępców,
- dokonywanie wyboru delegatów na Krajowy Zjazd Lekarzy.

W zjazdach uczestniczyli członkowie okręgowych izb lekarskich poprzez swoich delegatów, a także z głosem doradczym - nie będący delegatami członkowie ustępujących organów okręgowej izby lekarskiej (art. 21 ust. 1) oraz goście zaproszeni przez okręgową radę lekarską lub okręgowy zjazd³¹¹. Mogli również brać w nich udział delegowani przez Naczelną Radę Lekarską jej przedstawiciele³¹².

W latach 1989 – 2009 odbyło się trzydzieści Okręgowych Zjazdów Lekarzy Wielkopolskiej Izby Lekarskiej czego 6 miało charakter wyborczy:

- I Okręgowy Zjazd Lekarzy WIL – 10 października 1989 r. (Zjazd zebrał się ponownie 25 listopada 1989 r. ze względu na błędy proceduralne przy wyborze członków Okręgowej Rady Lekarskiej WIL – zob. s. 68,
- VI Okręgowy Zjazd Lekarzy WIL – 22-23 października 1993 r.,
- XI Okręgowy Zjazd Lekarzy WIL – 14-15 listopada 1997 r.,
- XVI Okręgowy Zjazd Lekarzy WIL – 17 listopada 2001 r.,
- XXII Okręgowy Zjazd Lekarzy WIL – 19 listopada 2005 r.,
- XXX Okręgowy Zjazd Lekarzy WIL – 28 listopada 2009 r.

Pozostałe zjazdy miały charakter roboczy – przyjmowano na nich roczne sprawozdania organów WIL, uchwalano budżety i podejmowano uchwały dotyczące funkcjonowania izby. Dwa spośród nich - XIX i XXVI - ze względu na brak *quorum* niezbędnego dla podejmowania uchwał nie zostały uznane za ważne.

Zgodnie z Uchwałą Naczelnej Rady Lekarskiej nr 17/90/I z dnia 5 maja 1990 r. w sprawie ramowych regulaminów organizacji i trybu działania: okręgowych zjazdów lekarzy, okręgowych rad lekarskich i okręgowych komisji rewizyjnych (Biuletyn NRL,

³¹¹ §5 ust. 3 uchwały Naczelnej Rady Lekarskiej nr 17/90/I z dnia 5 maja 1990 r. – Biuletyn Naczelnej Rady Lekarskiej, Rok I, nr 4, s. 162

³¹² Uchwała Naczelnej rady Lekarskiej nr 3/087/00/III z dnia 19 lutego 2000 r. (http://www.nil.org.pl/jsp/bip/gprawo1.jsp?symbol=Nrl3u&gprawo1_id=1037&subserwis=).

rok I nr 4, s. 161) organami okręgowych zjazdów lekarzy byli: przewodniczący zjazdu, jego zastępcy i sekretarze tworzący prezydium zjazdu oraz komisje zjazdowe.

Przewodniczący zjazdu poddawał pod głosowanie regulamin zjazdu, jego program oraz protokół ze zjazdu poprzedniego w celu ich przyjęcia, prowadził obrady zjazdu i podawał wyniki głosowań³¹³. Zastępcy przewodniczącego zjazdu zastępowali go w jego czynnościach, zaś sekretarze odpowiedzialni byli za redagowanie dokumentów zjazdowych oraz liczenie głosów w czasie głosowań jawnych³¹⁴.

Okręgowe zjazdy lekarzy zgodnie z § 13 ust. 3 i 4 Uchwały Naczelnej Rady Lekarskiej nr 17/90/I zobowiązane były wyłaniać ze swojego grona komisje zjazdowe. Były to: Komisja Mandatowa, która sprawdzała ważność mandatów delegatów na zjazd i stwierdzała czy zjazd był uprawniony do podejmowania uchwał i dokonywania wyborów, Komisja Wniosków i Uchwał, która przyjmowała propozycje w sprawie uchwał zjazdu i przygotowywała ich projekty, Komisja Wyborcza, powoływana przez zjazdy, na których miały być przeprowadzone wybory, która informowała o zasadach zgłaszania kandydatur, przyjmowała je i sporządzała alfabetyczne listy kandydatów oraz Komisja Skrutacyjna. Okręgowe zjazdy lekarzy mogły też powoływać inne komisje w razie potrzeby. Uchwały zjazdy okręgowe podejmowały, co do zasady w głosowaniu jawnym zwykłą większością głosów w obecności więcej niż połowy ogólnej liczby delegatów³¹⁵.

2.2 Okręgowa rada lekarska

W myśl art. 25 ustawy z dnia 17 maja 1989 r. o izbach lekarskich okręgowa rada lekarska kieruje działalnością izby w okresie pomiędzy okręgowymi zjazdami lekarzy i *de facto* spełnia zdecydowaną większość zadań, którymi Ustawodawca obarczył samorząd lekarski. Okręgowa rada lekarska:

³¹³ Pkt. II. 1 regulaminu VIII Okręgowego Zjazdu Lekarzy - Uchwała nr 1/95 VIII Okręgowego Zjazdu Lekarzy Wielkopolskiej Izby Lekarskiej z dnia 21 kwietnia 1995 r. w sprawie regulaminu VIII Okręgowego Zjazdu Lekarzy – Archiwum WIL, Pkt. II.1 i II.2 regulaminu obrad XV Okręgowego Zjazdu Lekarzy Wielkopolskiej Izby Lekarskiej - Uchwała nr 1/2001 XV Okręgowego Zjazdu Lekarzy Wielkopolskiej Izby Lekarskiej z dnia 4 kwietnia 2001 r. w sprawie przyjęcia regulaminu obrad XXV Okręgowego Zjazdu Lekarzy Wielkopolskiej Izby Lekarskiej – Archiwum WIL, Pkt II.1 regulaminu obrad XXV Okręgowego Zjazdu Lekarzy Wielkopolskiej Izby Lekarskiej - Uchwała nr 2/2007 XXV Okręgowego Zjazdu Lekarzy Wielkopolskiej Izby Lekarskiej z dnia 31 marca 2007 r. w sprawie przyjęcia regulaminu obrad XXV Okręgowego Zjazdu Lekarzy Wielkopolskiej Izby Lekarskiej – Archiwum WIL.

³¹⁴ § 2 ust. 1 uchwały nr 1/95 VIII Okręgowego Zjazdu Lekarzy Wielkopolskiej Izby Lekarskiej z dnia 21 kwietnia 1995 r. w sprawie regulaminu VIII Okręgowego Zjazdu Lekarzy – Archiwum WIL.

³¹⁵ § 17 ust. 6 uchwały Naczelnej Rady Lekarskiej nr 17/90/I z dnia 5 maja 1990 r. - Biuletyn Naczelnej Rady Lekarskiej, Rok I nr 4, s. 161.

- przyznawała prawo wykonywania zawodu lekarza, lekarza stomatologa albo ograniczone prawo wykonywania zawodu lekarza, lekarza stomatologa,
- prowadziła okręgowy rejestr lekarzy,
- wykonywała uchwały okręgowego zjazdu lekarzy,
- sporządzała sprawozdania z wykonania budżetu,
- składała przed okręgowym zjazdem lekarzy roczne i kadencyjne sprawozdania z działalności,
- prowadziła bieżące sprawy izby,
- wykonywała zadania zlecone przez Naczelną Radę Lekarską,

a także wykonywała zadania i czynności określone w art. 4 ust. 1 pkt 1 i 3-9 oraz ust. 2 pkt 2-8, 10 i 11 ustawy z dnia 17 maja 1989 r., tj.

- sprawowanie pieczy i nadzoru nad należyтым i sumiennym wykonywaniem zawodu lekarza,
- reprezentowanie i ochrona zawodu lekarza,
- integrowanie środowiska lekarskiego,
- zajmowanie stanowiska w sprawach stanu zdrowotności społeczeństwa, polityki zdrowotnej państwa oraz organizacji ochrony zdrowia,
- współpraca z towarzystwami naukowymi, szkołami wyższymi i jednostkami badawczo-rozwojowymi w kraju i za granicą,
- prowadzenie instytucji samopomocowych i innych form pomocy materialnej dla lekarzy i ich rodzin,
- zarządzanie majątkiem i działalnością gospodarczą izb lekarskich,
- wykonywanie innych zadań określonych odrębnymi przepisami,
- negocjowanie warunków pracy i płac,
- sprawowanie orzecznictwa w przedmiocie orzekania o niezdolności do wykonywania zawodu lekarza,
- współdziałanie w sprawach doskonalenia zawodowego lekarzy,
- przewodniczenie komisjom konkursowym w konkursach na stanowisko ordynatora i uczestnictwo w konkursach na inne kierownicze stanowiska w służbie zdrowia,
- opiniowanie projektów ustaw dotyczących ochrony zdrowia i przepisów dotyczących wykonywania zawodu lekarza bądź występowanie o ich wydanie,

- opiniowanie i wnioskowanie w sprawach kształcenia przed- i podyplomowego lekarzy i w innych zawodach medycznych,
- prowadzenie badań dotyczących ochrony zdrowia i wykonywania zawodu lekarza,
- występowanie w obronie interesów indywidualnych i zbiorowych członków samorządu lekarzy,
- współdziałanie z organami administracji publicznej, organizacjami politycznymi, związkami zawodowymi oraz innymi organizacjami społecznymi w sprawach dotyczących ochrony zdrowia ludności i warunków wykonywania zawodu lekarza.

Skład okręgowej rady lekarskiej stanowili jej przewodniczący i członkowie wybrani przez okręgowy zjazd lekarski. Liczebność okręgowej rady lekarskiej określano przez okręgowe zjazdy lekarzy. W przypadku Wielkopolskiej Izby Lekarskiej w I kadencji w skład Okręgowej Rady Lekarskiej WIL wchodziły 52 osoby³¹⁶. W II kadencji było to odpowiednio 54 osoby³¹⁷ (Prezes ORL i 53 członków)³¹⁸. W III kadencji Okręgowa Rada Lekarska WIL także liczyła 54 członków³¹⁹. W IV kadencji organów samorządu lekarskiego Okręgowa Rada Lekarska składała się z Prezesa ORL WIL i 58 członków³²⁰. W okresie V kadencji Okręgowa Rada Lekarska WIL liczyła 60 osób łącznie z Prezesem ORL³²¹. Regulaminy zjazdów sprawozdawczo – wyborczych zakładały, że w Okręgowej Radzie Lekarskiej reprezentowani mają być proporcjonalnie lekarze i lekarze dentyści. Drugim kryterium jakie stosowano w wyborach członków ORL było kryterium terytorialne – każde województwo, które obejmowała swoim zasięgiem Wielkopolska Izba Lekarska miało mieć w Radzie odpowiednią liczbę reprezentantów. Po reformie podziału

³¹⁶ *Wielkopolska Izba Lekarska. Tradycja ...*, op. cit., s. 323-324.

³¹⁷ *Ibidem*, s.327 – 328.

³¹⁸ § 15 ust. 2 lit. a uchwały nr 2/93 VI Okręgowego Zjazdu Lekarzy Wielkopolskiej Izby Lekarskiej z dnia 22 października 1993 r. w sprawie regulaminu obrad sprawozdawczo – wyborczego Okręgowego Zjazdu Lekarzy poszerzonego o zapis zawarty w uchwale 1/93 z dnia 22 października 1993 r. VI. Okręgowego Zjazdu Lekarzy – Archiwum WIL.

³¹⁹ § 14 pkt 1 uchwały nr 3 XI Okręgowego Zjazdu Lekarzy Wielkopolskiej Izby Lekarskiej z dnia 14 listopada 1997 r. w sprawie regulaminu obrad sprawozdawczo – wyborczego Okręgowego Zjazdu Lekarzy, ustalenia liczby członków organów WIL i zastępców okręgowych rzeczników odpowiedzialności zawodowej, wyborów członków organów izb lekarskich oraz na stanowiska funkcyjne – Archiwum WIL.

³²⁰ § 1 pkt 1 uchwały nr 7/2001 XVI Sprawozdawczo – Wyborczego Okręgowego Zjazdu Lekarzy Wielkopolskiej Izby Lekarskiej z dnia 17 listopada 2001 r. w sprawie ustalenia liczby członków organów oraz delegatów na Krajowy Zjazd Lekarzy – Archiwum WIL.

³²¹ § 1 pkt 1 uchwały nr 12/2005 XXII Okręgowego Zjazdu Lekarzy Wielkopolskiej Izby Lekarskiej z dnia 19 listopada 2005 r. w sprawie ustalenia liczby członków organów, liczby delegatów na Krajowy Zjazd Lekarzy oraz liczby członków OKW – Archiwum WIL.

administracyjnego kraju w 1999 r. „parytet wojewódzki” zastąpiono parytetem delegatur Wielkopolskiej Izby Lekarskiej. Np. w III kadencji województwo kaliskie w ORL reprezentowało 7 lekarzy i 2 stomatologów, województwo konińskie 5 lekarzy i 1 stomatolog a miasto Poznań 21 lekarzy i 6 stomatologów³²², zaś w V kadencji delegaturę kaliską reprezentowało 5 lekarzy i 1 stomatolog, konińską 4 lekarzy i jeden stomatolog a miasto Poznań, tak samo jak w III kadencji 21 lekarzy i 6 stomatologów³²³.

Spośród siebie, myśl art. 24 ustawy, okręgowa rada lekarska wybierała prezydium, które stanowili przewodniczący oraz wybrani przez radę jego zastępcy, sekretarz, skarbnik i członkowie. Okręgowy Zjazd Lekarzy WIL w 2004 r. zezwolił na powoływanie w skład Prezydium ORL WIL zastępców sekretarza Okręgowej Rady Lekarskiej³²⁴. Prezydium okręgowej rady lekarskiej działało w imieniu rady w sprawach określonych uchwałą rady. Liczebność prezydium zmieniało się w zależności od kadencji. Podczas I kadencji Prezydium ORL liczyło 16 członków³²⁵, w II – 15 osób³²⁶, w III kadencji w skład Prezydium wchodziło 11 osób³²⁷. Prezydium ORL WIL w kadencji IV i V liczyło odpowiednio 13³²⁸ i 10³²⁹ osób.

Zgodnie z regulaminem organizacji i trybu działania Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej Przewodniczący Okręgowej Rady Lekarskiej WIL :

- kierował pracami Rady i reprezentował ją na zewnątrz,
- kierował pracami Prezydium Rady,
- przydzielał sprawy do załatwienia członkom Prezydium Rady,

³²² § 14 pkt 1 uchwały nr 3 XI Okręgowego Zjazdu Lekarzy Wielkopolskiej Izby Lekarskiej z dnia 14 listopada 1997 r. w sprawie regulaminu obrad sprawozdawczo – wyborczego Okręgowego Zjazdu Lekarzy, ustalenia liczby członków organów WIL i zastępców okręgowych rzeczników odpowiedzialności zawodowej, wyborów członków organów izb lekarskich oraz na stanowiska funkcyjne – Archiwum WIL.

³²³ § 1 pkt 1 uchwały nr 12/2005 XXII Okręgowego Zjazdu Lekarzy Wielkopolskiej Izby Lekarskiej z dnia 19 listopada 2005 r. w sprawie ustalenia liczby członków organów, liczby delegatów na Krajowy Zjazd Lekarzy oraz liczby członków OKW – Archiwum WIL.

³²⁴ § 1 pkt 5 uchwały nr 15/2004 XX Okręgowego Zjazdu Lekarzy Wielkopolskiej Izby Lekarskiej z dnia 27 marca 2004 r. w sprawie zmiany regulaminu organizacji i trybu działania Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej – Archiwum WIL.

³²⁵ *Wielkopolska Izba Lekarska. Tradycja ...*, op. cit., s. 324.

³²⁶ Uchwała Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej nr 34/93 z dnia 4 grudnia 1993 r. – Archiwum WIL.

³²⁷ *Wielkopolska Izba Lekarska. Tradycja...*, op. cit., s.333.

³²⁸ Uchwała Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej nr 2244/2001 z dnia 9 grudnia 2001 r. – Archiwum WIL.

³²⁹ Uchwała Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej nr 196/2005 z dnia 9 grudnia 2005 r. – Archiwum WIL.

- był przełożonym pracowników administracyjnych izby,
- wydawał zarządzenia w sprawach określonych odrębnymi przepisami³³⁰, np. w sprawie dołączenia do akt lekarza odpisu prawomocnego orzeczenia sądu lekarskiego³³¹.

Wiceprzewodniczący ORL zastępowali Przewodniczącego w zakresie ustalonym przez Prezydium Rady³³². Od 1996 r. powoływani byli wiceprzewodniczący reprezentujący województwa, których teren objęty był obszarem działania Wielkopolskiej Izby Lekarskiej³³³ (po reformie podziału administracyjnego państwa w 1999 r. wiceprzewodniczący reprezentowali delegatury WIL³³⁴).

Sekretarz Okręgowej Rady Lekarskiej WIL nadzorował wykonywanie uchwał Rady i Prezydium, redagował protokoły posiedzeń Rady i Prezydium, nadzorował sprawozdawczość Rady i Prezydium, załatwiał bieżącą korespondencję, udzielał informacji o pracach Prezydium Rady, opracowywał projekty uchwał Prezydium, sprawował nadzór nad pracą biura Rady, analizował odwołania od uchwał Rady Okręgowej i przyjmował skargi i wnioski³³⁵.

Skarbnik Okręgowej Rady Lekarskiej WIL odpowiadał za gospodarkę finansową Rady. Przygotowywał projekt preliminarza budżetowego, opracowywał odpowiednie analizy i sprawozdania z wykonania budżetu, nadzorował księgowość, rachunkowość i sprawozdawczość finansową Rady, wykonywał czynności związane z

³³⁰ § 16 Regulaminu organizacji i trybu działania Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej – Załącznik do uchwały nr 10 Okręgowego Zjazdu Lekarzy Wielkopolskiej Izby Lekarskiej z dnia 12 marca 1994 w sprawie regulaminu organizacji i trybu działania Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej – Archiwum WIL.

³³¹ §58 ust. 5 Rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 26 września 1990 r. w sprawie postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy (Dz. U. 1990 r., nr 69, poz. 406).

³³² § 17 Regulaminu organizacji i trybu działania Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej – Załącznik do uchwały nr 10 Okręgowego Zjazdu Lekarzy Wielkopolskiej Izby Lekarskiej z dnia 12 marca 1994 w sprawie regulaminu organizacji i trybu działania Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej – Archiwum WIL.

³³³ § 1 pkt 1 uchwały nr 13/98 IX Okręgowego Zjazdu Lekarzy Wielkopolskiej Izby Lekarskiej z dnia 29 marca 1996 r. w sprawie zmiany regulaminu organizacji i trybu działania Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej w Poznaniu- Archiwum WIL.

³³⁴ § 1 ust 5 uchwały nr 15/2004 XX Okręgowego Zjazdu Lekarzy Wielkopolskiej Izby Lekarskiej z dnia 27 marca 2004 r. w sprawie zmiany regulaminu organizacji i trybu działania Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej – Archiwum WIL.

³³⁵ § 18 Regulaminu organizacji i trybu działania Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej – Załącznik do uchwały nr 10 Okręgowego Zjazdu Lekarzy Wielkopolskiej Izby Lekarskiej z dnia 12 marca 1994 w sprawie regulaminu organizacji i trybu działania Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej – Archiwum WIL.

zarządzaniem majątkiem izby, a także kierował egzekwowaniem wierzytelności lub zgłaszał wnioski o ich umorzenie³³⁶.

Aby okręgowe rady lekarskie lepiej radziły sobie z wielością obowiązków jakie na nich ciążyły Naczelna Rada Lekarska w ramowym regulaminie okręgowych zjazdów lekarskich, okręgowych rad lekarskich i okręgowych komisji rewizyjnych wskazała konieczność utworzenia komisji okręgowej rady lekarskiej zajmujących się w szczególności sprawami: zdrowia publicznego, etyki lekarskiej, kształcenia medycznego, organizacyjnymi, finansowymi, płac i warunków pracy, socjalnymi i informacji, a także dopuściła możliwość tworzenia innych komisji i zespołów problemowych³³⁷. Regulamin organizacji i trybu działania Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej zakładał, iż Rada w drodze uchwały powołuje komisje, które miały zajmować się zwłaszcza sprawami: zdrowia publicznego, etyki lekarskiej, kształcenia medycznego, kadrowymi, socjalnymi, informacji i współpracy zagranicznej oraz inne komisje i zespoły problemowe³³⁸. W okresie I kadencji organów izb lekarskich Okręgowa Rada Lekarska powołała:

- Komisję Kadr Lekarskich,
- Komisję Szkolenia Medycznego,
- Komisję Zdrowia Publicznego,
- Komisję Socjalno - Bytową³³⁹,
- Komisję Praktyk Prywatnych i Przekształceń Własnościowych³⁴⁰,
- Zespół ds. Etyki Lekarskiej³⁴¹,
- Zespół ds. Cudzoziemców³⁴²,
- Zespół ds. ogłoszeń lekarskich³⁴³,

³³⁶ § 19 Regulaminu organizacji i trybu działania Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej – Załącznik do uchwały nr 10 Okręgowego Zjazdu Lekarzy Wielkopolskiej Izby Lekarskiej z dnia 12 marca 1994 w sprawie regulaminu organizacji i trybu działania Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej – Archiwum WIL.

³³⁷ § 34 uchwały Naczelnej Rady Lekarskiej nr 17/90/I z dnia 5 maja 1990 r. - Biuletyn NRL, rok I nr 4, s. 169.

³³⁸ § 14 Regulaminu organizacji i trybu działania Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej – Załącznik do uchwały nr 10 Okręgowego Zjazdu Lekarzy Wielkopolskiej Izby Lekarskiej z dnia 12 marca 1994 w sprawie regulaminu organizacji i trybu działania Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej – Archiwum WIL.

³³⁹ Biuletyn Informacyjny Wielkopolskiej Izby Lekarskiej, nr 1, brak daty wydania, s. 2.

³⁴⁰ Uchwała Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej nr 16/93 z dnia 2 kwietnia 1993 r. – Archiwum WIL.

³⁴¹ Uchwała Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej nr 26/92 z dnia 26 czerwca 1992 r. – Archiwum WIL.

³⁴² Uchwała Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej nr 25/92 z dnia 26 czerwca 1992 r. – Archiwum WIL.

- Pełnomocnika ds. AIDS,
- Pełnomocnika ds. współpracy z zagranicą³⁴⁴.

W II kadencji funkcjonowały:

- Komisja Szkolenia Medycznego,
- Komisja Socjalno – Bytowa,
- Komisja Zdrowia Publicznego,
- Komisja Kadrowa,
- Komisja Zagraniczna,
- Komisja Informacyjna,
- Komisja Etyki³⁴⁵,
- Komisja ds. umów zawieranych na zasadzie kontraktów³⁴⁶,
- Komisja ds. opracowania projektu regulaminu określającego sposób powoływania oraz tryb działania i kompetencje delegatur³⁴⁷,
- Komisja ds. Cudzoziemców³⁴⁸,
- Komisja ds. Emerytów i Rencistów³⁴⁹,
- Zespół ds. rejestracji i wydawania praw wykonywania zawodu lekarza³⁵⁰,
- Zespół ds. zapomóg losowych³⁵¹,
- Zespół ds. ubezpieczeń od odpowiedzialności cywilnej z tytułu wykonywania zawodu lekarza i lekarza stomatologa³⁵²,
- Zespół ds. RUM,
- Zespół ds. prywatyzacji³⁵³.

³⁴³ Uchwała Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej nr 27/92 z dnia 26 czerwca 1992 r. – Archiwum WIL.

³⁴⁴ Sprawozdanie z działalności Rady Okręgowej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej w okresie od czerwca 1990 r. do marca 1991 r. (przygotowane na III Okręgowy Zjazd Lekarzy w dniu 26. 04. 1991 r.) - Biuletyn Informacyjny Wielkopolskiej Izby Lekarskiej, nr 8, marzec - kwiecień 1991 r., s. 4.

³⁴⁵ Uchwała Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej nr 1/94 z dnia 14 stycznia 1994 r. – Archiwum WIL.

³⁴⁶ Uchwała Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej nr 29/96 z dnia 12 kwietnia 1992 r. – Archiwum WIL.

³⁴⁷ Uchwała Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej nr 45/94 z dnia 8 kwietnia 1994 r. – Archiwum WIL.

³⁴⁸ Uchwała Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej nr 94/94 z dnia 4 listopada 1994 r. – Archiwum WIL.

³⁴⁹ Uchwała Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej nr 100/94 z dnia 4 listopada 1994 r. – Archiwum WIL.

³⁵⁰ Uchwała Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej nr 16/94 z dnia 11 lutego 1994 r. – Archiwum WIL.

³⁵¹ Uchwała Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej nr 27/94 z dnia 11 marca 1994 r. – Archiwum WIL.

³⁵² Uchwała Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej nr 53/95 z dnia 6 października 1995 r. – Archiwum WIL.

W okresie III kadencji Okręgowa Rada Lekarska Wielkopolskiej Izby Lekarskiej utworzyła:

- Komisję Bioetyki i Etyki Lekarskiej,
- Komisję ds. Indywidualnych Praktyk Lekarskich (od 3 października 2000 r. Komisja Praktyk Lekarskich³⁵⁴),
- Komisję ds. Zmian Systemowych w Ochronie Zdrowia,
- Komisję Kształcenia Medycznego,
- Komisję ds. Warunków Pracy i Płacy,
- Komisję Socjalną,
- Komisję ds. Rejestru Lekarzy,
- Komisję Legislacyjną,
- Komisję Informacyjną,
- Komisję Stomatologiczną,
- Komisję Współpracy z Zagranicą,
- Komisję Emerytów,
- Komisję Kultury, Sportu i Rekreacji,
- Zespół ds. Konkursów Ordynatorskich³⁵⁵,
- Zespół ds. Certyfikatów³⁵⁶,
- Zespół ds. Lekarzy Kas Chorych³⁵⁷ (od 23 października 1998 r. Komisja ds. Lekarzy Kas Chorych³⁵⁸),
- Komisja Bioetyczna WIL³⁵⁹.

W IV kadencji działały:

- Komisja ds. Rejestracji Lekarzy,
- Komisja Praktyk Lekarskich,
- Komisja Kształcenia i Współpracy Międzynarodowej,
- Komisja Socjalna,

³⁵³ *Wielkopolska Izba Lekarska. Tradycja ...*, op. cit., s. 329.

³⁵⁴ Uchwała Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej nr 799/2000 z dnia 13 października 2000 r. – Archiwum WIL.

³⁵⁵ Uchwała Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej nr 207/97 z dnia 19 grudnia 1997 r. – Archiwum WIL.

³⁵⁶ Uchwała Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej nr 27/98 z dnia 23 stycznia 1998 r. – Archiwum WIL.

³⁵⁷ Uchwała Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej nr 128/98 z dnia 20 marca 1998 r. – Archiwum WIL.

³⁵⁸ Uchwała Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej nr 573/98 z dnia 23 października 1998 r. – Archiwum WIL.

³⁵⁹ Uchwała Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej nr 413/2000 z dnia 9 czerwca 2000 r. – Archiwum WIL.

- Komisja Zdrowia Publicznego i Lekarzy Ubezpieczeń Zdrowotnych,
- Komisja Etyki Lekarskiej,
- Komisja Legislacyjna,
- Komisja Stomatologiczna,
- Komisja Emerytów i Rencistów,
- Komisja Finansowa,
- Komisja ds. Młodych Lekarzy,
- Komisja ds. Konkursów,
- Komisja Kultury, Sportu i Rekreacji³⁶⁰,
- Komisja Bioetyczna WIL³⁶¹,
- Zespół ds. lokalowych³⁶²,
- Zespół ds. pozyskiwania środków finansowych³⁶³,
- Zespół ds. ubezpieczeń lekarzy od odpowiedzialności cywilnej³⁶⁴,

W okresie V kadencji organów samorządu lekarskiego Okręgowa Rada Lekarska WIL zdecydowała o powołaniu:

- Komisja ds. Rejestru Lekarzy,
- Komisja Praktyk Lekarskich,
- Komisja Kształcenia i Współpracy Międzynarodowej (3 marca 2006 ORL WIL zdecydowała o rozdzieleniu Komisji na Komisję ds. Kształcenia Medycznego i Komisję Współpracy Międzynarodowej³⁶⁵),
- Komisja Socjalna,
- Komisja Zdrowia Publicznego i Lekarzy Ubezpieczeń Zdrowotnych,
- Komisja Etyki Lekarskiej,
- Komisja Legislacyjna,
- Komisja Stomatologiczna,
- Komisja Emerytów i Rencistów,

³⁶⁰ Uchwała Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej nr 41/2002 z dnia 18 stycznia 2002 r. – Archiwum WIL.

³⁶¹ Uchwała Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej nr 360/2003 z dnia 23 maja 2003 r. – Archiwum WIL.

³⁶² ³⁶² Uchwała Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej nr 1041/A/2002 z dnia 19 kwietnia 2002 r. – Archiwum WIL.

³⁶³ Uchwała Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej nr 1041/2002 z dnia 19 kwietnia 2002 r. – Archiwum WIL.

³⁶⁴ Uchwała Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej nr 1603/a/2002 z dnia 21 czerwca 2002 r. – Archiwum WIL.

³⁶⁵ Uchwała Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej nr 46/2006 z dnia 3 marca 2006 r. – Archiwum WIL.

- Komisja Finansowa,
- Komisja ds. Młodych Lekarzy,
- Zespół ds. Konkursów (od 27 stycznia 2006 Komisja ds. Konkursów³⁶⁶),
- Komisja Kultury,
- Komisja Sportu i Rekreacji³⁶⁷,
- Komisja ds. Lekarzy Zatrudnionych w Zakładach Opieki Zdrowotnej,
- Komisja Kształtowania Wizerunku Lekarza³⁶⁸,
- Komisja ds. przedstawienia Okręgowemu Zjazdowi Lekarzy odznaczeń dla zasłużonych i wybitnych lekarzy³⁶⁹,
- Komisja Bioetyczna WIL³⁷⁰,
- Zespół ds. zagospodarowania nieruchomości WIL³⁷¹ (rozwiązany 1 czerwca 2007 r. i zastąpiony koordynatorem zagospodarowania nieruchomości WIL³⁷²),
- Zespół ds. ubezpieczeń lekarzy i członków samorządu wykonujących statutowe obowiązki³⁷³ (rozwiązany 15 września 2006 r.³⁷⁴),
- Zespół ds. realizacji zakupu siedziby delegatury Wielkopolskiej Izby Lekarskiej w Kaliszu³⁷⁵.

W związku z przypadającą w 2009 r. 20. rocznicą odrodzenia samorządu lekarskiego Okręgowa Rada Lekarska podjęła decyzję o zorganizowania obchodów tej rocznicy w Poznaniu. Dla zrealizowania tego zadania powołany został Komitet Organizacyjny Obchodów 20-lecia samorządu lekarskiego³⁷⁶. Innymi ciałami powoływanymi przez

³⁶⁶ Uchwała Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej nr 11/2006 z dnia 27 stycznia 2006 r. – Archiwum WIL.

³⁶⁷ Uchwała Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej nr 202/2005 z dnia 9 grudnia 2005 r. – Archiwum WIL.

³⁶⁸ Uchwała Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej nr 26/2006 z dnia 3 marca 2006 r. – Archiwum WIL.

³⁶⁹ Uchwała Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej nr 481/2007 z dnia 19 października 2007 r. – Archiwum WIL.

³⁷⁰ Uchwała Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej nr 106/2006 z dnia 26 maja 2006 r. – Archiwum WIL.

³⁷¹ Uchwała Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej nr 9/2006 z dnia 27 stycznia 2006 r. – Archiwum WIL.

³⁷² Uchwała Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej nr 401/2007 z dnia 1 czerwca 2007 r. – Archiwum WIL.

³⁷³ Uchwała Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej nr 10/2006 z dnia 27 stycznia 2006 r. – Archiwum WIL.

³⁷⁴ Uchwała Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej nr 177/2006 z dnia 15 września 2006 r. – Archiwum WIL.

³⁷⁵ Uchwała Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej nr 78/2008 z dnia 16 maja 2008 r. – Archiwum WIL.

³⁷⁶ Uchwała Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej nr 166/2008 z dnia 5 września 2008 r. – Archiwum WIL.

Okręgową Radę Lekarską są Redaktor Naczelny i Kolegium Redakcyjne Biuletynu Wielkopolskiej Izby Lekarskiej³⁷⁷ oraz delegatury Wielkopolskiej Izby Lekarskiej.

Delegatury były strukturami Wielkopolskiej Izby Lekarskiej, które miały przybliżyć samorząd lekarzom mieszkającym poza siedzibą izby. Początkowo delegatury zajmować się miały zadaniami izb lekarskich określonymi w art.4 ust. 1 pkt 4, 5, 6 i ust. 2 pkt 4, 7, 11 ustawy z dnia 17 maja 1989 r. o izbach lekarskich czyli integrowaniem środowiska lekarskiego, zajmowaniem stanowiska w sprawach stanu zdrowotności społeczeństwa, polityki zdrowotnej państwa oraz organizacji ochrony zdrowia, współpracą z towarzystwami naukowymi, szkołami wyższymi i jednostkami badawczo-rozwojowymi w kraju i za granicą, współdziałaniem w sprawach doskonalenia zawodowego lekarzy, opiniowaniem i wnioskowaniem w sprawach kształcenia przed- i podyplomowego lekarzy i w innych zawodach medycznych i współdziałaniem z organami administracji publicznej, organizacjami politycznymi, związkami zawodowymi oraz innymi organizacjami społecznymi w sprawach dotyczących ochrony zdrowia ludności i warunków wykonywania zawodu lekarza³⁷⁸. Z czasem ich zadaniami stały się przede wszystkim: reprezentowanie swoich członków wobec lokalnych władz, organizacji społecznych i samorządowych oraz administracji ochrony zdrowia, przyjmowanie wniosków i kompletowanie dokumentacji dotyczącej przyznawania prawa wykonywania zawodu lekarza czy rejestracji indywidualnych praktyk lekarskich, informowanie o pracach organów WIL, propagowanie zasad etyki lekarskiej³⁷⁹. Zgodnie z Uchwałą Okręgowej Rady Lekarskiej WIL nr 798/2000 z dnia 14 października 2000 r. delegaturę mogło utworzyć 500 członków WIL. Wniosek o powołanie delegatury mogło złożyć 10 delegatów z obszaru działania przyszłej delegatury³⁸⁰.

Organami delegatur były Walne Zebranie Delegatów, w którym uczestniczyli wszyscy delegaci na Okręgowy Zjazd Lekarzy WIL z terenu danej delegatury (od 2000 r. Zgromadzenie Delegatów³⁸¹), Zarząd Delegatury i Koła Terenowe³⁸².

³⁷⁷ §2 i §3 uchwały Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej nr 412/2000 z dnia 9 czerwca 2000 r. – Archiwum WIL.

³⁷⁸ §1 uchwały Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej nr 10/91 z dnia 17 maja 1991 r. – Archiwum WIL.

³⁷⁹ §3 Wzorcowego regulaminu działania delegatur Wielkopolskiej Izby Lekarskiej – Zał. 1 do uchwały Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej nr 798/2000 z dnia 14 października 2000 r. – Archiwum WIL.

³⁸⁰ §2 i §3 uchwały Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej nr 798/2000 z dnia 14 października 2000 r. – Archiwum WIL.

³⁸¹ §4 uchwały Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej nr 798/2000 z dnia 14 października 2000 r. – Archiwum WIL.

W okresie 1989 - 2009 Okręgowa Rada Lekarska Wielkopolskiej Izby Lekarskiej powołała delegatury w: Gnieźnie, Kaliszu, Koninie, Lesznie, Ostrowie Wielkopolskim³⁸³, Kępnie³⁸⁴, Kościanie³⁸⁵, Krotoszynie³⁸⁶, Szamotułach³⁸⁷, Środzie Wielkopolskiej³⁸⁸, Pile³⁸⁹ i Pleszewie³⁹⁰. W 2001 r. delegatury WIL w Ostrowie Wielkopolskim i Krotoszynie zostały przekształcone w Delegaturę Ostrowsko – Krotoszyńską³⁹¹.

2.3 Okręgowa komisja rewizyjna

Zgodnie z art. 27 ustawy z dnia 17 maja 1989 r. o izbach lekarskich okręgowa komisja rewizyjna kontrolowała finansową i gospodarczą działalność izby, przedstawiała sprawozdania z działalności kontrolnej okręgowemu zjazdowi lekarzy i występowała z wnioskiem o udzielenie absolutorium okręgowej radzie lekarskiej. W przypadku Wielkopolskiej Izby Lekarskiej zadania te Okręgowa Komisja Rewizyjna wykonywała poprzez badanie wykonania uchwała finansowych Okręgowego Zjazdu Lekarzy, ustosunkowywanie się do sprawozdań finansowych Rady Okręgowej, badanie ksiąg, rejestrów, akt i dokumentów, analizę wniosków i materiałów napływających do Komisji oraz poprzez wnioskowanie do Okręgowej Rady Lekarskiej o przeprowadzenie kontroli finansowej przez biegłych rewidentów³⁹².

Pracami Okręgowej Komisji Rewizyjnej WIL kierowało jej prezydium w składzie: przewodniczący, 2 wiceprzewodniczących (w tym 1 lekarz dentysta) oraz

³⁸² §4 Regulaminu powoływania, organizacji i trybu działania delegatur WIL - załącznik 1 do uchwały nr 14/96 IX Okręgowego Zjazdu Lekarzy Wielkopolskiej Izby Lekarskiej z dnia 29 marca 1996 r. w sprawie regulaminu powoływania, organizacji i trybu działania delegatur WIL - Archiwum WIL.

³⁸³ Uchwała Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej nr 7 z dnia 24 lutego 1990 r.- Archiwum WIL.

³⁸⁴ Uchwała Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej nr 17/91 z dnia 7 września 1991 r. - Archiwum WIL.

³⁸⁵ Uchwała Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej nr 41/92 z dnia 12 grudnia 1992 r. - Archiwum WIL.

³⁸⁶ Uchwała Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej nr 2/92 z dnia 18 stycznia 1992 r. - Archiwum WIL.

³⁸⁷ Uchwała Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej nr 75/95 z dnia 30 września 1994 r. - Archiwum WIL.

³⁸⁸ Uchwała Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej nr 43/94 z dnia 8 kwietnia 1994 r. - Archiwum WIL.

³⁸⁹ Uchwała Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej nr 302/2000 z dnia 7 kwietnia 2000 r. - Archiwum WIL.

³⁹⁰ Uchwała Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej nr 22/93 z dnia 19 września 1990 r. - Archiwum WIL.

³⁹¹ Uchwała Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej nr 2249/2001 z dnia 9 grudnia 2001 r. - Archiwum WIL.

³⁹² §4 ust. 2 Regulaminu Okręgowej Komisji Rewizyjnej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej – zał. 1 do uchwały nr 8/2006 Okręgowego Zjazdu Lekarzy Wielkopolskiej Izby Lekarskiej z dnia 4 listopada 2006 r. w sprawie zatwierdzenia regulaminu Okręgowej Komisji Rewizyjnej – Archiwum WIL.

sekretarz³⁹³. Przewodniczący OKR reprezentował Komisję wobec Okręgowej Rady Lekarskiej, rozdzielał pracę pomiędzy członków Komisji, zwoływał posiedzenia Komisji, podpisywał korespondencję w jej imieniu, składał informacje Okręgowemu Zjazdowi Lekarzy i Okręgowej Radzie Lekarskiej oraz przedstawiał Zjazdowi wnioski w sprawie udzielenia absolutorium Radzie Okręgowej. Sekretarz Komisji odpowiadał za redagowanie protokołów z posiedzenia Komisji, nadzór nad sprawozdawczością Komisji, obsługę bieżącej korespondencji oraz za prowadzenie rejestru jej uchwał i czuwanie nad ich realizacją³⁹⁴. Przewodniczący Komisji zarządzał też kontrole, przeprowadzane w składzie co najmniej trzech członków, z własnej inicjatywy, na podstawie uchwały Komisji lub na wniosek Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej³⁹⁵.

Liczebność Okręgowej Komisji Rewizyjnej WIL określały Okręgowe Zjazdy Lekarzy. W I kadencji w skład OKR wchodziło 9 osób³⁹⁶, w II kadencji było to 8 osób³⁹⁷. Również w III kadencji Komisja Rewizyjna liczyła 8 osób³⁹⁸. W IV kadencji Komisja liczyła 14 członków³⁹⁹. W V kadencji organów samorządu lekarskiego Komisja Rewizyjna pracowała w składzie 16-osobowym⁴⁰⁰.

2.4 Okręgowy sąd lekarski

Ustawa z dnia 17 maja 1989 r. o izbach lekarskich w art. 28 stanowiła, iż okręgowy sąd lekarski rozpatruje sprawy z zakresu odpowiedzialności zawodowej lekarzy oraz sprawuje sądownictwo polubowne, a także składa roczne i kadencyjne

³⁹³ §3 ust. 1 Regulaminu Okręgowej Komisji Rewizyjnej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej – zał. 1 do uchwały nr 8/2006 Okręgowego Zjazdu Lekarzy Wielkopolskiej Izby Lekarskiej z dnia 4 listopada 2006 r. w sprawie zatwierdzenia regulaminu Okręgowej Komisji Rewizyjnej – Archiwum WIL.

³⁹⁴ §7 ust. 1 Regulaminu Okręgowej Komisji Rewizyjnej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej – zał. 1 do uchwały nr 8/2006 Okręgowego Zjazdu Lekarzy Wielkopolskiej Izby Lekarskiej z dnia 4 listopada 2006 r. w sprawie zatwierdzenia regulaminu Okręgowej Komisji Rewizyjnej – Archiwum WIL.

³⁹⁵ §6 Regulaminu Okręgowej Komisji Rewizyjnej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej – zał. 1 do uchwały nr 8/2006 Okręgowego Zjazdu Lekarzy Wielkopolskiej Izby Lekarskiej z dnia 4 listopada 2006 r. w sprawie zatwierdzenia regulaminu Okręgowej Komisji Rewizyjnej – Archiwum WIL.

³⁹⁶ Biuletyn WIL, nr 1, brak daty, s. 4.

³⁹⁷ § 15 ust. 2 lit. b uchwały nr 2/93 VI Okręgowego Zjazdu Lekarzy Wielkopolskiej Izby Lekarskiej z dnia 22 października 1993 r. w sprawie regulaminu obrad sprawozdawczo – wyborczego Okręgowego Zjazdu Lekarzy poszerzonego o zapis zawarty w uchwale 1/93 z dnia 22 października 1993 r. VI. Okręgowego Zjazdu Lekarzy – Archiwum WIL.

³⁹⁸ § 14 pkt 2 uchwały nr 3 XI Okręgowego Zjazdu Lekarzy Wielkopolskiej Izby Lekarskiej z dnia 14 listopada 1997 r. w sprawie regulaminu obrad sprawozdawczo – wyborczego Okręgowego Zjazdu Lekarzy, ustalenia liczby członków organów WIL i zastępców okręgowych rzeczników odpowiedzialności zawodowej, wyborów członków organów izb lekarskich oraz na stanowiska funkcyjne – Archiwum WIL.

³⁹⁹ § 1 pkt 2 uchwały nr 7/2001 XVI Sprawozdawczo – Wyborczego Okręgowego Zjazdu Lekarzy Wielkopolskiej Izby Lekarskiej z dnia 17 listopada 2001 r. w sprawie ustalenia liczby członków organów oraz delegatów na Krajowy Zjazd Lekarzy – Archiwum WIL.

⁴⁰⁰ § 1 pkt 2 uchwały nr 12/2005 XXII Okręgowego Zjazdu Lekarzy Wielkopolskiej Izby Lekarskiej z dnia 19 listopada 2005 r. w sprawie ustalenia liczby członków organów, liczby delegatów na Krajowy Zjazd Lekarzy oraz liczby członków OKW – Archiwum WIL.

sprawozdania okręgowemu zjazdowi lekarzy. Szczegółowe zasady funkcjonowania tego organu samorządu, w przypadku Wielkopolskiej Izby Lekarskiej uregulował Okręgowy Zjazd Lekarzy WIL.

Pracami OSŁ WIL kierował jego przewodniczący, który m. in. zaznajamiał się z każdą sprawą wpływającą do Sądu, ustalał składy orzekające i wyznaczał ich przewodniczących, stwierdzał prawomocność orzeczeń i wydawał stosowne zarządzenia dla ich wykonania, zwoływał narady członków Sądu w celach szkoleniowych, a także czuwał nad prawidłową i terminową pracą Sądu⁴⁰¹.

Skład okręgowych sądów lekarskich ustalały okręgowe zjazdy lekarzy. W przypadku Wielkopolskiej Izby Lekarskiej w I kadencji Sąd Lekarski liczył 24 osoby⁴⁰². W II i III kadencji było to odpowiednio 26 i 32 osoby⁴⁰³. W IV i V kadencji skład Sądu Okręgowy Zjazd Lekarzy WIL określił na 50 osób⁴⁰⁴, jednak wybrano odpowiednio 44 i 46 sędziów⁴⁰⁵.

2.5 Okręgowy rzecznik odpowiedzialności zawodowej

Art. 29 ustawy z dnia 17 maja 1989 r. o izbach lekarskich mówił, że okręgowy rzecznik odpowiedzialności zawodowej prowadzi postępowanie w sprawach odpowiedzialności zawodowej lekarzy. Podobnie jak Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej rzecznicy okręgowi również dysponowali gronem zastępców. W przypadku Wielkopolskiej Izby Lekarskiej było to: w I kadencji – 16 osób⁴⁰⁶, w II kadencji – 18 osób⁴⁰⁷, w III – 20 osób⁴⁰⁸, w IV – 36 osób⁴⁰⁹ i V – 59 osób⁴¹⁰.

⁴⁰¹ §4 ust. 4 Regulaminu Okręgowego Sądu Lekarskiego Wielkopolskiej Izby Lekarskiej – zał. Do uchwały nr 7/2006 XXIV Nadzwyczajnego Okręgowego Zjazdu Lekarzy Wielkopolskiej Izby Lekarskiej z dnia 4 listopada 2006 r. w sprawie zatwierdzenia trybu działania Okręgowego Sądu Lekarskiego Wielkopolskiej Izby Lekarskiej w Poznaniu – Archiwum WIL.

⁴⁰² *Wielkopolska Izba Lekarska. Tradycja ...*, op. cit., s. 326.

⁴⁰³ *Ibidem*, s. 330-331 i 335-336.

⁴⁰⁴ § 1 pkt 3 uchwały nr 7/2001 XVI Sprawozdawczo – Wyborczego Okręgowego Zjazdu Lekarzy Wielkopolskiej Izby Lekarskiej z dnia 17 listopada 2001 r. w sprawie ustalenia liczby członków organów oraz delegatów na Krajowy Zjazd Lekarzy i § 1 pkt 3 uchwały nr 12/2005 XXII Okręgowego Zjazdu Lekarzy Wielkopolskiej Izby Lekarskiej z dnia 19 listopada 2005 r. w sprawie ustalenia liczby członków organów, liczby delegatów na Krajowy Zjazd Lekarzy oraz liczby członków OKW – Archiwum WIL.

⁴⁰⁵ Listy członków OSŁ WIL w latach 2001 -2005 i 2005 - 2009 – Archiwum OSŁ WIL.

⁴⁰⁶ *Wielkopolska Izba Lekarska. Tradycja ...*, op. cit., s. 325.

⁴⁰⁷ *Ibidem*, s. 330.

⁴⁰⁸ *Ibidem*, s. 334-335.

⁴⁰⁹ Lista zastępców Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej w latach 2001 - 2005 – Archiwum OROZ WIL.

⁴¹⁰ Lista zastępców Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej w latach 2005 - 2009 – Archiwum OROZ WIL.

Okręgowy rzecznik odpowiedzialności zawodowej, poza prowadzeniem postępowań w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy kierował pracami biura OROZ, uczestniczył w naradach i szkoleniach organizowanych przez Naczelnego Rzecznika, a także składał sprawozdania Okręgowemu Zjazdowi Lekarzy i Naczelnemu Rzecznikowi Odpowiedzialności Zawodowej⁴¹¹.

3. Wybory organów izb lekarskich

W latach 1989 – 2009 samorząd lekarski podjął 12 uchwał regulujących wybory do organów izb lekarskich:

- Uchwała nr 2 Komitetu Organizacyjnego Izb Lekarskich z 4 września 1989 r. w sprawie zasad przeprowadzania wyborów delegatów na pierwszy Krajowy Zjazd Lekarzy oraz organów izb lekarskich
- Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 20/90/I z dnia 22 czerwca 1990 r. w sprawie regulaminu wyborów do organów samorządu lekarzy oraz trybu odwoływania tych organów i ich członków
- Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 83/93/I z dnia 16 stycznia 1993 r. w sprawie zmiany uchwały w sprawie regulaminu wyborów do organów samorządu lekarzy oraz trybu odwoływania tych organów i ich członków
- Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 93/93/I z dnia 23 kwietnia 1993 r. w sprawie zmiany regulaminu wyborów do organów samorządu lekarzy oraz trybu odwoływania tych organów i ich członków
- Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 88/97/II z dnia 15 lutego 1997 r. w sprawie zmiany uchwały Nr 20/90/I w sprawie regulaminu wyborów do organów samorządu lekarzy oraz trybu odwoływania tych organów i ich członków
- Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 96/97/II z dnia 13 czerwca 1997 r. w sprawie zmiany uchwały Nr 20/90/I w sprawie regulaminu wyborów do organów samorządu lekarzy oraz trybu odwoływania tych organów i ich członków
- Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 113/97/II z dnia 22 listopada 1997 r. w sprawie zmiany uchwały Nr 20/90/I w sprawie regulaminu wyborów do

⁴¹¹ § 4 regulaminu wewnętrznej organizacji działalności Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej OWIL – zał. do uchwały nr 16/96 IX Okręgowego Zjazdu Lekarzy Wielkopolskiej Izby Lekarskiej z dnia 19 marca 1996 r. w sprawie przyjęcia i zatwierdzenia regulaminu wewnętrznej organizacji działalności Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej OWIL – Archiwum WIL.

organów samorządu lekarzy oraz trybu odwoływania tych organów i ich członków

- Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 53/99/III z dnia 22 stycznia 1999 r. w sprawie regulaminu wyborów do organów izb lekarskich oraz trybu odwoływania tych organów i ich członków
- Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 1/119/01III z dnia 20 stycznia 2001 r. w sprawie regulaminu wyborów do organów izb lekarskich oraz trybu odwoływania tych organów i ich członków
- Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 76/04/IV z dnia 23 kwietnia 2004 r. w sprawie regulaminu wyborów do organów izb lekarskich i delegatów na Krajowy Zjazd Lekarzy oraz trybu odwoływania członków tych organów i tych delegatów
- Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 16/08/V z dnia 19 września 2008 r. w sprawie regulaminu wyborów do organów izb lekarskich i delegatów na Krajowy Zjazd Lekarzy oraz trybu odwoływania członków tych organów i tych delegatów
- Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 21/08/V z dnia 12 grudnia 2008 r. Zmieniająca uchwałę w sprawie regulaminu wyborów do organów izb lekarskich i delegatów na Krajowy Zjazd Lekarzy oraz trybu odwoływania członków tych organów i tych delegatów.

Sześć spośród tych uchwał to poprawki do wcześniej uchwalonych regulaminów wyborczych, zaś drugie sześć to nowe regulaminy. Organy izb każdej kadencji wybierane były na podstawie innych przepisów. Nie znaczy to jednak, iż nie było pewnej ciągłości w izbowym prawie wyborczym. Lekarze od 1989 do 2009 r. wybierali delegatów na okręgowy zjazd lekarzy podczas zebrań wyborczych lekarzy rejonu wyborczego. Okręgowy zjazd lekarzy wybierał organy okręgowej izby lekarskiej (przewodniczącego i członków okręgowej rady lekarskiej, członków okręgowej komisji rewizyjnej, członków okręgowego sądu lekarskiego, rzecznika odpowiedzialności zawodowej i jego zastępców) oraz delegatów na Krajowy Zjazd Lekarzy. Krajowy Zjazd Lekarzy dokonywał wyboru organów Naczelnej Izby Lekarskiej (analogicznie jak na szczeblu okręgowym). Okręgowa rada lekarska wybierała spośród siebie I i II zastępcę przewodniczącego rady, sekretarza, skarbnika, członków prezydium oraz, jeżeli uznała to za stosowne, zastępcę sekretarza, okręgowy sąd lekarski i okręgowa komisja rewizyjna wybierały swoich przewodniczących, po dwóch

wiceprzewodniczących oraz sekretarzy, a kolegium rzeczników odpowiedzialności zawodowej wybiera I i II zastępcę okręgowego rzecznika odpowiedzialności zawodowej. Przewodniczący okręgowej rady lekarskiej i okręgowy rzecznik odpowiedzialności zawodowej (odpowiednio Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej i Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej) wybierani byli przed wyborem pozostałych organów. Jedynie podczas pierwszych wyborów tryb ten stosował się tylko do przewodniczącego okręgowej i Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej⁴¹². Z kolei Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 83/93/I z dnia 16 stycznia 1993 r. w sprawie zmiany uchwały w sprawie regulaminu wyborów do organów samorządu lekarzy oraz trybu odwoływania tych organów i ich członków przewidywała takie postępowanie w stosunku do przewodniczących komisji rewizyjnych i sądów lekarskich na szczeblu okręgowym i Naczelnej Izby Lekarskiej⁴¹³. Jednak przed wyborami w 1997 r. Naczelna Rada Lekarska powróciła do poprzedniego rozwiązania⁴¹⁴.

Czynne i bierne prawo wyborcze przysługiwało:

- 1/ na zebraniu lekarzy rejonu wyborczego - członkom okręgowej izby lekarskiej umieszczonym na liście członków tego rejonu,
- 2/ na okręgowym zjeździe lekarzy - delegatom wybranym na zebraniach lekarzy rejonów wyborczych,
- 3/ na Krajowym Zjeździe Lekarzy - delegatom wybranym na okręgowych zjazdach lekarzy.

Czynne prawo wyborcze traciło się w przypadku zawieszenia prawa wykonywania zawodu. Bierne prawo wyborcze można było utracić z powodu zawieszania prawa wykonywania zawodu. (z różnych przyczyn), odebrania przez sąd powszechny praw publicznych, skazania przez sąd powszechny za przestępstwo umyślne. Bierne prawo wyborcze do sądów lekarskich przysługiwało lekarzom wykonującym zawód nieprzerwanie co najmniej 7 lat, a kandydatom na rzecznika odpowiedzialności zawodowej wykonującym go nieprzerwanie przez lat 5. Dodatkowo kandydaci na te funkcje nie musieli być delegatami na zjazd – mogli oni być zgłoszeni przez ustępujący sąd i zgromadzenie rzeczników – organy te mogły zaproponować liczbę kandydatów

⁴¹² § 9 ust. 3 uchwały nr 2 Komitetu Organizacyjnego Izb Lekarskich z 4 września 1989 r. w sprawie zasad przeprowadzania wyborów delegatów na pierwszy Krajowy Zjazd Lekarzy oraz organów izb lekarskich - r., s.5.

⁴¹³ § 12 uchwały nr 83/93/I Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 16 stycznia 1993 r. – Biuletyn Naczelnej Rady Lekarskiej, Rok IV, nr 1 (19), s. 22.

⁴¹⁴ § 1 pkt 30 uchwały nr 88/97/II Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 15 lutego 1997 r. – Biuletyn Naczelnej Rady Lekarskiej, Rok VIII, nr 3 (35), s.3.

stanowiących do 50% całości tych organów (od 1997)⁴¹⁵. Warto dodać także, iż do 1999 r. bierne prawo wyborcze nie przysługiwało lekarzom cudzoziemcom⁴¹⁶.

Wybory do organów izb lekarskich cechują się stosowaniem proporcji, na podstawie której określa się liczebność zjazdów lekarzy, okręgowych i krajowego. W wyborach na zjazd okręgowy proporcje te przedstawiały się następująco:

- 1989 r. – 1 delegat na 20 członków rejonu wyborczego⁴¹⁷,
- 1990 r. – 1 delegat na 5 – 50 członków rejonu wyborczego⁴¹⁸,
- 1997 r. – 1 delegat na 10 – 50 członków rejonu wyborczego⁴¹⁹,
- 2001 r. – 1 delegat na 10 – 70 członków rejonu wyborczego⁴²⁰,
- 2008 r. – 1 delegat na 20 – 100 członków rejonu wyborczego⁴²¹.

Określenie dokładnej proporcji powierzono każdej z okręgowych rad lekarskich. „Ordynacja wyborcza” izb lekarskich zakłada również, iż w przypadku, kiedy w wyniku podzielenia liczby członków rejonu przez liczbę ustaloną przez okręgową radę lekarską reszta z dzielenia przewyższa połowę tej liczby, zebranie lekarzy rejonu wyborczego upoważnione było do wyboru dodatkowego delegata. Podobnie miał się sposób określania liczby delegatów na Krajowy Zjazd Lekarzy. Tu liczba delegatów wynikała z liczebności danej okręgowej izby lekarskiej:

- 1989 r. – 1 delegat na 100 członków okręgowej izby lekarskiej⁴²²,
- 1990 r. – 1 delegat na liczbę członków okręgowej izby lekarskiej określoną przez Naczelną Radę Lekarską w uchwale o zwołaniu zjazdu⁴²³,
- 1997 r. – 1 delegat na 250 członków okręgowej izby lekarskiej⁴²⁴,

⁴¹⁵ § 1 pkt 25 uchwały Naczelnej Rady Lekarskiej nr 88/97/II z dnia 15 lutego 1997 r. – Biuletyn Naczelnej Rady Lekarskiej, Rok VIII, nr 3 (35), s.3.

⁴¹⁶ § 4 ust. 1 pkt 1 uchwały Naczelnej Rady Lekarskiej nr 20/90/I z dnia 22 czerwca 1990 r. – Biuletyn Naczelnej Rady Lekarskiej, Rok I, nr 5-6, s. 214.

⁴¹⁷ § 13 ust. 1 uchwały nr 2 Komitetu Organizacyjnego Izb Lekarskich z 4 września 1989 r. w sprawie zasad przeprowadzania wyborów delegatów na pierwszy Krajowy Zjazd Lekarzy oraz organów izb lekarskich - *Śłużba Zdrowia*, nr 38 (2175) z dn. 17 września 1989 r., s.5.

⁴¹⁸ § 7 ust.1 uchwały Naczelnej Rady Lekarskiej nr 20/90/I z dnia 22 czerwca 1990 r. - Biuletyn Naczelnej Rady Lekarskiej, Rok I, nr 5-6, s. 215.

⁴¹⁹ § 1 pkt 22 uchwały Naczelnej Rady Lekarskiej nr 88/97/II z dnia 15 lutego 1997 r. - Biuletyn Naczelnej Rady Lekarskiej, Rok VIII, nr 3 (35), s.3.

⁴²⁰ § 15 ust. 1 uchwały Naczelnej Rady Lekarskiej nr 1/119/01III z dnia 20 stycznia 2001 r. – (http://www.nil.org.pl/jsp/bip/gprawo1.jsp?symbol=Nrl3u&gprawo1_id=1052&subserwis=).

⁴²¹ § 18 ust.1 uchwały Naczelnej Rady Lekarskiej nr 16/08/V z dnia 19 września 2008 r. – (<http://www.nil.org.pl/doc/2667/ru0016-08-V.pdf>).

⁴²² § 14 ust. 1 uchwały nr 2 Komitetu Organizacyjnego Izb Lekarskich z 4 września 1989 r. w sprawie zasad przeprowadzania wyborów delegatów na pierwszy Krajowy Zjazd Lekarzy oraz organów izb lekarskich - *Śłużba Zdrowia*, nr 38 (2175) z dn. 17 września 1989 r., s.5.

⁴²³ § 20 ust. 1 uchwały Naczelnej Rady Lekarskiej nr 20/90/I z dnia 22 czerwca 1990 r. – Biuletyn Naczelnej Rady Lekarskiej, Rok I, nr 5-6, s. 219.

- 2001 r. – 1 delegat na 300 członków okręgowej izby lekarskiej⁴²⁵,
- 2004 r. – 1 delegat na 350 członków okręgowej izby lekarskiej⁴²⁶.

Zestawienie obrazujące zmiany w tych proporcjach pokazuje, iż korporacja lekarska w ciągu 20 lat istnienia zmniejszała liczebność zjazdów. Było to związane ze wzrostem liczebności lekarzy, których w 1989 r. było w Polsce ok. 70 tys., zaś w 2008 już ok. 126 tys. Ciężko byłoby lekarzom organizować tak wielkie zjazdy i podejmować podczas nich decyzje.

Wraz ze zmianami dotyczącymi wielkości zjazdów, modyfikowano także wielkości rejonów wyborczych. Było to powodowane rosnącą liczbą lekarzy, ale także chęcią racjonalizacji samego procesu wyborów. Wielkości rejonów wyborczych prezentowały się na przestrzeni 20 lat działania izb lekarskich następująco:

- 1989 r. – od 20 do 200 lekarzy⁴²⁷,
- 1990 r. – od 20 do 250 lekarzy⁴²⁸,
- 1997 r. – możliwość tworzenia odrębnych rejonów dla lekarzy dentystów,
- 1999 r. – od 25 do 350 lekarzy⁴²⁹,
- 2004 r. – nie mniej niż 35 lekarzy⁴³⁰,
- 2008 r. – nie mniej niż 25 lekarzy⁴³¹.

Naczelna Rada Lekarska od 1997 r. dopuściła tworzenie przez okręgowe rady lekarskie osobnych rejonów wyborczych dla lekarzy dentystów⁴³², co od 2004 r. stało się obowiązkiem⁴³³.

⁴²⁴ § 1 pkt 36 lit. a) uchwały Naczelnej Rady Lekarskiej nr 88/97/II z dnia 15 lutego 1997 r. – Biuletyn Naczelnej Rady Lekarskiej, Rok VIII, nr 3 (35), s.3.

⁴²⁵ § 16 ust. 1 uchwały Naczelnej Rady Lekarskiej nr 1/119/01III z dnia 20 stycznia 2001 r. - (http://www.nil.org.pl/jsp/bip/gprawo1.jsp?symbol=Nrl3u&gprawo1_id=1052&subserwis=).

⁴²⁶ § 19 ust. 1 uchwały Naczelnej Rady Lekarskiej nr 76/04/IV z dnia 23 kwietnia 2004 r. – (<http://www.nil.org.pl/doc/2668/ru076-04-IV.rtf>).

⁴²⁷ § 2 ust. 6 uchwały nr 2 Komitetu Organizacyjnego Izb Lekarskich z 4 września 1989 r. w sprawie zasad przeprowadzania wyborów delegatów na pierwszy Krajowy Zjazd Lekarzy oraz organów izb lekarskich - *Służba Zdrowia*, nr 38 (2175) z dn. 17 września 1989 r., s.5.

⁴²⁸ § 5 ust. 2 uchwały Naczelnej Rady Lekarskiej nr 20/90/I z dnia 22 czerwca 1990 r. - Biuletyn Naczelnej Rady Lekarskiej, Rok I, nr 5-6, s. 214.

⁴²⁹ § 16 ust. 2 uchwały Naczelnej Rady Lekarskiej nr 53/99/III z dnia 22 stycznia 1999 r. – (http://www.nil.org.pl/jsp/bip/gprawo1.jsp?symbol=Nrl3u&gprawo1_id=1076&subserwis=).

⁴³⁰ § 15 ust. 3 uchwały Naczelnej Rady Lekarskiej nr 76/04/IV z dnia 23 kwietnia 2004 r. - (<http://www.nil.org.pl/doc/2668/ru076-04-IV.rtf>).

⁴³¹ § 16 ust. 3 uchwały Naczelnej Rady Lekarskiej nr 16/08/V z dnia 19 września 2008 r. - (<http://www.nil.org.pl/doc/2667/ru0016-08-V.pdf>).

⁴³² § 1 pkt.16 uchwały Naczelnej Rady Lekarskiej nr 88/97/II z dnia 15 lutego 1997 r. – Biuletyn Naczelnej Rady Lekarskiej, Rok VIII, nr 3 (35), s.3.

⁴³³ § 15 ust. 2 uchwały Naczelnej Rady Lekarskiej nr 76/04/IV z dnia 23 kwietnia 2004 r. - (<http://www.nil.org.pl/doc/2668/ru076-04-IV.rtf>).

Oprócz wielkości rejonów wyborczych modyfikowano także wielkość kworum niezbędnego dla ważności zebrania rejonu wyborczego. Do 2008 r. kworum dla zebrania rejonu wyborczego odbywającego się w pierwszym terminie wynosiło 50% członków tego rejonu, z tym zastrzeżeniem, iż do 1997 r. podczas zebrania odbywającego się w drugim terminie wymóg kworum nie obowiązywał. Zmiana regulaminu wyborczego z 1997 r. wprowadziła próg ważności zebrania w drugim terminie w wysokości 25% członków rejonu wyborczego⁴³⁴. W 2004 r. próg ten został obniżony do 20%⁴³⁵. Regulamin wyborczy z 2008 r. kworum 20% zostało wprowadzone dla zebrania rejonu wyborczego odbywającego się już w pierwszym terminie. Dodatkowo wprowadzono możliwość zwołania zebrania rejonu wyborczego w trzecim terminie, przy czym możliwość ta wymaga wniosku 1/5 lekarzy danego rejonu wyborczego⁴³⁶.

W związku z faktem, iż korporacja lekarska utworzona ustawą z 17 maja 1989 r. o izbach lekarskich skupia w sobie zarówno lekarzy, jak i lekarzy dentystów, regulamin wyborów do organów izb przewidywał istnienie „parytetu dentystycznego”, którego celem jest ochrona interesów mniej licznych lekarzy dentystów. § 11 ust. 3 uchwały nr 20/90/I Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 22 czerwca 1990 r. w sprawie regulaminu wyborów do organów samorządu lekarzy oraz trybu odwoływania tych organów i ich członków stanowił, iż „W składzie organów kolegialnych izby należy zapewnić liczbę mandatów dla lekarzy stomatologów proporcjonalną do liczebności tego środowiska lekarskiego. Głosujący winien dokonać wyboru osobno spośród zgłoszonych kandydatów”. W 1997 r. dodano zapis mówiący o tym, iż w przypadku gdy przewodniczącym okręgowej rady lekarskiej lub Prezesem Naczelnej Rady Lekarskiej jest lekarz to jednym z zastępców przewodniczącego lub Wiceprezesów NRL jest dentysta, na którego głosuje się oddzielnie⁴³⁷. W 1999 r. wprowadzono zapis mówiący iż w przypadku kiedy przewodniczącym rady zostanie dentysta obaj jego zastępcy mają być lekarzami⁴³⁸. Nie utrzymał się on jednak w kolejnych wersjach regulaminu

⁴³⁴ § 1 pkt 20 uchwały Naczelnej Rady Lekarskiej nr 88/97/II z dnia 15 lutego 1997 r. – Biuletyn Naczelnej Rady Lekarskiej, Rok VIII, nr 3 (35), s.3.

⁴³⁵ § 12 pkt 3 lit. b uchwały Naczelnej Rady Lekarskiej nr 76/04/IV z dnia 23 kwietnia 2004 r. - (<http://www.nil.org.pl/doc/2668/ru076-04-IV.rtf>).

⁴³⁶ § 9 i § 17 ust. 5 uchwały Naczelnej Rady Lekarskiej nr 16/08/V z dnia 19 września 2008 r. - (<http://www.nil.org.pl/doc/2667/ru0016-08-V.pdf>).

⁴³⁷ § 1 pkt 9 uchwały Naczelnej Rady Lekarskiej nr 88/97/II z dnia 15 lutego 1997 r. – Biuletyn Naczelnej Rady Lekarskiej, Rok VIII, nr 3 (35), s.3.

⁴³⁸ § 15 ust 2 uchwały Naczelnej Rady Lekarskiej nr 53/99/III z dnia 22 stycznia 1999 r. - (http://www.nil.org.pl/jsp/bip/gprawo1.jsp?symbol=Nrl3u&gprawo1_id=1076&subserwis=)).

wyborczego. W 2004 „parytet dentystyczny” rozszerzono też na inne organy izby. Dentystom przypadać miała funkcja zastępcy przewodniczącego sądu lekarskiego, komisji rewizyjnej oraz I lub II zastępcy okręgowego rzecznika odpowiedzialności zawodowej i ich odpowiednikom na szczeblu Naczelnej Izby Lekarskiej⁴³⁹.

Od 1990 r. obok „parytetu dentystycznego” w wyborach organów korporacji lekarskiej funkcjonował także „parytet terytorialny” - § 9 ust. 5 uchwały nr 20/90/I Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 22 czerwca 1990 r. w sprawie regulaminu wyborów do organów samorządu lekarzy oraz trybu odwoływania tych organów i ich członków stanowi, iż „W wyborach organów okręgowej izby lekarskiej obejmującej więcej niż jedno województwo, należy uwzględnić reprezentację przedstawicieli województw objętych obszarem działania izby zachowując proporcjonalny podział mandatów. Głosujący powinien dokonać wyboru odrębnie spośród kandydatów pochodzących z poszczególnych województw.” W związku z reformą administracyjną kraju w 1999 r. izby lekarskie musiały dostosować swój parytet wojewódzki do nowego podziału administracyjnego. „Parytet wojewódzki” ustąpił miejsca „parytetowi delegatur izb lekarskich” - §15 ust. 4 uchwały nr 53/99/III Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 22 stycznia 1999 r. w sprawie regulaminu wyborów do organów izb lekarskich oraz trybu odwoływania tych organów i ich członków mówi, iż „W składzie organów okręgowej izb lekarskich i delegatów na Krajowy Zjazd Lekarzy należy zapewnić liczbę mandatów dla przedstawicieli delegatur proporcjonalną do liczebności ich członków w składzie izby.” Od 2001 zastosowanie tego parytetu jest zależne od woli okręgowego zjazdu lekarzy⁴⁴⁰.

Rosnąca złożoność regulaminu wyborów do organów izb lekarskich spowodowała, iż od 1997 r. komisje wyborcze zarówno na szczeblu krajowym jak i okręgowym miały charakter stały i powoływane były na okres kadencji⁴⁴¹. Komisje odpowiedzialne były za:

- przygotowanie wyborów
- organizowanie wyborów
- przeprowadzanie wyborów
- nadzorowanie wyborów

⁴³⁹ § 14 ust. 2 uchwały Naczelnej Rady Lekarskiej nr 76/04/IV z dnia 23 kwietnia 2004 r. - (<http://www.nil.org.pl/doc/2668/ru076-04-IV.rtf>).

⁴⁴⁰ § 12 ust. 4 uchwały Naczelnej Rady Lekarskiej nr 1/119/01III z dnia 20 stycznia 2001 r. - (http://www.nil.org.pl/jsp/bip/gprawo1.jsp?symbol=Nrl3u&gprawo1_id=1052&subserwis=).

⁴⁴¹ § 1 pkt 17 i 18 uchwały Naczelnej Rady Lekarskiej nr 88/97/II z dnia 15 lutego 1997 r. – Biuletyn Naczelnej Rady Lekarskiej, Rok VIII, nr 3 (35), s.3.

- ogłaszanie i publikacja wyników
- przyjmowanie protestów wyborczych i w przypadku Krajowej Komisji Wyborczej rozpatrywanie ich.

Komisje wyborcze musiały liczyć na szczeblu okręgowym co najmniej 5, a na szczeblu krajowym co najmniej 15 osób.

Inne obszary, w których samorząd lekarski dokonywał istotnych zmian to:

- Tryb odwoływania organów i delegatów
- Wybory uzupełniające
- Tryb rozpatrywania protestów wyborczych

Ważną innowacją było także wprowadzenie w 2004 r. możliwości używania systemu elektronicznego liczenia głosów podczas obrad zjazdów lekarzy i posiedzeń organów kolegialnych samorządu⁴⁴².

Strukturę organów samorządu działających w oparciu o ustawę z dnia 17 maja 1989 r. o izbach lekarskich należy ocenić pozytywnie. Nawiązywała ona do przedwojennej konstrukcji organów samorządu, którą wzbogacono o zjazdy lekarzy. Wynikało to w głównej mierze z faktu, iż liczba lekarzy pod koniec XX w. było zdecydowanie wyższa niż w okresie międzywojennym. Dzięki zjazdom lekarzy na szczeblu okręgowym i krajowym więcej członków samorządu miało szansę aktywnie uczestniczyć w pracach samorządu przez co izby lekarskie były bliższe swoim członkom. Zarówno na szczeblu Naczelnej Izby Lekarskiej jak i izb okręgowych wyraźnie rozdzielono kompetencje organów stanowiących, wykonawczych, kontrolnych oraz sądów lekarskich i rzeczników odpowiedzialności zawodowej. Przyjęte rozwiązania organizacyjne mające zabezpieczyć interesy lekarzy dentyków stanowiących mniejszość członków i mających specyficzne problemy w wykonywaniu zawodu również okazały się wydajne, o czym świadczy zanik dążeń stomatologów do powołania własnej korporacji Izby lekarskie wykorzystały także możliwość tworzenia dodatkowych ciał, nie opisanych w ustawie z dnia 17 maja 1989 r. o izbach lekarskich (komisje i zespoły problemowe, delegatury izb okręgowych czy ośrodki), które „przybliżyły” izby do lekarzy lub zajmowały się konkretnymi zadaniami, z jakimi samorząd lekarski musiał się zmierzyć. Dzięki temu system organów izb lekarskich działał efektywnie.

⁴⁴² § 49 uchwały Naczelnej Rady Lekarskiej nr 76/04/IV z dnia 23 kwietnia 2004 r. - (<http://www.nil.org.pl/doc/2668/ru076-04-IV.rtf>).

Wątpliwości autora wzbudza struktura liczba powołanych okręgowych izb lekarskich, o czym była mowa w punkcie 5.2 rozdziału II. Co prawda to sami lekarze zdecydowali o powołaniu 23 izb okręgowych, jednak rodzi się pytanie, czy po reformie podziału administracyjnego kraju nie byłoby lepiej dostosować do niego struktury terytorialnej samorządu lekarskiego. Ułatwiłoby to z pewnością kontakty samorządu z administracją publiczną i oddziałami wojewódzkimi Narodowego Funduszu Zdrowia oraz zwiększyłyby potencjał finansowy i organizacyjny izb okręgowych. Rozwiązaniem problemu zbyt dużej odległości do siedziby izby oraz zaspokojenia lokalnych ambicji jest model przyjęty przez Wielkopolską Izbę Lekarską, a mianowicie tworzenie delegatur w ważniejszych ośrodkach miejskich na terenie województwa.

Zdecydowanie większym problemem samorządu lekarskiego w latach 1989 - 2009 był system wyborów organów samorządu lekarskiego. Przez 20 lat funkcjonowania korporacji lekarzy prawo wyborcze tej organizacji zmieniało się aż 12 razy. Pierwsza „ordynacja wyborcza” izb lekarskich liczyła jedynie 19 paragrafów i mieściła się na jednej stronie tygodnika „Służba Zdrowia”, który użyczał swoich łam Komitetowi Organizacyjnemu Izb Lekarskich. Obowiązujący w 2009 r. regulamin wyborczy liczył już 53 paragrafy i zajmował, razem z załącznikami 95 stron formatu A4. Uszczegółowianie przepisów prawa wyborczego przez izby lekarskie było odpowiedzią na problemy jakie napotykała korporacja lekarzy w czasie wyborów – procedury odwoływania organów, wyborów uzupełniających czy protestów wyborczych pojawiły się ze względu na to, iż były po prostu potrzebne. Jednak nie długość, czy poziom złożoności przepisów regulaminu wyborczego jest problemem. Problemem jest niska frekwencja w wyborach do organów izb lekarskich. Niestety Naczelna Izba Lekarska nie gromadziła danych dotyczących frekwencji wyborczej, jednak zmiany dotyczące quorum wyborczego czy ogólnej liczby członków zjazdów okręgowych pozwalają sądzić, iż było to poważne zmartwienie samorządu lekarskiego. Konieczne stało się wprowadzenie do regulaminu wyborczego zapisów dotyczących ogólnej liczby członków i quorum wyborczego na okręgowym zjeździe lekarzy. Paragraf 2 pkt. 7 uchwały nr 16/08/V Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 19 września 2008 r. w sprawie regulaminu wyborów do organów izb lekarskich i delegatów na Krajowy Zjazd Lekarzy oraz trybu odwoływania członków tych organów i tych delegatów po nowelizacji z dnia 12 grudnia 2008 r. uzyskał brzmienie: „użyte w uchwale określenia oznaczają: ogólna liczba członków organu – liczbę członków innego niż okręgowy zjazd lekarzy Organu izby lekarskiej, ustaloną na podstawie

przepisów ustawy i uchwały, a w przypadku okręgowego zjazdu lekarzy – liczbę wybranych delegatów na okręgowy zjazd lekarzy równą co najmniej połowie liczby mandatów ustalonych przez okręgową komisję wyborczą, zgodnie z przepisami uchwały, jednak nie mniejszą niż 40 osób;”. Kworum wyborcze ustalono w tej samej nowelizacji na połowę ogólnej liczby członków, jednak nie mniej niż 25 osób. Widać zatem, że korporacja lekarzy miała problem z obsadzeniem wszystkich miejsc na zjazdach okręgowych.

Aby bronić się przed zarzutem, iż organy wybrane przy niskiej frekwencji nie są reprezentatywne od 2004 r. warunkiem uzyskania mandatu jest zyskanie liczby głosów nie mniejszej niż 5% ogólnej liczby członków zgromadzenia wyborczego, jednak nie mniej niż 3 głosy, zachowaniem wymogów większości.⁴⁴³

Problem z frekwencją wyborczą był po części wynikiem archaicznego sposobu wybierania delegatów na zjazd – podczas zebrań wyborczych. Był to relikw z czasów PRL, kiedy tworzono ustawę o izbach lekarskich i kiedy zebrania były podstawową formą życia obywatelskiego. Po 1989 r. kiedy lekarze zaczęli pracować na kilku etatach i mieć wiele dyżurów ciężko było im znaleźć termin, który pasowałby wszystkim członkom rejonu wyborczego. Z drugiej strony można ten fakt traktować jako efekt braku zainteresowania lekarzy działaniem izb.

⁴⁴³ § 3 ust 6 uchwały nr 76/04/IV Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 23 kwietnia 2004 r. w sprawie regulaminu wyborów do organów izb lekarskich i delegatów na Krajowy Zjazd Lekarzy oraz trybu odwoływania członków tych organów i tych delegatów.

Rozdział IV

Realizacja zadań ustawowych przez samorząd lekarski w latach 1989 – 2009

Ustawa z dnia 17 maja 1989 r. o izbach lekarskich w art. 4 ust. 1 określiła zadania samorządu lekarskiego. Ustawodawca postawił przed izbami lekarskimi dziewięć zadań:

- 1) sprawowanie pieczy i nadzoru nad należyтым i sumiennym wykonywaniem zawodu lekarza,
- 2) ustanawianie obowiązujących wszystkich lekarzy zasad etyki i deontologii zawodowej oraz dbałość o ich przestrzeganie,
- 3) reprezentowanie i ochrona zawodu lekarza,
- 4) integrowanie środowiska lekarskiego,
- 5) zajmowanie stanowiska w sprawach stanu zdrowotności społeczeństwa, polityki zdrowotnej państwa oraz organizacji ochrony zdrowia,
- 6) współpraca z towarzystwami naukowymi, szkołami wyższymi i jednostkami badawczo-rozwojowymi w kraju i za granicą,
- 7) prowadzenie instytucji samopomocowych i innych form pomocy materialnej dla lekarzy i ich rodzin,
- 8) zarządzanie majątkiem i działalnością gospodarczą izb lekarskich,
- 9) wykonywanie innych zadań określonych odrębnymi przepisami.

W poniższym rozdziale omówione zostanie osiem zadań własnych izb lekarskich.

1. *Sprawowanie pieczy i nadzoru nad należyтым i sumiennym wykonywaniem zawodu lekarza*

Narzędziami jakimi posługiwał się samorząd zawodowy lekarzy w celu sprawowania pieczy i nadzoru nad należyтым i sumiennym wykonywaniem zawodu lekarza przez izby lekarskie w latach 1989 – 2009 były:

- prawo wykonywania zawodu przyznawane przez samorząd lekarski,
- rejestry lekarzy i praktyk lekarskich,
- organizacja i nadzór nad kształceniem podyplomowym lekarzy,
- postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy.

1.1 Prawo wykonywania zawodu lekarza

Prawo wykonywania zawodu lekarza okręgowa rada lekarska przyznawała na podstawie art. 25 pkt 1 ustawy z dnia 17 maja 1989 r. W początkowym okresie

działania samorządu lekarskiego, ze względu na fakt, iż Minister Zdrowia i Opieki Społecznej nie wydał rozporządzeń wykonawczych do ustawy z dnia 17 maja 1989 r., Naczelna Rada Lekarska postanowiła w sposób tymczasowy uregulować wydawanie zaświadczeń o prawie wykonywania zawodu. Uchwała nr 7/90/I pozwalała okręgowym radom lekarskim na wydawanie tymczasowych zaświadczeń o prawie wykonywania zawodu lekarza i zobowiązała je do stworzenia rejestru wydanych tymczasowych zaświadczeń⁴⁴⁴. Sprawa wydawania takich zaświadczeń lekarzom cudzoziemcom została uregulowana na trzecim posiedzeniu NRL w marcu.⁴⁴⁵ Pozwoliło to okręgowym izbom lekarskim na rozpoczęcie budowy własnego rejestru lekarzy i stopniowe przejmowanie tego zadania z rąk administracji państwowej. Pełną odpowiedzialność za stwierdzanie prawa wykonywania zawodu lekarza i prowadzenie rejestru lekarzy samorząd lekarski przejął 4 czerwca 1990 r. kiedy weszło w życie Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 27 kwietnia 1990 r. w sprawie trybu postępowania w sprawach stwierdzania prawa wykonywania zawodu lekarza i prowadzenia rejestru lekarzy (Dz. U. 1990 r., nr 32, poz. 194).

Dysponując już podstawą prawną Naczelna Rada Lekarska określiła szczegółowy tryb stwierdzania prawa wykonywania zawodu lekarza. Kwestię tę, w latach 1990 – 1997, regulowało 8 uchwał:

- Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 21/90/I z dnia 23 czerwca 1990 r. w sprawie szczegółowego trybu postępowania w sprawie stwierdzania prawa wykonywania zawodu lekarza i prowadzenia rejestru lekarzy
- Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 26/90/I z dnia 5 października 1990 r. w sprawie zmiany uchwały nr 21/90/I w sprawie szczegółowego trybu postępowania w sprawie stwierdzania prawa wykonywania zawodu lekarza i prowadzenia rejestru lekarzy,
- Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 58/92/I z dnia 15 lutego 1992 r. w sprawie zmiany uchwały NRL nr 21/90/I w sprawie szczegółowego trybu postępowania w sprawie stwierdzania prawa wykonywania zawodu lekarza i prowadzenia rejestru lekarzy,

⁴⁴⁴ Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 7/90/I z dnia 30 stycznia 1990 r. - Biuletyn Naczelnej Rady Lekarskiej, Rok 1, nr 2, s. 71.

⁴⁴⁵ Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 12/90/I z dnia 27 marca 1990 r. – Biuletyn Naczelnej Rady Lekarskiej, Rok 1, nr 3, s. 111. zob. także Uchwała Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej nr 15/90 z dnia 26 marca 1990 w sprawie trybu wyrażania zgody na wydanie prawa wykonywania zawodu dla lekarzy cudzoziemców - Biuletyn Naczelnej Rady Lekarskiej, Rok 1, nr 3, s. 113.

- Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 73/92/I z dnia 12 września 1992 r. w sprawie zmiany uchwały w sprawie szczegółowego trybu postępowania w sprawach stwierdzania prawa wykonywania zawodu lekarza,
- Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 75/92/I z dnia 14 listopada 1992 r. w sprawie zmiany uchwały w sprawie szczegółowego trybu postępowania w sprawach stwierdzania prawa wykonywania zawodu lekarza i prowadzeniu rejestru lekarzy,
- Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 99/93/I z dnia 5 czerwca 1993 r. w sprawie szczegółowego trybu postępowania w sprawach stwierdzania prawa wykonywania zawodu lekarza (lekarza stomatologa) i prowadzeniu rejestrów lekarzy (lekarzy stomatologów),
- Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 121/93/I z dnia 6 listopada 1993 r. w sprawie zmiany uchwały w sprawie szczegółowego trybu postępowania w sprawach stwierdzania prawa wykonywania zawodu i prowadzenia rejestru lekarzy,
- Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 23/94/II z dnia 18 czerwca 1994 r. w sprawie zmiany uchwały w sprawie szczegółowego trybu postępowania w sprawach stwierdzania prawa wykonywania zawodu lekarza (lekarza stomatologa) i prowadzeniu rejestrów lekarzy (lekarzy stomatologów).

Dwie spośród nich, nr 21/90/I i nr 99/93/I, wprowadzały nowe zasady stwierdzania prawa wykonywania zawodu lekarza. Pozostałe 6 to ich nowelizacje.

W związku z wejściem w życie dnia 27 września 1997 r. ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza (Dz. U. 1997 r., nr 28, poz. 152), która stanowiła nową podstawę prawną dla wydawania przez samorząd lekarski prawa wykonywania zawodu, Naczelna Rada Lekarska podjęła uchwałę nr 104/97/II z dnia 26 września 1997 r. w sprawie szczegółowego trybu postępowania w sprawach przyznawania prawa wykonywania zawodu lekarza i lekarza stomatologa oraz prowadzenia rejestru lekarzy. Wprowadzała ona Regulamin szczegółowego postępowania w sprawach przyznawania prawa wykonywania zawodu lekarza i lekarza stomatologa, wpisywania na listę członków okręgowej izby lekarskiej i wpisu do okręgowego rejestru lekarzy oraz prowadzenia rejestru lekarzy. Do roku 2009 był on modyfikowany 12 – krotnie uchwałami Naczelnej Rady Lekarskiej:

- nr 65/99/III z dnia 19 czerwca 1999 r. w sprawie zmiany trybu postępowania w sprawach przyznawania prawa wykonywania zawodu lekarza,

- nr 78/99/III z dnia 14 października 1999 r. w sprawie zmiany uchwały nr 65/99/III w sprawie zmiany trybu postępowania w sprawach przyznawania prawa wykonywania zawodu lekarza,
- nr 27/111/00/III z dnia 17 listopada 2000 r. o zmianie uchwały Nr 104/97/II w sprawie szczegółowego trybu postępowania w sprawach przyznawania prawa wykonywania zawodu lekarza i lekarza stomatologa oraz prowadzenia rejestrów lekarzy,
- nr 42/03/IV z dnia 21 lutego 2003 r. zmieniająca uchwałę w sprawie szczegółowego trybu postępowania w sprawach przyznawania prawa wykonywania zawodu lekarza i lekarza stomatologa oraz prowadzenia rejestrów lekarzy,
- nr 81/04/IV z dnia 23 kwietnia 2004 r. zmieniająca uchwałę w sprawie szczegółowego trybu postępowania w sprawach przyznawania prawa wykonywania zawodu lekarza i lekarza stomatologa oraz prowadzenia rejestrów lekarzy,
- nr 92/04/IV z dnia 17 września 2004 r. zmieniająca uchwałę w sprawie szczegółowego trybu postępowania w sprawach przyznawania prawa wykonywania zawodu lekarza i lekarza dentysty oraz prowadzenia rejestru lekarzy,
- nr 114/05/IV z dnia 16 września 2005 r. zmieniająca uchwałę w sprawie szczegółowego trybu postępowania w sprawach przyznawania prawa wykonywania zawodu lekarza i lekarza dentysty oraz prowadzenia rejestru lekarzy,
- nr 119/05/IV z dnia 16 grudnia 2005 r. zmieniająca uchwałę w sprawie szczegółowego trybu postępowania w sprawach przyznawania prawa wykonywania zawodu lekarza i lekarza dentysty oraz prowadzenia rejestru lekarzy,
- nr 33/06/V z dnia 17 listopada 2006 r. zmieniająca uchwałę w sprawie trybu postępowania w sprawach przyznawania prawa wykonywania zawodu lekarza i lekarza dentysty oraz prowadzenia rejestru lekarzy,
- nr 12/07/V z dnia 22 czerwca 2007 r. zmieniająca uchwałę w sprawie szczegółowego trybu postępowania w sprawach przyznawania prawa wykonywania zawodu lekarza i lekarza dentysty oraz prowadzenia rejestru lekarzy,

- nr 12/08/V z dnia 27 czerwca 2008 r. zmieniająca uchwałę w sprawie szczegółowego trybu postępowania w sprawach przyznawania prawa wykonywania zawodu lekarza i lekarza dentysty oraz prowadzenia rejestru lekarzy,
- nr 3/09/V z dnia 13 lutego 2009 r. zmieniająca uchwałę w sprawie szczegółowego trybu postępowania w sprawach przyznawania prawa wykonywania zawodu lekarza i lekarza dentysty oraz prowadzenia rejestru lekarzy.

Z kolei tryb przyznawania prawa wykonywania zawodu lekarzom cudzoziemcom regulowały uchwały NRL:

- nr 94/93/I z dnia 24 kwietnia 1993 r. w sprawie trybu i zasad postępowania o stwierdzenie prawa wykonywania zawodu lekarza (lekarza stomatologa) przez cudzoziemców,
- nr 25/94/II z dnia 16 września 1994 r. w sprawie zmiany uchwały nr 94/93/I w sprawie trybu i zasad postępowania o stwierdzenie prawa wykonywania zawodu lekarza (lekarza stomatologa) przez cudzoziemców,
- nr 31/94/II z dnia 18 listopada 1994 r. w sprawie zmiany uchwały nr 94/93/I w sprawie trybu i zasad postępowania o stwierdzenie prawa wykonywania zawodu lekarza (lekarza stomatologa) przez cudzoziemców.

Od 1997 r. kwestia ta uregulowana była Regulaminem szczegółowego postępowania w sprawach przyznawania prawa wykonywania zawodu lekarza i lekarza stomatologa, wpisywania na listę członków okręgowej izby lekarskiej i wpisu do okręgowego rejestru lekarzy oraz prowadzenia rejestru lekarzy, stanowiącym załącznik do uchwały Naczelnej Rady Lekarskiej nr 104/97/II.

W myśl zasad ustalonych przez Naczelną Radę Lekarską prawo wykonywania zawodu przyznawała, na wniosek zainteresowanego lekarza, okręgowa rada lekarska w drodze uchwały⁴⁴⁶. Oznaczała ona równocześnie wciągnięcie danego lekarza na listę członków danej okręgowej izby lekarskiej i do okręgowego rejestru lekarzy⁴⁴⁷. Decyzje te okręgowe rady lekarskie podejmowały w oparciu o przedłożone przez lekarzy

⁴⁴⁶ §8 ust. 1 uchwały Naczelnej Rady Lekarskiej nr 21/90/ I z dnia 23 czerwca 1990 r. – Biuletyn Naczelnej Rady Lekarskiej, Rok I, nr 5-6, s. 227, § 7 ust. 1 uchwały Naczelnej Rady Lekarskiej nr 99/93/I z dnia 5 czerwca 1993 r. – Biuletyn Naczelnej Rady Lekarskiej, Rok IV, nr 3-4 (21-22), s. 148 i § 7 uchwały Naczelnej Rady Lekarskiej nr 104/97/II z dnia 26 września 1997 r. – Biuletyn Naczelnej Rady Lekarskiej, Rok VIII, nr 6 (38), s. 1.

⁴⁴⁷ § 7 uchwały Naczelnej Rady Lekarskiej nr 104/97/II z dnia 26 września 1997 r. – Biuletyn Naczelnej Rady Lekarskiej, Rok VIII, nr 6 (38), s. 1.

dokumenty, m. in.: kserokopię dowodu osobistego lub paszportu, kopię dyplomu lekarza, orzeczenie o stanie zdrowia, oświadczenie o posiadaniu pełnej zdolności do czynności prawnych oraz oświadczenie wnioskodawcy o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych⁴⁴⁸.

Prowadzeniem spraw związanych z przyznawaniem prawa wykonywania zawodu i prowadzeniem rejestru lekarzy zajmowały się, powoływane przez okręgowe rady lekarskie, zespoły⁴⁴⁹ a od 1997 r. komisje ds. rejestracji lekarzy⁴⁵⁰. Na szczeblu Naczelnej Izby Lekarskiej nadzorem nad realizacją zadań w tym zakresie zajmowała się Komisja Organizacyjna Naczelnej Rady Lekarskiej⁴⁵¹.

Uchwała okręgowej rady lekarskiej o przyznaniu prawa wykonywania zawodu była podstawą do wydania lekarzowi dokumentu „Prawo wykonywania zawodu” lub „Ograniczone prawo wykonywania zawodu” w przypadku lekarzy stażystów⁴⁵².

Zgodnie z art. 1 ust.2 ustawy z dnia 20 lipca 1950 r. o zawodzie felczera (Dz. U. 2004 r., nr 53, poz. 531) Naczelna Rada Lekarska przyznawała także prawo wykonywania zawodu i używania tytułu felczera. Powierzenie tego zadania samorządowi lekarskiemu, które wcześniej wykonywał Minister Zdrowia⁴⁵³, wynikało z konieczności dostosowania polskiego prawa do przepisów obowiązujących w Unii Europejskiej. W Polsce od wielu lat nie kształci się felczerów, jednak na wypadek gdyby felczer z kraju członkowskiego UE chciał podjąć pracę w Polsce, należało przewidzieć tryb uzyskania przez niego prawa wykonywania zawodu w naszym kraju.

Tryb postępowania w sprawach przyznawania prawa wykonywania zawodu felczera określały:

- Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 087/04/IV dnia 18 czerwca 2004 r. w sprawie szczegółowego trybu postępowania w sprawach

⁴⁴⁸ § 11 ust. 1 pkt 2 Regulaminu szczegółowego postępowania w sprawach przyznawania prawa wykonywania zawodu lekarza i lekarza stomatologa, wpisywania na listę członków okręgowej izby lekarskiej i wpisu do okręgowego rejestru lekarzy oraz prowadzenia rejestru lekarzy – zał. 1 do uchwały Naczelnej Rady Lekarskiej nr 104/97/II z dnia 26 września 1997 r. – Załącznik do Obwieszczenia Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej nr 6/08/V z dnia 1 października 2008 r. (http://www.nil.org.pl/doc/1084/ro0006-08-V_zalacznik.pdf).

⁴⁴⁹ § 3 uchwały Naczelnej Rady Lekarskiej nr 99/93/I z dnia 5 czerwca 1993 r. – Biuletyn Naczelnej Rady Lekarskiej, Rok IV, nr 3-4 (21-22), s. 143.

⁴⁵⁰ § 18 ust. 1 uchwały Naczelnej Rady Lekarskiej nr 104/97/II z dnia 26 września 1997 r. – Załącznik do Obwieszczenia Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej nr 6/08/V z dnia 1 października 2008 r. (http://www.nil.org.pl/doc/V_zalacznik.pdf).

⁴⁵¹ § 19 ust. 1 uchwały Naczelnej Rady Lekarskiej nr 104/97/II z dnia 26 września 1997 r. – Biuletyn Naczelnej Rady Lekarskiej, Rok VIII, nr 6 (38), s. 2.

⁴⁵² § 8 uchwały Naczelnej Rady Lekarskiej nr 104/97/II z dnia 26 września 1997 r. – Biuletyn Naczelnej Rady Lekarskiej, Rok VIII, nr 6 (38), s. 1.

⁴⁵³ Art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 20 lipca 1950 r. o zawodzie felczera (Dz. U. 1950 r., nr 36 poz. 336).

przyznawania prawa wykonywania zawodu felczera oraz prowadzenia rejestru felczerów,

- Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 118/05/IV z dnia 16 grudnia 2005 r. zmieniająca uchwałę w sprawie szczegółowego trybu postępowania w sprawach przyznawania prawa wykonywania zawodu felczera oraz prowadzenia rejestru felczerów.

Zgodnie z tymi regulacjami przyznanie prawa wykonywania zawodu felczera następowało na jego wniosek, do którego felczer zobowiązany był dołączyć m. in dokumenty potwierdzające ukończenie liceum felczerskiego lub szkoły felczerskiej w Polsce lub dyplom wydany w państwie innym niż państwo członkowskie Unii Europejskiej, uznany w Rzeczypospolitej Polskiej za równoważny na podstawie umów międzynarodowych lub odrębnych przepisów, pełną zdolność do czynności prawnych czy stan zdrowia pozwalający na wykonywanie zawodu felczera⁴⁵⁴.

Naczelna Rada Lekarska przyznawała prawo wykonywania zawodu felczera w drodze uchwały, w której ponadto orzekała o dokonaniu wpisu felczera do rejestru felczerów oraz nadawała numer prawa wykonywania zawodu felczera⁴⁵⁵.

1.2 Rejestry lekarzy i praktyk lekarskich

W latach 1989 – 2009 izby lekarskie prowadziły:

- okręgowe rejestry lekarzy i Centralny Rejestr Lekarzy,
- rejestr lekarzy ukaranych,
- rejestr praktyk lekarskich,
- rejestr felczerów.

Akty prawne i uchwały Naczelnej Rady Lekarskiej regulujące przyznawanie prawa wykonywania zawodu lekarza określały również zasady prowadzenia okręgowych rejestrów lekarzy i Centralnego Rejestru Lekarzy, co od 2001 r. stało się obowiązkiem powierzonym izbom lekarskim w ustawie o izbach lekarskich⁴⁵⁶.

§ 13 Rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 27 kwietnia 1990 r. w sprawie trybu postępowania w sprawach stwierdzania prawa wykonywania zawodu lekarza i prowadzenia rejestru lekarzy zakładał, iż wojewodowie przekażą okręgowym radom lekarskim, w ciągu 30 dni od dnia wejścia w życie rozporządzenia,

⁴⁵⁴ Art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 20 lipca 1950 r. o zawodzie felczera (Dz. U. 2004 r., nr 53, poz. 531).

⁴⁵⁵ § 3 ust. 1 uchwały Naczelnej Rady Lekarskiej nr 87/04/IV z dnia 18 czerwca 2004 r. – (<http://www.nil.org.pl/doc/1311/ru087-04-IV.rtf>).

⁴⁵⁶ zob. Rozdział II pkt 6, s. 75.

dotychczasową dokumentację rejestracyjną lekarzy wykonujących zawód na obszarze swoich województw. Informacje te w połączeniu z tymczasowymi rejestrami stworzonymi w oparciu o uchwałę NRL nr 7/90/I dały początek okręgowym rejestrów lekarzy. Rozporządzenie w § 11 ust. 2 zakładało, że rejestr będzie obejmował dane o:

1. imieniu, nazwisku i dacie urodzenia,
2. zaświadczeniach o prawie wykonywania zawodu,
3. numerze rejestracyjnym, ustalonym na podstawie wcześniej obowiązujących przepisów,
4. uzyskanych przez lekarza specjalizacjach oraz stopniach i tytułach naukowych,
5. stosunku do służby wojskowej,
6. adresie zamieszkania,
7. miejscu wykonywania zawodu,
8. województwie na terenie którego lekarz wykonywał zawód,
9. innych adnotacjach urzędowych związanych z wykonywaniem zawodu.

Naczelna Rada Lekarska uchwałą nr 21/90/I z dnia 23 czerwca 1990 r. w sprawie szczegółowego trybu postępowania w sprawie stwierdzenia prawa wykonywania zawodu lekarza i prowadzenia rejestru lekarzy zdecydowała, że okręgowe rejestry lekarzy miały obejmować dane wymienione w rozporządzeniu. Jednak w uchwałą nr 99/93/I z dnia 5 czerwca 1993 r. w sprawie szczegółowego trybu postępowania w sprawach stwierdzenia prawa wykonywania zawodu lekarza (lekarza stomatologa) i prowadzeniu rejestrów lekarzy (lekarzy stomatologów) rozszerzyła katalog informacji gromadzonych o lekarzach w rejestrach, które miały mieć charakter komputerowy. Zgodnie z § 12 ust. 3 tej uchwały rejestr obejmować miał:

1. numer rejestracyjny zdefiniowany wraz z datą rejestracji w okręgowej izbie lekarskiej,
2. numer prawa wykonywania zawodu nadany przez organ wojewódzki przed wejściem w życie ustawy o izbach lekarskich lub przez okręgową izbę lekarską przed wejściem w życie uchwały nr 99/93/I,
3. imię i nazwisko lekarza,
4. nazwisko rodowe i poprzednie, jeżeli dokumenty opiewają na inne nazwisko niż obecne,
5. numer ewidencyjny PESEL,
6. miejsce urodzenia,

7. obywatelstwo,
8. numer dyplomu uczelni medycznej i datę jego wydania,
9. nazwę ukończonej uczelni medycznej, jej siedzibę i wydział,
10. rok ukończenia studiów i datę rozpoczęcia wykonywania zawodu,
11. datę ukończenia stażu podyplomowego,
12. rodzaj i stopień specjalizacji oraz datę jej uzyskania,
13. rodzaj i datę uzyskania stopnia naukowego,
14. rodzaj i datę uzyskania tytułu naukowego,
15. stosunek do służby wojskowej,
16. adres zamieszkania,
17. nazwę, adres zakładu pracy i miejsca pracy, numer statystyczny REGON oraz datę zatrudnienia – od...do..., (dla każdego kolejnego zakładu pracy, poczynając od momentu rejestracji lekarza w rejestrze),
18. stanowiska,
19. nr renty lub emerytury i datę uzyskania,
20. znajomość języków obcych i stopień ich znajomości,
21. przynależność do towarzystw lekarskich,
22. funkcje pełnione w samorządzie lekarskim i daty wyboru i zakończenia pełnienia funkcji,
23. informacje o studiach nie medycznych,
24. czas trwania ostatniej przerwy w wykonywaniu zawodu,
25. informacje o skarleniu z rejestru w związku z przeniesieniem się lekarza na teren innej izby,
26. inne informacje uznane przez izbę okręgową za istotne dla jej działalności.

Samorząd lekarski w okresie 1993 – 2009 cały czas poszerzał katalog gromadzonych w rejestrach informacji. Zgodnie z § 14 ust. 1 tekstu jednolitego uchwały nr 104/97/I z dnia 26 września 1997 r. opublikowanej jako załącznik do obwieszczenia Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej nr 6/08/V z dnia 1 października 2008 r. okręgowe rejestry lekarzy obejmować miały:

1. tytuł zawodowy,
2. imię i nazwisko,
3. płeć,
4. nazwisko rodowe i poprzednie,
5. imiona rodziców,

6. miejsce urodzenia,
7. numer ewidencyjny PESEL,
8. datę urodzenia i numer paszportu w odniesieniu do lekarza z UE i lekarza cudzoziemca, który nie posiada numeru ewidencyjnego PESEL,
9. numer NIP,
10. obywatelstwo (obywatelstwa),
11. numer prawa wykonywania zawodu (ograniczonego prawa wykonywania zawodu) i numer odpowiedniej uchwały okręgowej rady lekarskiej lub Naczelnej Rady Lekarskiej wraz z datą jej podjęcia,
12. numer rejestracyjny oraz kolejne zmiany tego numeru wraz z datą wpisu do rejestru i numerem uchwały okręgowej rady lekarskiej w przypadku przeniesienia do innej izby,
13. numer dotychczasowych zaświadczeń o prawie wykonywania zawodu z określeniem organu wydającego zaświadczenie i datą wydania,
14. informację o posiadaniu prawa wykonywania zawodu w innym państwie,
15. informację o ograniczeniach w wykonywaniu zawodu,
16. nazwę ukończonej wyższej uczelni medycznej, jej siedzibę i wydział,
17. numer dyplomu wyższej uczelni medycznej i datę wydania,
18. rok ukończenia studiów,
19. datę w rozpoczęcia wykonywania zawodu po ukończeniu stażu podyplomowego,
20. datę i miejsce ukończenia stażu podyplomowego lub praktyki przygotowawczej lekarsko dentystycznej,
21. informacje o złożeniu egzaminu państwowego,
22. rodzaj i stopień posiadanej specjalizacji oraz datę jej uzyskania i nazwę jednostki przyznającej specjalizację,
23. rodzaj umiejętności medycznej oraz datę jej uzyskania i nazwę jednostki stwierdzającej posiadanie umiejętności,
24. rodzaj i datę uzyskania stopnia naukowego i nazwę jednostki nadającej stopień,
25. rodzaj i datę uzyskania tytułu naukowego i nazwę jednostki nadającej tytuł,
26. nazwę, adres miejsca pracy, numer telefonu i faksu, numer poczty elektronicznej, numer statystyczny REGON oraz datę zatrudnienia od... – do..., stanowisko (dla każdego kolejnego pracodawcy lub miejsca, poczynając od daty rozpoczęcia wykonywania zawodu), informacje o prowadzeniu indywidualnej

praktyki lekarskiej, indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej lub udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach grupowej praktyki lekarskiej wraz z numerem wpisu do właściwego rejestru praktyk lekarskich w tym odpowiednio na obszarze innego niż Rzeczpospolita Polska państwa członkowskiego UE,

27. datę rozpoczęcia ostatniej przerwy w wykonywaniu zawodu na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej,
28. informację o zaprzestaniu wykonywania zawodu na czas nieokreślony na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej,
29. informację o zawieszeniu wykonywania zawodu,
30. informację o podjęciu wykonywania zawodu na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej,
31. informację o przebywaniu na emeryturze lub rencie, datę przyznania, nazwę organu wydającego decyzję,
32. stosunek do służby wojskowej,
33. adres zamieszkania, numer telefonu i faksu, adres poczty elektronicznej,
34. adres do korespondencji, numer telefonu i faksu, adres poczty elektronicznej,
35. kod jednostki terytorialnej dla celów statystycznych (NTS) – miejsca stałego zamieszkania,
36. znajomość języków obcych i stopień ich znajomości,
37. funkcje pełnione w samorządzie lekarskim, datę wyboru i zakończenia pełnienia funkcji,
38. informacje o ukończonych wyższych studiach innych niż medyczne,
39. datę ważności zezwolenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej na wykonywanie zawodu lekarza (tylko dla lekarzy cudzoziemców, którzy uzyskali to zezwolenie przed dniem 27 września 1997 r.),
40. numer seryjny i datę wystawienia dokumentu uprawniającego do wykonywania zawodu,
41. numer seryjny i datę wydania duplikatu dokumentu uprawniającego do wykonywania zawodu,
42. informację o skreśleniu z rejestru,
43. identyfikator operatora rejestru i data pierwszego wprowadzenia danych,
44. liczbę punktów edukacyjnych, uzyskanych zgodnie z przepisami o obowiązku doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentyków.

Z powyższego zestawienia widać, że okręgowe izby lekarskie wiedziały niemal wszystko o zawodowym życiu swoich członków.

Decyzję o utworzeniu Centralnego Rejestru Lekarzy Naczelna Rada Lekarska podjęła w 1993 r.⁴⁵⁷. Został on jednak formalnie przyjęty do eksploatacji 31 grudnia 2002 r. Był on tworzony w oparciu o dane z rejestrów okręgowych, z systemu PESEL i z rejestru lekarzy, lekarzy dentyistów, felczerów i starszych felczerów, którzy zgłosili wnioski w sprawie upoważnienia ich do wystawiania zaświadczeń lekarskich prowadzonego przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych.

Centralny Rejestr Lekarzy gromadził te same dane co rejestry okręgowe z wyłączeniem niektórych informacji np. na temat posiadania przez lekarza prawa wykonywania zawodu w innym państwie czy znajomości języków obcych⁴⁵⁸. Zawierał jednak dane archiwalne o lekarzach pochodzące nie tylko z archiwów okręgowych rejestrów lekarzy ale również ze źródeł o charakterze historycznym⁴⁵⁹.

Centralny Rejestr Lekarzy jako baza danych zawierająca informacje na temat wszystkich lekarzy posiadających prawo wykonywania zawodu w Polsce była wykorzystywana do wielu różnych zadań.

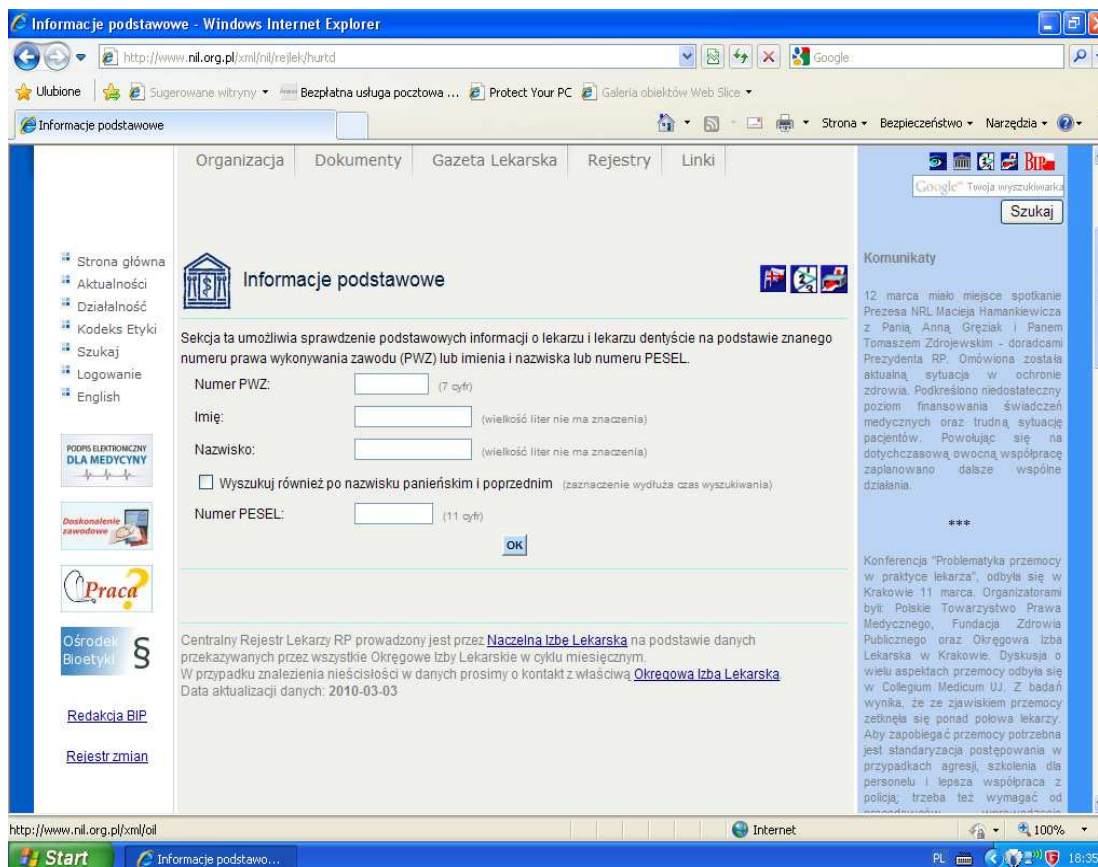
Jednym z nich było udostępnianie pacjentom i innym lekarzom informacji na temat lekarza. Jest to możliwe dzięki internetowemu dostępowi do zasobów CRL przez serwis internetowy Naczelnej Izby Lekarskiej.

⁴⁵⁷ § 12 ust. 6 uchwały Naczelnej Rady Lekarskiej nr 99/93/I z dnia 5 czerwca 1993 r. – Biuletyn Naczelnej Rady Lekarskiej, Rok IV, nr 3-4 (21-22), s. 151.

⁴⁵⁸ § 17 ust. 1 pkt 1 uchwały Naczelnej Rady Lekarskiej nr 104/97/II z dnia 26 września 1997 r. – Załącznik do Obwieszczenia Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej nr 6/08/V z dnia 1 października 2008 r. (http://www.nil.org.pl/doc/1084/ro0006-08-V_zalacznik.pdf).

⁴⁵⁹ § 17 ust. 1a uchwały Naczelnej Rady Lekarskiej nr 104/97/II z dnia 26 września 1997 r. – Załącznik do Obwieszczenia Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej nr 6/08/V z dnia 1 października 2008 r. (http://www.nil.org.pl/doc/1084/ro0006-08-V_zalacznik.pdf).

Rycina 3. Internetowy dostęp do zasobów CRL



Tą drogą można było uzyskać wiedzę m. in. na temat numeru prawa wykonywania zawodu, posiadanych przez lekarza specjalizacji, stopni i tytułów naukowych a także, co wydaje się chyba najważniejsze czy lekarz dysponuje nieograniczonym prawem wykonywania zawodu. Dzięki temu pacjent może przekonać się, że leczący go lekarz jest godnym zaufania medykiem.

Ze względu na charakter CRL dostęp do jego zasobów był limitowany – ilościowo ze względu na aspekty ekonomiczne, jakościowo, głównie ze względu na przepisy ochrony danych osobowych. Rejestr Lekarzy i Lekarzy Dentystów nie był rejestrem państwowym, stworzony został ze środków pochodzących ze składek członków samorządu lekarskiego dlatego władze korporacji medycznej zdecydowały się umieścić w wolnym dostępie jedynie podstawowe informacje na temat lekarzy i lekarzy dentyistów, które mają służyć, jak to zostało wcześniej powiedziane, pacjentom i lekarzom. Przewidziana była także możliwość odpłatnego dostępu do danych CRL na mocy indywidualnej umowy pomiędzy samorządem lekarskim a zainteresowanym podmiotem. Zawierając takie umowy samorząd lekarski kierował się zarówno aspektami pożytku społecznego jak i komercyjnymi.

Wynikało to z faktu, iż koszty utrzymania rejestru ponosił w znacznej większości samorząd lekarski. W uzasadnieniu projektu ustawy z dnia 6 września 2001 r. o zmianie ustawy o zawodzie lekarza oraz o zmianie innych ustaw wnioskodawca, a więc rząd, przewidywał, że koszt funkcjonowania CRL wyniesie ok. 200 tys. zł rocznie, i zaistnieje on dla budżetu w momencie przystąpienia Polski do Unii⁴⁶⁰. Faktyczne koszty funkcjonowania CRL były jednak zdecydowanie wyższe, a prognozowana przez rząd kwota jest w stanie pokryć około 1/3 wszystkich wydatków związanych z działalnością rejestru.

Centralny Rejestr Lekarzy okazał się również nieocenionym narzędziem w sytuacjach kryzysowych. W listopadzie 2006 r. wykryto, iż omyłkowo jedna partia corhydronu – preparatu stosowanego m. in. przez alergików, zamiast leku zawiera silny specyfik stosowany do znieczulenia podczas operacji. Aby ostrzec pacjentów i lekarzy o istniejącym niebezpieczeństwie Minister Zdrowia skorzystał z pośrednictwa mediów, a także wysłał do wszystkich lekarzy w Polsce listy z informacją, które partie corhydronu stanowiły zagrożenie. Lista lekarzy i ich dane adresowe pochodziły właśnie z Centralnego Rejestru Lekarzy.

Aby lepiej nadzorować wykonywanie kar wymierzonych przez sądy lekarskie Naczelna Rada Lekarska uchwałą nr 67/92/I z dnia 27 marca 1992 r. powołała rejestr ukaranych lekarzy. Zawierał on:

- numer kolejny,
- datę wpisu,
- dane osobowe lekarza (imię i nazwisko lekarza, imiona rodziców, datę i miejsce urodzenia, miejsce zamieszkania),
- przynależność do okręgowej izby lekarskiej,
- oznaczenie skazującego orzeczenia (numer, datę, oznaczenie sądu)
- rodzaj orzeczonej kary,
- datę uprawomocnienia orzeczenia (a w przypadku zawieszenia prawa wykonywania zawodu datę rozpoczęcia kary),
- datę zatarcia,
- datę usunięcia wzmianki o ukaraniu,

⁴⁶⁰ *Uzasadnienie do projektu ustawy o zawodzie lekarza oraz o zmianie innych ustaw*, Druki Sejmowe III Kadencja, druk 3109, s. 52.

- uwagi⁴⁶¹.

W 2004 r. NRL zdecydowała, że w rejestrze ukaranych zamiast oznaczenia przynależności do okręgowej izby lekarskiej widnieć mają: numer prawa wykonywania zawodu lekarza i jego numer rejestru w okręgowej izbie lekarskiej⁴⁶² oraz że zostanie on przeniesiony do elektronicznej bazy danych⁴⁶³. Wpisu do rejestru ukaranych lekarzy dokonywał upoważniony pracownik biura Naczelnej Izby Lekarskiej⁴⁶⁴ na podstawie zarządzenia Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej⁴⁶⁵. Informacji dotyczących karalności lekarza udzielano się - na żądanie - sądom i prokuratorom, organom samorządu lekarskiego oraz zainteresowanym lekarzom. W innych wypadkach czyniono to za zgodą Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej⁴⁶⁶.

Tabela 1. Liczba lekarzy figurujących w rejestrze ukaranych lekarzy w latach 2004 -2009

2004	167
2005	189
2006	271
2007	188
2008	242
2009	244

Źródło: Rejestr ukaranych lekarzy

Obowiązek prowadzenia rejestrów indywidualnych praktyk lekarskich i indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich na okręgowe izby lekarskie nałożył art. 50 ust. 7 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza (Dz. U. 1997 r., nr 28, poz. 152). Jednak zanim Minister Zdrowia wydał rozporządzenie regulujące funkcjonowanie tych rejestrów w ustawie o zawodzie lekarza dokonano zmian. Na podstawie art. 3 pkt. 4 ustawy z dnia z dnia 10 grudnia 1998 r. o zmianie ustaw: o zakładach opieki zdrowotnej, o zawodzie lekarza, o zawodach pielęgniarki i położnej, o

⁴⁶¹ Zał. 1 do uchwały Naczelnej Rady Lekarskiej nr 67/92/I z dnia 27 marca 1992 r. - Biuletyn Naczelnej Rady Lekarskiej, Rok III, nr 2 (14), s. 36.

⁴⁶² § 1 ust. 3 uchwały Naczelnej Rady Lekarskiej nr 82/04/IV z dnia 18 czerwca 2004 r. – (<http://www.nil.org.pl/doc/3046/ru082-04-IV.rtf>).

⁴⁶³ § 6 uchwały Naczelnej Rady Lekarskiej nr 82/04/IV z dnia 18 czerwca 2004 r. – (<http://www.nil.org.pl/doc/3046/ru082-04-IV.rtf>).

⁴⁶⁴ § 4 uchwały Naczelnej Rady Lekarskiej nr 67/92/I z dnia 27 marca 1992 r. - Biuletyn Naczelnej Rady Lekarskiej, Rok III, nr 2 (14), s. 35 i § 4 uchwały Naczelnej Rady Lekarskiej nr 82/04/IV z dnia 18 czerwca 2004 r. – (<http://www.nil.org.pl/doc/3046/ru082-04-IV.rtf>).

⁴⁶⁵ § 2 ust. 1 uchwały Naczelnej Rady Lekarskiej nr 67/92/I z dnia 27 marca 1992 r. - Biuletyn Naczelnej Rady Lekarskiej, Rok III, nr 2 (14), s. 35 i § 2 uchwały Naczelnej Rady Lekarskiej nr 82/04/IV z dnia 18 czerwca 2004 r. – (<http://www.nil.org.pl/doc/3046/ru082-04-IV.rtf>).

⁴⁶⁶ § 6 uchwały Naczelnej Rady Lekarskiej nr 67/92/I z dnia 27 marca 1992 r. - Biuletyn Naczelnej Rady Lekarskiej, Rok III, nr 2 (14), s. 35 i § 5 ust. 1 uchwały Naczelnej Rady Lekarskiej nr 82/04/IV z dnia 18 czerwca 2004 r. – (<http://www.nil.org.pl/doc/3046/ru082-04-IV.rtf>).

szkolnictwie wyższym oraz o zmianie niektórych innych ustaw (Dz. U. 1998 r., nr 162, poz. 1115) do ustawy o zawodzie lekarza dodano art. 50a dopuszczający wykonywanie zawodu w grupowej praktyki lekarskiej, która podobnie jak praktyki indywidualne, musiała być wpisana do rejestru grupowych praktyk lekarskich prowadzonego przez okręgową izbę lekarską oraz art. 50b, który nakładał na okręgowe izby obowiązek prowadzenia rejestrów praktyk i wydawania lekarzom zezwoleń na wykonywanie praktyki oraz zaświadczeń o figurowaniu ich praktyki w odpowiednim rejestrze. Na podstawie art. 50b ust. 4 Minister Zdrowia dopiero 23 marca 2000 r. wydał Rozporządzenie w sprawie szczegółowych zasad i trybu postępowania w sprawach wydawania zezwoleń i wpisu do rejestru indywidualnych praktyk lekarskich, indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich i grupowych praktyk lekarskich oraz ustalenia danych objętych wpisem i sposobu prowadzenia rejestrów (Dz. U. 2000 r., nr 30, poz. 378). Do tego czasu praktyki lekarskie rejestrowano z uwzględnieniem przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 23 kwietnia 1998 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym urządzenia i pomieszczenia, w których można wykonywać indywidualną praktykę lekarską i indywidualną specjalistyczną praktykę lekarską (Dz. U. 1998 r., nr 58, poz. 372), które nic nie mówiły o formie rejestru praktyk. Zgodnie z postanowieniami rozporządzenia Ministra Zdrowia z marca 2000 r. lekarz występował z wnioskiem do okręgowej rady lekarskiej o wydanie zezwolenia na wykonywanie praktyki, dokonanie wpisu do rejestru praktyk i wydanie zaświadczenia o nim⁴⁶⁷. W ciągu 30 dni od daty złożenia wniosku okręgowa rada lekarska delegowała zespół wizytacyjny składający się z lekarzy, z których co najmniej jeden powinien posiadać specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie medycyny, w której miała być wykonywana praktyka, w celu dokonania oceny pomieszczeń, urządzeń, sprzętu medycznego oraz aparatury medycznej i sporządzenia opinii w przedmiocie możliwości udzielania deklarowanych przez lekarza świadczeń zdrowotnych⁴⁶⁸. Na podstawie dokumentów złożonych przez lekarza i opinii zespołu wizytacyjnego okręgowa rada lekarska podejmowała uchwałę o wydaniu zezwolenia na wykonywanie praktyki oraz o

⁴⁶⁷ § 1 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 23 marca 2000 r. w sprawie szczegółowych zasad i trybu postępowania w sprawach wydawania zezwoleń i wpisu do rejestru indywidualnych praktyk lekarskich, indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich i grupowych praktyk lekarskich oraz ustalenia danych objętych wpisem i sposobu prowadzenia rejestrów (Dz. U. 2000 r., nr 30, poz. 378).

⁴⁶⁸ § 5 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 23 marca 2000 r. w sprawie szczegółowych zasad i trybu postępowania w sprawach wydawania zezwoleń i wpisu do rejestru indywidualnych praktyk lekarskich, indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich i grupowych praktyk lekarskich oraz ustalenia danych objętych wpisem i sposobu prowadzenia rejestrów (Dz. U. 2000 r., nr 30, poz. 378).

dokonaniu wpisu tej praktyki do rejestru⁴⁶⁹ i na jej podstawie wydawała lekarzowi zezwolenie na wykonywanie indywidualnej praktyki lekarskiej lub indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej albo lekarzom zezwolenie na prowadzenie grupowej praktyki lekarskiej oraz zaświadczenie o wpisie do rejestru⁴⁷⁰. Rejestr, zgodnie z § 7 rozporządzenia obejmował:

- numer wpisu do rejestru,
- numer REGON,
- numer wpisu na listę wspólników spółki cywilnej, przedstawionej we wniosku, w odniesieniu do lekarza udzielającego świadczeń zdrowotnych w ramach grupowej praktyki lekarskiej,
- imię (imiona) i nazwisko lekarza,
- numer rejestracyjny lekarza w okręgowej izbie lekarskiej,
- oznaczenie rodzaju praktyki,
- numer i datę uchwały okręgowej rady lekarskiej o wydaniu zezwolenia na prowadzenie praktyki i wpisie praktyki do rejestru oraz kolejne numery i daty uchwał o zmianie wpisu,
- ważność zezwolenia na prowadzenie praktyki - bezterminowo albo określenie terminu,
- adres praktyki i adres/y miejsca jej wykonywania albo udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach grupowej praktyki lekarskiej,
- numer telefonu, numer faksu i poczty elektronicznej,
- adres miejsca i sposób przyjmowania wezwań,
- adres miejsca przechowywania dokumentacji medycznej, narzędzi i sprzętu medycznego wymagającego sterylizacji, w odniesieniu do praktyki wykonywanej wyłącznie w miejscu wezwania,
- rodzaje udzielanych świadczeń zdrowotnych w ramach praktyki wykonywanej w danym pomieszczeniu lub wyłącznie w miejscu wezwania,

⁴⁶⁹ § 6 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 23 marca 2000 r. w sprawie szczegółowych zasad i trybu postępowania w sprawach wydawania zezwoleń i wpisu do rejestru indywidualnych praktyk lekarskich, indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich i grupowych praktyk lekarskich oraz ustalenia danych objętych wpisem i sposobu prowadzenia rejestrów (Dz. U. 2000 r., nr 30, poz. 378).

⁴⁷⁰ § 6 ust. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 23 marca 2000 r. w sprawie szczegółowych zasad i trybu postępowania w sprawach wydawania zezwoleń i wpisu do rejestru indywidualnych praktyk lekarskich, indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich i grupowych praktyk lekarskich oraz ustalenia danych objętych wpisem i sposobu prowadzenia rejestrów (Dz. U. 2000 r., nr 30, poz. 378).

- nazwę organu sanitarnego i data wydania opinii o spełnieniu warunków umożliwiających wykonywanie świadczeń zdrowotnych w odniesieniu do danego pomieszczenia,
- datę wizytacji lub kontroli dokonanej przez okręgową radę lekarską,
- numer wpisu praktyki na liście marszałka województwa podmiotów uprawnionych do prowadzenia staży podyplomowych,
- numer wpisu praktyki do rejestru zezwoleń właściwej okręgowej rady lekarskiej na prowadzenie szkolenia podyplomowego lekarzy,
- numer prawa wykonywania zawodu, PESEL, NIP, adres do korespondencji, posiadaną specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty w przypadku gdy lekarz nie był członkiem okręgowej izby lekarskiej,
- numer i datę uchwały okręgowej rady lekarskiej o cofnięciu zezwolenia i skreśleniu praktyki z rejestru.

Ze względu na wejście w życie ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. Przepisy wprowadzające ustawę o swobodzie działalności gospodarczej (Dz. U. 2004 r., nr 173, poz. 1808), która art. 20 pkt 6 zmieniła treść art. 50b ustawy o zawodzie lekarza, który był podstawą prawną rozporządzenia w sprawie szczegółowych zasad i trybu postępowania w sprawach wydawania zezwoleń i wpisu do rejestru indywidualnych praktyk lekarskich, indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich i grupowych praktyk lekarskich oraz ustalenia danych objętych wpisem i sposobu prowadzenia rejestrów, konieczne było wydanie, w przeciągu 6 miesięcy⁴⁷¹, nowego rozporządzenia. Nastąpiło to jednak dopiero w 2007 r.⁴⁷² Wcześniej, bo w 2005 r. dokonano kolejnej zmiany art. 50b ustawy o zawodzie lekarza. Art. 2 pkt 9 ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o zmianie ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej oraz ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz. U. 2005 r., nr 175, poz. 1461) wprowadził zasadę, iż okręgowa rada lekarska miała 50 dni na dokonanie wpisu do rejestru praktyk. Jeżeli w ciągu 60 dni okręgowa rada lekarska nie wydała uchwały o wpisie do rejestru wnioskodawca mógł rozpocząć działalność po uprzednim pisemnym zawiadomieniu o tym rady.

⁴⁷¹ Art. 85 ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. Przepisy wprowadzające ustawę o swobodzie działalności gospodarczej (Dz. U. 2004 r., nr 173, poz. 1808).

⁴⁷² Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 marca 2007 r. w sprawie szczegółowego trybu postępowania w sprawach wpisu do rejestrów indywidualnych praktyk lekarskich, indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich i grupowych praktyk lekarskich (Dz. U. 2007 r., nr 60, poz. 409).

Nowelizacja wprowadziła też do ustawy o zawodzie lekarza zakres informacji gromadzonych w rejestrze praktyk. Były to:

- numer wpisu praktyki do rejestru,
- imię i nazwisko lekarza,
- imiona i nazwiska współników spółki w przypadku grupowej praktyki lekarskiej,
- numer ewidencji działalności gospodarczej,
- numer wpisu do okręgowego rejestru lekarzy i lekarzy dentyków,
- oznaczenie rodzaju praktyki,
- oznaczenie terminu, na jaki został dokonany wpis praktyki,
- numer i datę uchwały o wpisie praktyki do rejestru oraz kolejne numery i daty uchwał o zmianie wpisu,
- numer i datę uchwały o wykreśleniu praktyki,
- adres praktyki lub adresy miejsc jej wykonywania,
- numer telefonu, faksu i adres poczty elektronicznej,
- adres miejsca przyjmowania wezwań,
- adres miejsca przechowywania dokumentacji medycznej, narzędzi i sprzętu medycznego,
- rodzaje i zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych,
- oznaczenie organu sanitarnego oraz datę wydania opinii o spełnieniu warunków umożliwiających udzielanie świadczeń zdrowotnych w danym pomieszczeniu,
- datę wizytacji lub kontroli przeprowadzonej przez organ prowadzący rejestr praktyk lekarskich,
- numer prawa wykonywania zawodu, numer PESEL, jeżeli taki posiada, i numer NIP, adres do korespondencji, posiadane specjalizacje - w przypadku gdy lekarz jest członkiem innej izby lekarskiej,
- numer wpisu do ewidencji działalności gospodarczej lub do Krajowego Rejestru Sądowego⁴⁷³.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 marca 2007 r. w sprawie szczegółowego trybu postępowania w sprawach wpisu do rejestrów indywidualnych praktyk lekarskich, indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich i grupowych praktyk

⁴⁷³ Art. 50b ust. 5 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentyki (Dz. U. z 2005 r. nr 226, poz. 1943).

lekarskich (Dz. U. 2007 r., nr 60, poz. 409) w § 6 dookreśliło jedynie sposób tworzenia numeru wpisu do rejestru praktyk zaś § 7 wyznaczył sposób oznaczania rodzaju praktyki.

Tabela 2. Liczba praktyk lekarskich i lekarsko - dentystycznych zarejestrowanych w WIL

Rok	Liczba zarejestrowanych praktyk
1998	3849
2000	6577
2003	7054
2005	7577
2009	8315

Źródło: Opracowanie własne na podstawie sprawozdań Komisji ds. Indywidualnych Praktyk Lekarskich ORL WIL za lata 1998, 2000, 2003, 2005, 2009 – Archiwum WIL.

Jak widać w Tabeli 2 liczba indywidualnych i grupowych praktyk lekarskich rejestrowanych w Wielkopolskiej Izbie Lekarskiej rosła nieprzerwanie od czasu, kiedy samorząd lekarski dysponował podstawą prawną do wykonywania tego zadania. W związku z dużą liczbą składanych wniosków o rejestrację praktyki, część praktyk lekarskich rejestrowano w oparciu o nadsyłane przez lekarzy dokumenty, jednak były one kontrolowane przez zespoły wizytacyjne Komisji ds. Indywidualnych Praktyk Lekarskich już w trakcie działania. Jak widać w Tabeli nr 3 większość „zaległych” wizytacji odbyło się w latach 2002 – 2003.

Tabela 3. Liczba wizytacji praktyk lekarskich przeprowadzanych przez zespoły wizytacyjne Komisji ds. Indywidualnych Praktyk Lekarskich ORL WIL

Rok	Liczba wizytacji (w tym liczba wizytowanych praktyk zarejestrowanych na podstawie dokumentów)
2002	1495 (950)
2003	5730 (5000)
2004	443
2006	554
2008	756

Źródło: Opracowanie własne na podstawie sprawozdań Komisji ds. Indywidualnych Praktyk Lekarskich ORL WIL za lata 2002, 2003, 2004, 2006, 2008 – Archiwum WIL.

Omawiając działalność Wielkopolskiej Izby Lekarskiej w zakresie rejestracji praktyk lekarskich warto wspomnieć również o certyfikatach wydawanych przez WIL indywidualnym praktykom lekarskim funkcjonującym zgodnie z wymogami izby by

promować właściwie działające praktyki lekarskie. Od stycznia 1996 r. lekarze prowadzący indywidualne praktyki lekarskie mogli występować do WIL o wydanie takiego certyfikatu. Był on przyznawany na podstawie wizytacji, podczas której oceniano m.in. wyposażenie gabinetu, sprzęt do sterylizacji narzędzi, spełnianie wymogów sanitarnych, wygląd poczekali dla pacjentów czy sposób prowadzenia dokumentacji medycznej⁴⁷⁴. Niestety bardzo niewielu lekarzy zdecydowało się wystąpić o taki certyfikat. W okresie od 1996 r. do 2003 r. WIL wydała ich jedynie 642⁴⁷⁵ zaś w 2004 r. tylko 11⁴⁷⁶.

Kolejnym rejestrem prowadzonym przez samorząd lekarski jest rejestr felczerów. Zgodnie z art. 1c ust. 1 ustawy z dnia 20 lipca 1950 r. o zawodzie felczera (Dz. U. 2004 r., nr 53, poz. 531) odpowiedzialną za prowadzenie rejestru felczerów jest Naczelna Rada Lekarska. Wydana w oparciu o art. 1c ust. 2 tej ustawy uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 087/04/IV dnia 18 czerwca 2004 r. w sprawie szczegółowego trybu postępowania w sprawach przyznawania prawa wykonywania zawodu felczera oraz prowadzenia rejestru felczerów w § 7 ust. 4 określiła zakres danych gromadzonych w rejestrze felczerów. Były to:

- tytuł zawodowy,
- imiona i nazwisko,
- płeć,
- nazwisko rodowe i poprzednie,
- imiona rodziców,
- miejsce urodzenia,
- numer ewidencyjny PESEL,
- data urodzenia i numer paszportu w odniesieniu do felczera będącego obywatelem państwa członkowskiego UE innego niż RP albo będącego obywatelem innego państwa niż państwo członkowskie, który nie posiada numeru ewidencyjnego PESEL,
- numer NIP,
- obywatelstwo (obywatelstwa),

⁴⁷⁴ Uchwała Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej nr 9/96 z dnia 12 stycznia 1996 r. – Archiwum WIL.

⁴⁷⁵ Sprawozdanie z działalności Komisji ds. Indywidualnych Praktyk Lekarskich za okres 15 stycznia 2003 r. do 15 lutego 2004 r. – Archiwum WIL.

⁴⁷⁶ Sprawozdanie z działalności Komisji ds. Indywidualnych Praktyk Lekarskich za okres 15 lutego 2004 do 15 lutego 2005 r. – Archiwum WIL.

- numer prawa wykonywania zawodu i numer odpowiedniej uchwały Naczelnej Rady Lekarskiej wraz z datą jej podjęcia,
- numer dotychczasowego zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu z określeniem organu wydającego i datą wydania,
- informacja o posiadaniu prawa wykonywania zawodu w innym państwie,
- nazwa ukończonej szkoły (liceum) felczerskiej i jej siedziba,
- numer dyplomu szkoły (liceum) felczerskiej i data wydania,
- rok ukończenia szkoły (liceum) felczerskiej,
- zaświadczenie o posiadaniu kwalifikacji starszego felczera,
- numer i data decyzji Ministra właściwego do spraw zdrowia potwierdzającego kwalifikacje felczera osobom, które posiadają dyplom wydany w państwie innym niż państwo członkowskie UE, uznany w Rzeczypospolitej Polskiej za równoważny na podstawie umów międzynarodowych lub odrębnych przepisów,
- numer i data dokumentu potwierdzającego przyznanie przez Ministra Zdrowia prawa wykonywania zawodu felczera i używania tytułu felczera obywatelowi polskiemu, który zagranicą uzyskał równorzędne uprawnienia, na podstawie przepisów obowiązujących przed 1 stycznia 2004r.,
- numer i data oraz nazwa organu wydającego dokument uznający posiadane kwalifikacje do wykonywania zawodu felczera, uzyskane w państwie członkowskim UE, innym niż Rzeczypospolita Polska,
- data rozpoczęcia wykonywania zawodu po uzyskaniu prawa wykonywania zawodu,
- nazwa, adres miejsca pracy, numer telefonu i faksu, adres poczty elektronicznej, numer statystyczny REGON oraz datę zatrudnienia od...- do..., stanowisko (dla każdego kolejnego zakładu pracy lub miejsca, poczynając od daty rozpoczęcia wykonywania zawodu), informacje o prowadzeniu indywidualnej praktyki felczerskiej, w tym na obszarze państw członkowskich UE,
- data rozpoczęcia ostatniej przerwy w wykonywaniu zawodu na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej,
- informacja o zaprzestaniu wykonywania zawodu na czas nieokreślony na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej,
- informacja o zawieszeniu prawa wykonywania zawodu,

- informacja o podjęciu wykonywania zawodu na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej,
- informacja o przebywaniu na emeryturze lub rencie, datę przyznania, nazwę organu wydającego decyzję,
- stosunek do służby wojskowej,
- adres zamieszkania, numer telefonu i faksu, adres poczty elektronicznej,
- adres do korespondencji, numer telefonu i faksu, adres poczty elektronicznej,
- kod jednostki terytorialnej dla celów statystycznych (NTS) - miejsca stałego zamieszkania,
- numer seryjny i datę wystawienia dokumentu uprawniającego do wykonywania zawodu,
- numer seryjny i datę wydania duplikatu dokumentu uprawniającego do wykonywania zawodu,
- informacja o skreśleniu z rejestru.

Rejestr felczerów tworzony był w oparciu o dokumenty i oświadczenia złożone przez osoby składające wniosek o przyznanie prawa wykonywania zawodu felczera lub wpisanie do rejestru felczerów, dokumenty przekazane przez urzędy wojewódzkie, dane z systemu PESEL prowadzonego przez Rządowe Centrum Informatyczne i z rejestru prowadzonego przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych, oraz innych centralnych baz danych⁴⁷⁷. W grudniu 2011 r. w Centralnym Rejestrze Felczerów figurowało 1143 felczerów, z czego 292 było zawodowo czynnych⁴⁷⁸. Ze względu na niewielką liczbę felczerów wykonujących zawód w Polsce Centralny Rejestr Felczerów jest systemem bardzo prostym, który nie posiada funkcji pozwalających na podanie liczby felczerów w latach minionych.

1.3 Organizacja i nadzór nad doskonaleniem zawodowym lekarzy

Art. 2 ust. 2 pkt 4 ustawy z dnia 17 maja 1989 r. zakładał, iż samorząd swoje zadania wykonywać będzie między innymi poprzez współdziałanie w sprawach doskonalenia zawodowego lekarzy. Aktywność ta mieści się w ramach sprawowania pieczy i nadzoru nad należytym wykonywaniem zawodu lekarza, bowiem żeby dobrze leczyć pacjentów lekarz musi bezustannie aktualizować i poszerzać swoją wiedzę i umiejętności. Doskonalenie zawodowe może być rozpatrywane w trzech płaszczyznach:

⁴⁷⁷ § 7 ust. 5 uchwały Naczelnej Rady Lekarskiej nr 087/04/IV dnia 18 czerwca 2004 r. – (<http://www.nil.org.pl/doc/1241/ru087-04-IV.rtf>).

⁴⁷⁸ Liczba felczerów ujętych w Centralnym Rejestrze Felczerów na dzień 8 grudnia 2011 r.

odbywania przez lekarzy i lekarzy dentystów stażu podyplomowego, zdobywania tytułu lekarza specjalisty oraz jako proces podnoszenia kwalifikacji zawodowych w celu maksymalizacji możliwości wykonywania zawodu. Izby lekarskie miały swój udział w każdej z nich.

Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza (Dz. U. 2008r., nr 136, poz. 857) w art. 15 ust. 5 przewidywała, iż Minister Zdrowia w drodze rozporządzenia, uzgodnionego z Naczelną Radą Lekarską, ureguluje odbywanie stażu podyplomowego przez lekarzy i lekarzy dentystów. Zostało ono wydane 24 maja 1999 r.⁴⁷⁹. Zgodnie z §7 rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 24 maja 1999 r. w sprawie stażu podyplomowego lekarza, lekarza stomatologa okręgowe rady lekarskie wskazywały lekarzom i lekarzom dentystom, którym przyznały ograniczone prawo wykonywania zawodu na swoim terenie, miejsce odbywania stażu podyplomowego a także wydawały kartę stażu podyplomowego. Okręgowe izby lekarskie były również odpowiedzialne za szkolenie stażystów w zakresie prawa medycznego i bioetyki⁴⁸⁰, a także delegowały swoich przedstawicieli do komisji egzaminacyjnych przeprowadzających państwowy egzamin kończący staż lekarza lub lekarza stomatologa⁴⁸¹. W 2004 r. Minister Zdrowia wydał nowe rozporządzenie regulujące odbywanie stażu przez lekarzy i lekarzy dentystów⁴⁸², które nie zmieniło roli samorządu lekarskiego w procesie stażowym lekarzy i lekarzy dentystów.

Znacznie skromniej wyglądał udział samorządu lekarskiego w procesie specjalizacji, czyli uzyskiwania uprawnień do posługiwania się tytułem lekarza specjalisty. Naczelna Rada Lekarska opiniowała programy specjalizacji⁴⁸³, delegowała swojego przedstawiciela do Rady Naukowej Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego, które odpowiadało za koordynację specjalizacji lekarskich i opracowanie programów szkolenia specjalizacyjnego⁴⁸⁴ oraz do Krajowej Rady Specjalizacji Lekarskich – organu pomocniczego Ministra Zdrowia w sprawach

⁴⁷⁹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 24 maja 1999 r. w sprawie stażu podyplomowego lekarza, lekarza stomatologa (Dz. U. 1999 r., nr 54, poz. 571).

⁴⁸⁰ § 2 ust. 7 rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 24 maja 1999 r. w sprawie stażu podyplomowego lekarza, lekarza stomatologa (Dz. U. 1999 r., nr 54, poz. 571).

⁴⁸¹ § 19 ust 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 24 maja 1999 r. w sprawie stażu podyplomowego lekarza, lekarza stomatologa (Dz. U. 1999 r., nr 54, poz. 571).

⁴⁸² Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 marca 2004 r. w sprawie stażu podyplomowego lekarza i lekarza stomatologa (Dz. U. 2004 r., nr 57, poz. 553).

⁴⁸³ § 9 ust. 1 rozporządzenia ministra zdrowia z dnia 20 października 2005 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystów (Dz. U. 2005 r., nr 213, poz. 1779).

⁴⁸⁴ § 6 ust 1 Statutu Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego – załącznik do zarządzenia Ministra Zdrowia z dnia 24 listopada 2006 r. w sprawie nadania statutu Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego (Dz. Urz. MZ 2006 r., nr 17, poz. 86).

związanych z realizacją zadań w zakresie kształcenia podyplomowego lekarzy⁴⁸⁵. Samorząd lekarski delegował również swoich członków do komisji przeprowadzających egzaminy specjalizacyjne⁴⁸⁶.

Największą rolę izby lekarskie odgrywały jednak w procesie podnoszenia kwalifikacji zawodowych w celu maksymalizacji możliwości wykonywania zawodu. Od momentu wejścia w życie ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza (Dz. U. 1997 r., nr 28, poz. 152) lekarze mieli prawo ale i obowiązek doskonalenia zawodowego, w szczególności w różnych formach kształcenia podyplomowego⁴⁸⁷. Ze względu na opóźnienia w wydaniu aktów wykonawczych regulujących dopełnianie obowiązku doskonalenia zawodowego lekarzy Naczelna Rada Lekarska uchwałą nr 013/97/00/III z dnia 14 kwietnia 2000 r. sama określiła sposoby, w jakie lekarze mogli się z niego wywiązać. Lekarze mogli robić to poprzez:

- 1) udział (czynny, bierny) w szkoleniu wewnętrznym,
- 2) odbycie szkolenia podyplomowego organizowanego przez podmiot uprawniony do prowadzenia kształcenia podyplomowego lekarzy,
- 3) odbycie stażu klinicznego krajowego lub zagranicznego,
- 4) uzyskanie tytułu specjalisty w określonej dziedzinie medycyny,
- 5) uzyskanie świadectwa potwierdzającego posiadanie umiejętności z zakresu węższych dziedzin medycyny,
- 6) indywidualną prenumeratę roczną czasopisma lub zakup książki fachowej,
- 7) korzystanie z biblioteki lekarskiej lub Internetu,
- 8) uzyskanie tytułu profesora,
- 9) uzyskanie stopnia doktora habilitowanego,
- 10) uzyskanie stopnia doktora,
- 11) opublikowanie książki, artykułu, recenzji lub komunikatu z badań o charakterze naukowym,
- 12) opublikowanie książki lub artykułu o charakterze

⁴⁸⁵ § 2 ust. 1 pkt 2 Zarządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia z dnia 23 marca 1999 r. w sprawie powołania Krajowej Rady Specjalizacji Lekarskich do realizacji zadań w zakresie kształcenia podyplomowego lekarzy, lekarzy stomatologów (Dz. Urz. MZ 1999 r., nr 1, poz. 1).

⁴⁸⁶ § 20 ust. 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki społecznej z dnia 25 marca 1999 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy stomatologów (Dz. U. 1999 r., nr 31, poz. 302), § 23 ust. 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 sierpnia 2001 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy stomatologów (Dz. U. 2001 r., nr 83, poz. 905), § 33 ust. 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2005 w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentyistów (Dz. U. 2005 r., nr 213, poz. 1779).

⁴⁸⁷ Art. 18 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza (Dz. U. 1997 r., nr 28, poz. 152).

- popularnonaukowym,
13) przetłumaczenie książki, artykułu i innej pracy naukowej lub popularnonaukowej,
14) udział (czynny, bierny) w konferencji naukowej, zjeździe naukowym, sympozjum,
15) kierowanie specjalizacją lekarzy,
16) prowadzenie szkolenia lekarzy stażystów,
17) udział w komisjach egzaminów specjalizacyjnych⁴⁸⁸.

Osiągnięcia na polu doskonalenia zawodowego lekarze mogli ewidencjonować na dostarczanych im przez okręgowe izby lekarskie formularzach. NRL określiła też liczbę punktów edukacyjnych za każdy rodzaj doskonalenia zawodowego⁴⁸⁹. W 2003 r. Naczelna Rada Lekarska wprowadziła nieznaczne zmiany w zakresie sposobu dopełniania obowiązku doskonalenia zawodowego przez lekarzy uchwałą nr 38/03/IV⁴⁹⁰.

Dopiero w październiku 2004 r. Minister Zdrowia wydał rozporządzenie w sprawie sposobów dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentyków⁴⁹¹. Blisko 8 lat zajęło administracji rządowej wydanie aktu wykonawczego regulującego tak istotną, z punktu widzenia zarówno lekarzy jak i pacjentów, sprawę. Minister Zdrowia zdefiniował doskonalenie zawodowe lekarzy i lekarzy dentyków jako „aktywność zawodową w ramach samokształcenia lub w zorganizowanych formach kształcenia podyplomowego poprzez odbywanie szkolenia specjalizacyjnego (...), nabywanie umiejętności zawodowych z zakresu węższych dziedzin medycyny lub udzielania określonych świadczeń zdrowotnych oraz doskonalenie w innych formach kształcenia”⁴⁹². Za podstawę dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego przez lekarzy uznano zdobycie w okresie rozliczeniowym tj. 48 miesięcy minimum 200 punktów edukacyjnych, przyznawanych na podstawie załącznika nr 3 do rozporządzenia, zawierającego m.in. przelicznik punktowy wydarzeń o charakterze

⁴⁸⁸ § 1 uchwały Naczelnej Rady Lekarskiej nr 013/97/00/III z dnia 14 kwietnia 2000 r. - (http://www.nil.org.pl/__data/assets/pdf_file/0004/9652/Nr13u00114.pdf).

⁴⁸⁹ §§ 3-13 uchwały Naczelnej Rady Lekarskiej nr 013/97/00/III z dnia 14 kwietnia 2000 r.

⁴⁹⁰ Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 38/03/IV z dnia 24 stycznia 2003 r. - (http://www.nil.org.pl/__data/assets/rtf_file/0005/8825/ru038-03-IV.rtf).

⁴⁹¹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2004 r. w sprawie sposobów dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentyków (Dz. U. 2004 r., nr 231, poz. 2326).

⁴⁹² § 2 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2004 r. w sprawie sposobów dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentyków (Dz. U. 2004 r., nr 231, poz. 2326).

edukacyjnym⁴⁹³. Zgodnie z § 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2004 r. w sprawie sposobów dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentystów (Dz. U. 2004 r., nr 231, poz. 2326) lekarz mógł realizować obowiązek doskonalenia zawodowego poprzez:

- 1) realizowanie programu specjalizacji lub umiejętności;
- 2) udział w kursie medycznym nieobjętym programem odbywanej specjalizacji lub nabywanej umiejętności lub w kursie medycznym, realizowanym za pośrednictwem środków przekazu telewizyjnego i sieci internetowej z ograniczonym dostępem, który uzyskał akceptację Naczelnej Rady Lekarskiej;
- 3) odbycie praktyki klinicznej w krajowym lub zagranicznym ośrodku specjalistycznym;
- 4) udział w krajowym lub zagranicznym kongresie, zjeździe, konferencji lub sympozjum naukowym;
- 5) udział w posiedzeniu oddziału stowarzyszenia działającego jako „kolegium specjalistów” albo „lekarskie towarzystwo naukowe”, zwane dalej „towarzystwem naukowym”;
- 6) udział w szkoleniu wewnętrznym organizowanym przez zakład opieki zdrowotnej, w którym lekarz udziela świadczeń zdrowotnych, lub przez grupę lekarzy;
- 7) wykłady lub doniesienia w formie ustnej lub plakatowej na kongresie, zjeździe, konferencji lub sympozjum naukowym;
- 8) udział w programie edukacyjnym opartym o zadania testowe, akredytowanym przez towarzystwo naukowe lub kolegium specjalistów lub w programie edukacyjnym, realizowanym za pośrednictwem środków przekazu telewizyjnego i sieci internetowej z ograniczonym dostępem, który uzyskał akceptację Naczelnej Rady Lekarskiej;
- 9) uzyskanie stopnia naukowego doktora, doktora habilitowanego lub tytułu profesora - w zakresie nauk medycznych;

⁴⁹³ §§ 5-7 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2004 r. w sprawie sposobów dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentystów (Dz. U. 2004 r., nr 231, poz. 2326).

- 10) napisanie i opublikowanie fachowej książki medycznej, artykułu w fachowym, recenzowanym czasopiśmie lub edukacyjnego programu multimedialnego;
- 11) napisanie i opublikowanie książki, artykułu lub programu multimedialnego o charakterze popularnonaukowym;
- 12) przetłumaczenie i opublikowanie fachowej książki medycznej, rozdziału w książce, artykułu w fachowym czasopiśmie medycznym lub edukacyjnego programu multimedialnego;
- 13) kierowanie specjalizacją lekarzy lub nabywaniem przez lekarzy umiejętności;
- 14) prowadzenie szkolenia lekarzy stażystów;
- 15) indywidualną prenumeratę fachowego czasopisma medycznego indeksowanego przez filadelfijski Instytut Informacji Naukowej lub Index Copernicus;
- 16) przynależność do kolegium specjalistów lub towarzystwa naukowego.

Obowiązek doskonalenia zawodowego był rejestrowany za pomocą wpisów do ewidencji punktów doskonalenia zawodowego – książeczki otrzymywanej przez lekarza od okręgowej izby lekarskiej, której był członkiem. Po zakończeniu okresu rozliczeniowego lekarz przedkładał ewidencję do właściwej izby lekarskiej, której zadaniem był jej weryfikacja i wpis do dokumentu Prawo wykonywania zawodu o dopełnieniu obowiązku doskonalenia zawodowego⁴⁹⁴ lub odnotowanie jego niedopełnienia w okręgowym rejestrze lekarzy⁴⁹⁵.

Rozporządzenie w sprawie sposobów dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentyków nie przewidywało żadnej sankcji za nie zgromadzenie przez lekarza wymaganej liczby punktów edukacyjnych. Aby zmobilizować członków samorządu lekarskiego do podnoszenia swoich kwalifikacji Naczelna Rada Lekarska uznała, że właściwe okręgowe rady lekarskie powinny wynagradzać lekarzy, którzy wykazali się szczególnym talentem w kształceniu ustawicznym i otrzymali co najmniej 400 punktów w jednym okresie

⁴⁹⁴ § 4 ust. 3-4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2004 r. w sprawie sposobów dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentyków (Dz. U. 2004 r., nr 231, poz. 2326).

⁴⁹⁵ § 8 ust. 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2004 r. w sprawie sposobów dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentyków (Dz. U. 2004 r., nr 231, poz. 2326).

rozliczeniowym⁴⁹⁶. Dodatkowo NRL wskazała, że każdy kandydat na stanowiska kierownicze lub inne stanowisko w zakładach systemu opieki zdrowotnej, czy też występujący o zatrudnienie jako nauczyciel akademicki, występujący o uzyskanie środków finansowych na kształcenie podyplomowe lub pracę naukową, występujący o zmianę warunków zatrudnienia czy występujący o zawarcie umowy na udzielenia świadczeń zdrowotnych musiał przedstawić dokument Prawo wykonywania zawodu lekarza zawierający wpis o dopełnieniu obowiązku doskonalenia zawodowego wraz z liczbą uzyskanych punktów edukacyjnych⁴⁹⁷.

Naczelna Rada Lekarska starała się również ułatwić członkom samorządu lekarskiego dostęp do kursów i szkoleń, które pozwalały dopełnić obowiązek doskonalenia zawodowego. Uchwałą Naczelnej Rady Lekarskiej nr 15/08/V utworzony został Ośrodek Doskonalenia Zawodowego Lekarzy i Lekarzy Dentystów Naczelnej Izby Lekarskiej, którego zadaniami były m. in.: organizacja darmowego doskonalenia zawodowego dla lekarzy regularnie opłacających składki na rzecz samorządu czy prowadzenie bazy informacyjnej o akredytowanych zdarzeniach edukacyjnych i udostępnianie jej lekarzom⁴⁹⁸. Aby zmotywować okręgowe izby lekarskie do organizacji bezpłatnych szkoleń dwa razy do roku organizowane są konkursy na dotacje na cele szkoleniowe. Okręgowe izby lekarskie składały do Ośrodka Doskonalenia przy NIL wnioski z propozycjami szkoleń i tematyką, które były następnie oceniane, a dzięki którym uzyskać można było wsparcie finansowe realizowanych przedsięwzięć do 50 % koniecznych nakładów⁴⁹⁹.

Jak widać z powyższego, prowadzenie działalności szkoleniowej spoczęło przede wszystkim na okręgowych izbach lekarskich. Aby lepiej radzić sobie z tym zadaniem okręgowe izby lekarskie (choć nie wszystkie), idąc za przykładem NIL, wyodrębniły spośród swoich biur specjalne jednostki organizacyjne – ośrodki doskonalenia zawodowego – których zadaniem jest organizacja szkoleń czy współpraca z firmami szkoleniowymi. W Wielkopolskiej Izbie Lekarskiej taka jednostka powołana została uchwałą Okręgowej Rady Lekarskiej przy okazji przyjęcia regulaminu

496 § 3 ust. 2 uchwały Naczelnej Rady Lekarskiej nr 98/04/IV z dnia 17 grudnia 2004 r. – (http://www.nil.org.pl/__data/assets/rtf_file/0010/8884/ru098-04-IV.rtf).

497 § 3 ust. 1 Uchwały nr 98/04/IV Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 17 grudnia 2004 r. w sprawie doskonalenia zawodowego lekarzy I lekarzy dentystów.

498 § 2 ust. 1 pkt 2 i § 3 ust. 1 uchwały Naczelnej Rady Lekarskiej nr 15/08/V z dnia 19 września 2008 r. – (http://www.nil.org.pl/__data/assets/pdf_file/0013/4054/ru0015-08-V.pdf).

499 § 8 uchwały Naczelnej Rady Lekarskiej nr 15/08/V z dnia 19 września 2008 r. – (http://www.nil.org.pl/__data/assets/pdf_file/0013/4054/ru0015-08-V.pdf).

organizacyjnego biura Wielkopolskiej Izby Lekarskiej we wrześniu 2007 r.⁵⁰⁰ Jednak zanim to nastąpiło Okręgowa Rada Lekarska Wielkopolskiej Izby Lekarskiej zdecydowała już w I kadencji o powołaniu Komisji Szkolenia Medycznego, która zajęła się sprawami związanymi z doskonaleniem zawodowym lekarzy. Jej pierwszym przewodniczącym został dr hab. Andrzej Cieśliński⁵⁰¹.

Komisja Szkolenia Medycznego, choć miała umocowanie samorządowe, musiała stanąć przed koniecznością umiejscowienia swojej roli w procesach decyzyjnych dotyczących kształcenia lekarzy i to nie tylko w prawie korporacyjnym. Dotyczyło to także poziomu ustaw i rozporządzeń wydawanych na szczeblu krajowym. Łatwiej było budować relacje lokalne i branżowe, gdzie w toku negocjacji udawało się wypracować uczestnictwo przedstawicieli izby z głosem doradczym w sprawach związanych ze specjalizacjami, programami studiów medycznych, organizacją stażu podyplomowego czy kształcenia ustawicznego. Udało się również stosunkowo szybko uczestniczyć w egzaminach I° i II° specjalizacji, tworzyć struktury i programy szkolenia przed i podyplomowego oraz programy specjalizacji. Współpracowano z towarzystwami naukowymi a także uczestniczono w tworzenie Wydziału Szkolenia Podyplomowego Akademii Medycznej⁵⁰². Działalność przedstawicieli Komisji obejmowała również członkostwo i aktywność w strukturach Komisji Szkolenia Medycznego Naczelnej Rady Lekarskiej, do której należało 3 członków komisji z izby Wielkopolskiej.

W roku 1991 Komisja Szkolenia Medycznego Wielkopolskiej Izby Lekarskiej podjęła bardzo istotną decyzję kierunkową, która skutkuje swoim oddziaływaniem na następne kadencje. Chodzi mianowicie o rozpoczęcie prac nad stworzeniem regulaminu udzielania pomocy finansowej na cele szkoleniowe lub naukowe. Decyzja ta doprowadziła, w późniejszym okresie, do przyjęcia stosownego aktu ale jednocześnie do wydzielenia środków budżetowych na ten cel, co formalnie miało miejsce podczas obrad III Okręgowego Zjazdu Lekarzy Wielkopolskiej Izby Lekarskiej w dniu 26 kwietnia 1991 r. poprzez podjęcie uchwały nr 5 w sprawie wydzielenia części budżetu Izby na finansowanie wydatków na szkolenie medyczne. Uchwała ta przeznaczała kwotę ówczesnych 30 milionów złotych z przeznaczeniem na szkolenie podyplomowe. Ustalono, że środki te będą rozdysponowywane 2 razy do roku w drodze konkursu przeprowadzanego przez komisję powołaną przez Okręgową Radę Lekarską. Kryteria

⁵⁰⁰ Uchwała Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej nr 46/2007 z dnia 21 września 2007 r. – Archiwum WIL.

⁵⁰¹ *Wielkopolska Izba Lekarska. Tradycja ...*, op. cit., s. 67-68.

⁵⁰² Biuletyn Informacyjny Wielkopolskiej Izby Lekarskiej nr 1, brak daty wydania, s. 4.

przyznawania pomocy finansowej przygotować miała Komisja Szkolenia Medycznego, która rekomendowała go do zatwierdzenia Okręgowej Radzie Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej⁵⁰³. Regulamin przyznawania lekarzom pomocy finansowej na cele szkoleniowe został przyjęty w dniu 16 listopada 1991 r. Efektem tej uchwały było przyznanie pomocy finansowej na udział w szkoleniu oraz zjazdu 15 lekarzom na łączną sumę ponad 24 mln zł⁵⁰⁴. Drugą uchwałą w materii doskonalenia zawodowego było wyasygnowanie przez III Okręgowy Zjazd Lekarzy Wielkopolskiej Izby Lekarskiej kolejnej kwoty 30 mln zł na zakup subskrypcji materiałów szkoleniowych prezentowanych na taśmach wideo i magnetofonowych oraz czasopisma *New England Journal of Medicine*⁵⁰⁵. Zakupiono i użyczono członkom Wielkopolskiej Izby Lekarskiej taśmy magnetowidowe z zakresu ultrasonografii oraz problemów klinicznych związanych z zagrożeniem życia, taśmy magnetofonowe prezentujące aktualne problemy w kardiologii i taśmy video z zakresu stomatologii. Zakupy te dotyczyły także materiałów anglojęzycznych, co było przejawem wysokiego poziomu świadomości członków Komisji Szkolenia Medycznego o różnicach w poziomie wiedzy medycznej w Polsce okresu transformacji i krajach rozwiniętych. Pozytywne doświadczenia z realizacji pierwszych uchwał dotyczących finansowania doskonalenia zawodowego z budżetu Wielkopolskiej Izby Lekarskiej spowodowały coroczny wzrost tych środków i większe zainteresowanie środowiska i jednostek ochrony zdrowia powiększającą się wideoteką.

W II kadencji nastąpiła zmiana przewodniczącego Komisji Szkolenia Medycznego, którym został dr n. med. Michał Rólski. Dostrzegana jest również zmiana koncepcji funkcjonowania samej komisji. Poza dotychczasowymi działaniami na rzecz refundacji kosztów udziału w kursach i sympozjach naukowych czy pracach badawczych, Komisja Szkolenia Medycznego Wielkopolskiej Izby Lekarskiej, podjęła współpracę z instytucjami akademickimi na rzecz organizacji wspólnych przedsięwzięć szkoleniowych w formie podyplomowej. I tak w 1994 r. odbyły się kursy poświęcone m.in. „Doraźnej pomocy w stanach zagrożenia życia” czy „Terapii nadciśnienia

⁵⁰³ Uchwała nr 5 III Okręgowego Zjazdu Lekarzy Wielkopolskiej Izby Lekarskiej z dnia 26 kwietnia 1991 r. w sprawie wydzielenia części budżetu Izby na finansowanie wydatków na szkolenie medyczne – Archiwum WIL.

⁵⁰⁴ Sprawozdanie Komisji Szkolenia Medycznego na IV Okręgowy Zjazd Lekarzy Wielkopolskiej Izby Lekarskiej - Archiwum WIL.

⁵⁰⁵ Uchwała nr 6 III Okręgowego Zjazdu Lekarzy Wielkopolskiej Izby Lekarskiej z dnia 26 kwietnia 1991 r. w sprawie wydzielenia części budżetu Izby na finansowanie wydatków na szkolenie medyczne – Archiwum WIL.

tętniczego”.⁵⁰⁶ Jednocześnie rozpoczęto prace nad wykorzystaniem nowych narzędzi elektronicznych do celów szkoleniowych. Komisja Szkolenia Medycznego dofinansowywała również szkolenia organizowane przez delegatury Wielkopolskiej Izby Lekarskiej m.in. w Śremie, Koninie i Gnieźnie. Efektem działań na szeroką skalę było niemal 100 % wykonanie przyznanego budżetu, który wynosić miał 80 tys. zł. Wzrost ilości szkoleń i zakres ich dofinansowywania z budżetu izby spowodował odsunięcie od realizacji kontynuacji zakupu wideoteki do celów szkoleniowych. Skupiono się jednak na wykorzystaniu Internetu i sprzętu komputerowego do celów szkoleniowych. Właśnie ten cel był obecny w dążeniach członków Komisji Szkolenia Medycznego. Jednak sztywny poziom budżetu na cele kształcenia w ramach budżetu komisji oraz koncepcja kierunkowa, która mówiła o konieczności redystrybucji środków finansowych bezpośrednio do środowiska spowodował odłożenie w czasie działań inwestycyjnych i twardych na rzecz miękkich, takich jak refundacje i dofinansowywanie poszczególnych imprez o charakterze naukowym i dydaktycznym, które realizowane były na podstawie Uchwały nr 11/95 VIII Okręgowego Zjazdu Lekarzy Wielkopolskiej Izby Lekarskiej w Poznaniu z dnia 21 kwietnia 1995 r. w sprawie zasad przyznawania lekarzom pomocy na cele szkoleniowe. Zasady te umożliwiały refundację kosztów udziału do kwoty 150 zł w kursach i szkoleniach i do kwoty 500 zł za udział w obowiązkowych kursach atestacyjnych w trakcie specjalizacji. Umożliwiała również dopłatę w kwocie do 300 zł do stażu specjalizacyjnego⁵⁰⁷. Taka pomoc przysługiwała lekarzom raz do roku, a warunkiem było dostarczenie rachunków potwierdzających uczestnictwo w kursach i szkoleniach

III kadencja to zmiany organizacyjne w komisji. Zmienia ona nie tylko nazwę na Komisję ds. Kształcenia Medycznego. Zmienia się również jej przewodniczący. Został nim dr med. Marek Popielarz. Dodatkowo XII Okręgowy Zjazd Lekarzy Wielkopolskiej Izby Lekarskiej w Poznaniu w dniu 31.03.1998 r. zmienił zasady udzielania pomocy finansowej na cele kształcenia medycznego. Najważniejszą z nich było umożliwienie otrzymywania zwrotu poniesionych nakładów na doskonalenie zawodowe dla członków Wielkopolskiej Izby Lekarskiej w trakcie specjalizacji. Utrzymano jednorazową refundację, którą ustalono na maksymalnym poziomie 200 zł.

⁵⁰⁶ Sprawozdanie z działalności Komisji Szkolenia Medycznego ORL WIL za rok 1994 – Archiwum WIL.

⁵⁰⁷ Art. 2 pkt a) – c) Uchwały nr 11/95 VIII Okręgowego Zjazdu Lekarzy Wielkopolskiej Izby Lekarskiej w Poznaniu z dnia 21 kwietnia 1995 r. w sprawie zasad przyznawania lekarzom pomocy na cele szkoleniowe – Archiwum WIL.

Dla zwiększenia przejrzystości procedur wprowadzono również druki, na których składać należało wnioski o refundację. Wprowadzono również możliwość odwołania się do Okręgowej Rady Lekarskiej od negatywnej decyzji Komisji ds. Kształcenia Medycznego w sprawie przyznania refundacji kosztów uczestnictwa w kształceniu ustawicznym⁵⁰⁸.

W III kadencji zauważyć można lepszą współpracę z Akademią Medyczną w Poznaniu, co skutkowało podpisaniem w dniu 21 maja 1998 r. porozumienia o współpracy pomiędzy Wielkopolską Izbą Lekarską a Akademią Medyczną w Poznaniu. Umowa ta ma zasadnicze znaczenie z uwagi na fakt potwierdzenia w niej przez obu sygnatariuszy wiodącej roli samorządu lekarskiego w procesie kształcenia podyplomowego lekarzy i lekarzy dentystów. Komisja dążyła również do udostępnienia członkom Wielkopolskiej Izby Lekarskiej zasobów bibliotecznych Akademii Medycznej w Poznaniu poprzez Internet. Jednym ze środków do tego celu miało być w tej sytuacji dofinansowanie przez izbę XVII Konferencji Problemowej Bibliotek Medycznych. W 1999 r. zwiększono limit pomocy finansowej do kwoty 300 zł rocznie⁵⁰⁹. Duże zainteresowanie środowiska lekarskiego możliwością otrzymania zwrotu kosztów uczestnictwa w kursach doskonalących spowodowała powrót w roku 2001 do wcześniejszej koncepcji o refundacji wydatków na medyczne doskonalenie w różnych formach kształcenia podyplomowego. I tak refundacja przysługiwała:

- a) specjalizującym się lekarzom odbywających szkolenia i staże specjalizacyjne do wysokości 600 zł,
- b) lekarzom w trakcie stażu podyplomowego szkolących się w formach nieobjętych programem stażu do wysokości 100 zł, przyznane jednokrotnie w trakcie stażu,
- c) lekarzom po zakończeniu stażu podyplomowego, ale przed rozpoczęciem specjalizacji do wysokości 200 zł,

⁵⁰⁸ Uchwała nr 8/98 XII Okręgowego Zjazdu Lekarzy Wielkopolskiej Izby Lekarskiej w Poznaniu z dnia 31 marca 1998 r. w sprawie zasad udzielania pomocy finansowej na cele kształcenia medycznego – Archiwum WIL.

⁵⁰⁹ § 1 Uchwały nr 10/99 XIII Okręgowego Zjazdu Lekarzy Wielkopolskiej Izby Lekarskiej w Poznaniu z dnia 23 marca 1999 r. w sprawie zmiany Uchwały nr 8/99 XII Okręgowego Zjazdu Lekarzy Wielkopolskiej Izby Lekarskiej w Poznaniu z dnia 31 marca 1998 r. w sprawie udzielenia pomocy finansowej na cele kształcenia medycznego – Archiwum WIL.

d) lekarzom, którzy nie są pracownikami Akademii Medycznej ani słuchaczami studiów doktoranckich, uzyskujących stopień naukowy doktora nauk medycznych do wysokości 1.500 zł⁵¹⁰.

Przyjęte w 2001 r. zasady utrzymały się w mocy do 01 kwietnia 2006 r., kiedy to XXIII Okręgowy Zjazd Lekarzy Wielkopolskiej Izby Lekarskiej, na wniosek Komisji ds. Młodych Lekarzy, przyjął uchwałę nr 12/2006, która nowelizowała zasady udzielania pomocy finansowej na cele kształcenia medycznego i wprowadzała możliwość corocznego ustalania przez Komisję ds. Kształcenia Medycznego ryczałtowej stawki za każdy dzień pobytu na szkoleniu dla osób, które nie mogą udokumentować poniesionych wydatków fakturami i rachunkami, a musiały dojechać na kurs ponad 35 km⁵¹¹.

W IV kadencji praca Komisji ds. Kształcenia Medycznego musiała ulec rozszerzeniu. Komisja bowiem otrzymała nowe zadania w postaci nadzoru nad obligatoryjnością uzyskiwania punktów edukacyjnych przez środowisko lekarskie oraz koniecznością nadzoru nad jakością kształcenia podyplomowego poprzez prowadzenie rejestru podmiotów uprawnionych do prowadzenia kursów i szkoleń podyplomowych dla lekarzy i lekarzy dentystów w Wielkopolsce⁵¹². Połączenie tych nowych czynności z dotychczasowymi obowiązkami, do których należało ustalanie miejsc stażowych, usytuowało Komisję ds. Kształcenia Medycznego jako jedną z najistotniejszych komisji problemowych powoływanych przez Okręgową Radę Lekarską. Dodatkowo Rada Okręgowa Wielkopolskiej Izby Lekarskiej zdecydowała, że Komisja ds. Kształcenia zajmować się będzie również Współpracą Międzynarodową, co skutkowało powołaniem w ramach komisji Zespołu ds. Współpracy Międzynarodowej. Rozwiązanie to przetrwało jednak jedynie okres 4 lat, bowiem w 2006 r., kiedy Okręgowa Rada Lekarska Wielkopolskiej Izby Lekarskiej ustalała nowy skład komisji zdecydowała się wrócić do pierwotnej koncepcji, która funkcjonowała w samorządzie przez lata i pozostawić w gestii Komisji jedynie sprawy kształcenia i doskonalenia zawodowego. Okręgowa Rada Lekarska powołała w dniu 3 marca 2006 r. Komisję ds.

⁵¹⁰ § 2 ust. 1 pkt a) – d) uchwały nr 8/2001 XV Okręgowego Zjazdu Lekarzy Wielkopolskiej Izby Lekarskiej w Poznaniu z dnia 4 kwietnia 2001 r. w sprawie zasad udzielania pomocy finansowej na cele kształcenia medycznego – Archiwum WIL.

⁵¹¹ Uchwała nr 12/2006 XXIII Okręgowego Zjazdu Lekarzy Wielkopolskiej Izby Lekarskiej z dnia 1 kwietnia 2006 r. w sprawie zmian w uchwale nr 8/2001 XV Okręgowego Zjazdu Lekarzy Wielkopolskiej Izby Lekarskiej w Poznaniu z dnia 4 kwietnia 2001 r. w sprawie zasad udzielania pomocy finansowej na cele kształcenia medycznego – Archiwum WIL.

⁵¹² Sprawozdanie Komisji Kształcenia i Współpracy Międzynarodowej ORL WIL za 2003 r. – Archiwum WIL.

Kształcenia a jej przewodniczenie powierzyła dr n. med. Aldonie Pietrysiak. Komisja kontynuowała sprawy w zakresie stażu podyplomowego, rozliczania ewidencji doskonalenia zawodowego, współpracy z Centrum Egzaminów Medycznych, prowadzenia rejestru podmiotów kształcących oraz refundowała koszty podnoszenia kwalifikacji zawodowych dla członków izby. Niemniej jednak członkostwo w Unii Europejskiej otworzyło przed samorządem nową perspektywę, jaką była możliwość pozyskania zewnętrznych środków finansowych na prowadzenie kursów podnoszących kwalifikacje zawodowe. Jeszcze na przełomie lat 2005/2006 Wielkopolska Izba Lekarska opracowała „Program rozwoju i doskonalenia zawodowego lekarzy, członków Wielkopolskiej Izby Lekarskiej”, który został złożony w ramach konkursu ogłoszonego dla Sektorowego Programu Operacyjnego Rozwój Zasobów Ludzkich 2004-2006. Kurs ten obejmować miał następującą tematykę:

- a) Aktualizacja wiedzy z zakresu podstawowych dziedzin medycyny,
- b) Orzecznictwo,
- c) Kształcenie językowe o profilu medycznym,
- d) Stomatologia,
- e) Wczesna diagnostyka onkologiczna,
- f) Podstawy profilaktyki chorób przewlekłych o znaczeniu społecznym z elementami promocji zdrowia,
- g) Zarządzanie i organizacja bieżącej działalności placówek medycznych⁵¹³.

Rozmach projektu, w którym uczestniczyć miało ponad 1200 osób niestety nie przełożył się na pozytywną decyzję instytucji oceniającej. Nie spowodowało to jednak zaniechania działań na rzecz pozyskania środków unijnych na kształcenie. W kolejnych latach Wielkopolska Izba Lekarska również składała wnioski o dotację z Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki, w których proponowała szkolenia z czterech bloków tematycznych: onkologia i diagnostyka onkologiczna, ratownictwo medyczne, toksykologia i specjalistyczny, medyczny język angielski. Do końca roku 2009 nie udało się jednak uzyskać wsparcia.

Komisja cały czas patronowała, dofinansowywała i sama organizowała kursy doskonalenia zawodowego. Aktywną rolę w działalności szkoleniowej przejęły również delegatury Wielkopolskiej Izby Lekarskiej. Szczególnie aktywne są środowiska lekarzy dentyków z Delegatury Ostrowsko – Krotoszyńskiej oraz Delegatury Kaliskiej.

⁵¹³ Archiwum WIL.

W roku 2008 rozpoczęły się kolejne rozmowy o współpracy z Uniwersytetem Medycznym im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu na temat odnowienia współpracy, która uległa spowolnieniu. Ich efektem był m.in. przeprowadzony wspólnie we wrześniu 2008 r. kurs ze „Zdrowia publicznego”, w którym jednorazowo uczestniczyło ponad 100 lekarzy. Sukces wspólnego przedsięwzięcia spowodował podpisanie kolejnej umowy o współpracy władz izby i uniwersytetu, które miało miejsce w dniu 19.03.2009 r.⁵¹⁴

Analizując środki finansowe przekazywane corocznie przez Okręgowy Zjazd Lekarzy w uchwalanym budżecie należy zauważyć, że ich wysokość stanowiła istotną pozycję w wydatkach, które potocznie nazywano wydatkami „środowiskowymi”, tzn. takimi, które mają wracać bezpośrednio do lekarzy. Pierwsze wyodrębnienie pieniędzy oznaczonych na cele doskonalenia zawodowego miało miejsce w 1991 r. Od tego roku każdy budżet przeznaczzał część środków pieniężnych na ten cel i każdorazowo zarówno władze komisji, jak i władze izby dążyły przynajmniej do zachowania poziomu kwot z roku poprzedniego, choć zaobserwować należy stały wzrost ilości środków. Od roku 1999 poziom finansów na kształcenie przekracza 100.000 zł rocznie, z wyjątkami przypadającymi na lata 2002- 2005, kiedy to izba dokonywała min. zakupów inwestycyjnych w postaci nowej siedziby w Poznaniu oraz w Pile. Niemniej jednak od roku 2006 kwoty te znacznie przekraczają poziom 150.000 zł rocznie i co należy podkreślić były one konsumowane na poziomie przekraczającym 95 % wykorzystania rocznego budżetu.

Samorząd lekarski poza rozliczaniem lekarzy z dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego czy organizacją szkoleń, które miały to ułatwić prowadziła także rejestr podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe lekarzy i lekarzy dentyków. Obowiązek prowadzenia tego rejestru wynikał z art. 19c ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry⁵¹⁵ (tekst jednolity Dz. U. z 2002 r., Nr 21, poz. 204; Nr 76, poz. 691; Nr 152, poz. 1266; Nr 153, poz. 1271, z 2003 r. Nr 90, poz. 845 oraz z 2004 r. Nr 92, poz. 882 i 885, Nr 173, poz. 1808 i Nr 210, poz. 2135), który został wprowadzony do ustawy na mocy art. 20 pkt 2 ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. Przepisy wprowadzające ustawę o swobodzie działalności gospodarczej (Dz. U.

⁵¹⁴ Sprawozdanie z działalności Komisji ds. Kształcenia Medycznego ORL WIL za rok 2009 – Archiwum WIL.

⁵¹⁵ Na mocy art. 5 ust. 1 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o zmianie ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. 2004 r., nr 92, poz. 885) ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza zmieniła tytuł na ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry.

2004 r., nr 173, poz.1808). Zgodnie z zapisami ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry kształcenie podyplomowe lekarzy i lekarzy dentyistów mogli prowadzić przedsiębiorcy po uzyskaniu wpisu w rejestrze podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe lekarzy i lekarzy dentyistów prowadzonym przez właściwą okręgową radę lekarską oraz jednostki organizacyjne uprawnione do tego na podstawie odrębnych przepisów⁵¹⁶. Naczelna Rada Lekarska w oparciu o przepisy ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2004 r. w sprawie sposobów dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentyistów (Dz. U. Nr 231, poz. 2326) wydała uchwałę nr 100/04/IV z dnia 17 grudnia 2004 r. w sprawie sposobu, warunków oraz trybu wpisu do rejestru okręgowej izby lekarskiej podmiotów prowadzących doskonalenie zawodowe lekarzy i lekarzy dentyistów, nie uprawnionych na podstawie przepisów odrębnych oraz zasad prowadzenia rejestrów. § 13 ust. 5 tej uchwały zakładał, że w rejestr podmiotów prowadzących szkolenia podyplomowe lekarzy i lekarzy dentyistów zawierać będzie:

- numer wpisu do rejestru,
- oznaczenie podmiotu, jego siedzibę albo miejsce zamieszkania i adres,
- formę organizacyjno-prawną podmiotu,
- numer wpisu do ewidencji działalności gospodarczej lub Krajowego Rejestru Sądowego w przypadku przedsiębiorcy,
- określenie programu kształcenia,
- określenie organizatora doskonalenia zawodowego i trybu kształcenia,
- miejsce lub miejsca prowadzenia kształcenia,
- planowane terminy rozpoczęcia i zakończenia kształcenia,
- numer i data uchwały o wpisie do rejestru podmiotu oraz formy prowadzonego kształcenia lub formy prowadzonego kształcenia przez ten podmiot,
- okres ważności wpisu,
- datę i numer wydanego zaświadczenia o wpisie do rejestru,
- datę i wyniki przeprowadzonej kontroli podmiotu,
- dane dotyczące skreślenia podmiotu z rejestru.

⁵¹⁶ Art. 19 ust. 2 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry⁵¹⁶ (tekst jednolity Dz. U. z 2002 r., Nr 21, poz. 204; Nr 76, poz. 691; Nr 152, poz. 1266; Nr 153, poz. 1271, z 2003 r. Nr 90, poz. 845 oraz z 2004 r. Nr 92, poz. 882 i 885, Nr 173, poz. 1808 i Nr 210, poz. 2135)

Uchwała nr 100/04/IV obowiązywała zaledwie do 11 lutego 2005 r., kiedy to zastąpiła ją uchwała NRL nr 104/05/IV w sprawie sposobu, warunków oraz trybu wpisu do rejestru okręgowej izby lekarskiej podmiotów prowadzących doskonalenie zawodowe lekarzy i lekarzy dentystów oraz zasad prowadzenia tego rejestru oraz akredytacji form kształcenia. Zakres danych jakie miał zawierać rejestr podmiotów prowadzących szkolenia podyplomowe lekarzy i lekarzy dentystów określał § 8 ust. 6 uchwały. Był on taki sam jak uchwałę nr 100/04/IV z tą różnicą, że w zamiast informacji o programie kształcenia zawierał określenie rodzaju i trybu kształcenia.

Naczelna Rada Lekarska, zdając sobie sprawę ze słabości podstawy prawnej uchwał regulujących prowadzenie rejestru podmiotów prowadzących doskonalenie zawodowe lekarzy i lekarzy dentystów w postaci rozporządzenia Ministra Zdrowia z 6 października 2004 r. w sprawie sposobów dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentystów podjęła prace nad przygotowaniem projektu rozporządzenia w sprawie rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe lekarzy i lekarzy dentystów. Projekt został przyjęty uchwałą NRL nr 13/06/V z dnia 18 marca 2006 r.⁵¹⁷ i przekazany Ministrowi Zdrowia, który wydał stosowne rozporządzenie w grudniu 2006 r. Wcześniej, tj. we wrześniu 2005 r. Sejm zdecydował o wprowadzeniu do ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty zakresu danych gromadzonych w rejestrze podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe lekarzy, które w praktycznie pokrywał się z zakresem ustalonym przez Naczelną Radę Lekarską.⁵¹⁸

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 5 grudnia 2006 r. w sprawie rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe lekarzy i lekarzy dentystów (Dz. U. 2006 r., nr 239, poz. 1739) było na tyle szczegółowe, że Naczelna Rada Lekarska nie musiała podejmować nowej uchwały regulującej prowadzenie rejestru – uchyliła jedynie uchwałę nr 104/05/IV⁵¹⁹. Istotną zmianą jaką wprowadziło rozporządzenie była konieczność przedstawienia Naczelnej Radzie Lekarskiej danych potwierdzające spełnienie warunków prowadzenia kształcenia podyplomowego przez podmioty zamierzające wykonywać działalność na terenie całego kraju przed złożeniem wniosku

⁵¹⁷ <http://www.nil.org.pl/doc/1211/ru0013-06-V.rtf>.

⁵¹⁸ Art. 19c ust. 3 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty ustalony na mocy art. 2 pkt. 6 ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o zmianie ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej oraz ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. 2005 r., nr 175, poz.1461).

⁵¹⁹ Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 16/06/V z dnia 21 kwietnia 2006 r. – (<http://www.nil.org.pl/doc/1217/ru0016-06-V.rtf>).

o wpis do rejestru do okręgowej rady lekarskiej właściwej dla swojej siedziby⁵²⁰. Rozporządzenie nałożyło także na okręgowe izby lekarskie, które zamierzały organizować kształcenie podyplomowe obowiązek przedstawiania Naczelnej Radzie Lekarskiej danych potwierdzających spełnienie warunków prowadzenia kształcenia podyplomowego wraz z wnioskiem o wpis do rejestru prowadzonego przez Naczelną Radę Lekarską⁵²¹.

1.4 Postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy

Organami powołanymi do prowadzenia spraw z zakresu odpowiedzialności lekarzy w myśl ustawy z dnia 17 maja 1989 r. o izbach lekarskich były, na szczeblu izb okręgowych – okręgowy sąd lekarski i okręgowy rzecznik odpowiedzialności zawodowej (art. 28 i art. 29), a na szczeblu Naczelnej Izby Lekarskiej – Naczelny Sąd Lekarski i Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej (art. 39 i art. 40). Organy te były wybierane odpowiednio przez Krajowy i okręgowe zjazdy lekarzy (art. 23 pkt. 6 i art. 33 pkt. 6). Liczebność sądów lekarskich i liczba zastępców rzecznika odpowiedzialności zawodowej ustalana była przez zjazdy (art. 23 pkt. 5 i art. 33 pkt. 5).

Procedura postępowania w zakresie odpowiedzialności lekarzy została uregulowana w rozporządzeniu Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 26 września 1990 r. w sprawie postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy (Dz. U. 1990 r., nr 69, poz. 406). W myśl §19 rzecznik odpowiedzialności zawodowej wszczynał postępowanie w momencie kiedy uzyskał wiarygodną informację o przewinieniu lekarza. Sprawdzał on czy nie zachodzą przesłanki wyłączające postępowanie. Jeżeli tak, podejmował decyzję o odmowie wszczęcia postępowania. Jeżeli ich nie stwierdził, rozpoczynał postępowanie wyjaśniające (§20). Postępowanie wyjaśniające mogło zakończyć się na dwa sposoby: umorzeniem postępowania (§ 26 ust. 1) lub złożeniem wniosku o ukaranie lekarza do właściwego sądu lekarskiego (§ 27 ust. 1). Po otrzymaniu wniosku o ukaranie sąd lekarski mógł: umorzyć bądź zawiesić postępowanie, przekazać sprawę rzecznikowi w celu uzupełnienia postępowania wyjaśniającego lub skierować sprawę do rozpoznania na rozprawie (§ 29 ust. 2). Okręgowy sąd lekarski rozpatrywał sprawy w I instancji w składzie trzyosobowym (§ 9 ust. 1). Na rozprawie obecni byli rzecznik

⁵²⁰ § 2 ust. 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 grudnia 2006 r. w sprawie rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe lekarzy i lekarzy dentyistów (Dz.U. 2006 r., nr 239, poz. 1739).

⁵²¹ § 2 ust. 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 grudnia 2006 r. w sprawie rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe lekarzy i lekarzy dentyistów (Dz.U. 2006 r., nr 239, poz. 1739).

odpowiedzialności zawodowej jako oskarżyciel (§ 33) obwiniony lekarz i ustanowieni przez niego pełnomocnicy spośród adwokatów lub lekarzy (§ 15 ust. 1). W myśl § 5 ust. 1 rozporządzenia rozprawa była jawna jedynie dla członków samorządu lekarskiego. Oznaczało to, iż pokrzywdzony mógł być obecny na sali rozpraw jedynie w momencie przesłuchiwania go jako świadka.

Wyrokami jakie mogły zapadać przed sądami lekarskimi w myśl art. 42 ust. 1 ustawy o izbach lekarskich z 1989 r. były: upomnienie, nagana, zawieszenie prawa wykonywania zawodu lekarza na okres od sześciu miesięcy do trzech lat oraz pozbawienie prawa wykonywania zawodu. Zapaść mógł także wyrok uniewinniający.

Od wyroku sądu lekarskiego I instancji stronom postępowania (tj. rzecznikowi odpowiedzialności zawodowej i obwinionemu lekarzowi) przysługiwało odwołanie do Naczelnego Sądu Lekarskiego (§ 46 ust.1 rozporządzenia). Pokrzywdzony mógł odwołać się od wyroku sądu lekarskiego jedynie w części dotyczącej winy (§ 46 ust.2).

Naczelny Sąd Lekarski rozpatrywał odwołania w składzie pięcioosobowym. Do 2002 r., kiedy uchwalono nową ustawę o Sądzie Najwyższym (Ustawa z dnia 23 listopada 2002 r. o Sądzie Najwyższym, Dz. U. 2002 Nr 240 poz.2052, art. 77 ust. 3) jednym z sędziów był sędzia Sądu Najwyższego (art. 56 ustawy z dnia 17 maja 1989 r. o izbach lekarskich), który pełnił funkcję przewodniczącego składu orzekającego (§ 49 rozporządzenia).

W przypadkach, kiedy postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej dotyczyło członków: Naczelnej Rady Lekarskiej, Naczelnej Komisji Rewizyjnej, Naczelnego Sądu Lekarskiego, Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej i jego zastępców, a także okręgowych sądów lekarskich oraz okręgowych rzeczników odpowiedzialności zawodowej i ich zastępców Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej i Naczelny Sąd Lekarski działały jako organy I instancji (art. 46 ust. 3 pkt 2 ustawy z dnia 17 maja 1989 r. o izbach lekarskich).

Liczba spraw jakie trafiały do okręgowych rzeczników odpowiedzialności zawodowej i okręgowych sądów lekarskich w latach 1989 – 2009 rosła z kadencji na kadencję.

Tabela 4. Liczba spraw rozpatrywanych przez okręgowych rzeczników odpowiedzialności zawodowej okresie od I do V kadencji organów samorządu lekarskiego

Kadencja organów samorządu zawodowego	Liczba spraw
I	3657, strona 300
II	5430, strona 194
III	6699, strona 232
IV	8326, strona 32
V	8704, strona 47 (obejmuje okres do połowy 2009 r.)

Źródło: Opracowanie własne na podstawie sprawozdań kadencyjnych Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej

Tabela 5. Liczba spraw rozpatrywanych przez okręgowe sądy lekarskie w okresie od I do V kadencji organów samorządu lekarskiego

Kadencja organów samorządu zawodowego	Liczba spraw
I	410, s. 290
II	605, s. 234
III	Brak danych
IV	1369
V	1623

Źródło: Opracowanie własne na podstawie sprawozdań kadencyjnych Naczelnego Sądu Lekarskiego I i II kadencji oraz Danych liczbowych dotyczące pracy sądów lekarskich (<http://www.nil.org.pl/struktura-nil/naczelnny-sad-lekarski/sprawozdania/dane-liczbowe-dotyczace-pracy-sadow-lekarskich>).

W przypadku Wielkopolskiej Izby Lekarskiej liczba spraw prowadzonych przez Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej i Okręgowy Sąd Lekarski również wykazywała tendencję wzrostową by w okresie V kadencji organów samorządu osiągnąć wartość 812 w przypadku OROZ WIL⁵²² i 253 w przypadku OSŁ WIL⁵²³.

Podobnie jak w przypadku izb okręgowych również na szczeblu centralnym w latach 1989 – 2009 widoczny jest wzrost liczby spraw rozpatrywanych przez Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej i Naczelnny Sąd Lekarski.

⁵²² Sprawozdanie Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej w Poznaniu za okres od 20 listopada 2005 r. do 25 października 2009 r. – Archiwum WIL.

⁵²³ Dane liczbowe dotyczące pracy sądów lekarskich (<http://www.nil.org.pl/struktura-nil/naczelnny-sad-lekarski/sprawozdania/dane-liczbowe-dotyczace-pracy-sadow-lekarskich>).

Tabela 6. Liczba spraw rozpatrywanych przez Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej w okresie od I do V kadencji organów samorządu lekarskiego

Kadencja organów samorządu zawodowego	Liczba spraw w I instancji	Liczba spraw w II instancji
I	52	619
II	71	1150
III	91	1369
IV	139	2015
V	179	1789 (obejmuje okres do połowy 2009 r.)

Źródło: Opracowanie własne na podstawie sprawozdań kadencyjnych Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej

Tabela 7. Liczba spraw rozpatrywanych przez Naczelny Sąd Lekarski w okresie od I do V kadencji organów samorządu lekarskiego

Kadencja organów samorządu zawodowego	Liczba spraw w I instancji	Liczba spraw w II instancji
I	15	94
II	39	200
III	Brak danych	203 (tylko lata 1998 – 2000)
IV	83	297
V	124	382

Źródło: Opracowanie własne na podstawie sprawozdań kadencyjnych Naczelnego Sądu Lekarskiego
 Stały wzrost liczby spraw z zakresu odpowiedzialności zawodowej lekarzy w latach 1989 – 2009 tłumaczyć można wzrostem liczby członków samorządu lekarskiego oraz wzrostem świadomości pacjentów na temat funkcjonowania „lekarskiego wymiaru sprawiedliwości”.

Tabela 8. Rozstrzygnięcia spraw rozpatrywanych przez okręgowe sądy lekarskie w V kadencji organów samorządu lekarskiego

	2007	2008	2009
Liczba spraw	432	422	343
uniewinnienie	99	96	88
upomnienie	151	148	147
nagana	57	82	71
Zawieszenie prawa wykonywania zawodu	12	12	17
Odebranie prawa wykonywania zawodu	0	2	2

Źródło: Dane liczbowe dotyczące pracy sądów lekarskich
(http://www.nil.org.pl/xml/nil/wladze/str_sad/statystyki)

Tabela 9. Rozstrzygnięcia spraw rozpatrywanych przez Naczelny Sąd Lekarski w V kadencji organów samorządu lekarskiego

	2007	2008	2009
Liczba spraw	110	94	93
uniewinnienie	41	28	26
upomnienie	24	16	14
nagana	9	7	3
Zawieszenie prawa wykonywania zawodu	4	5	3
Odebranie prawa wykonywania zawodu	–	0	1

Źródło: Dane liczbowe dotyczące pracy sądów lekarskich
(http://www.nil.org.pl/xml/nil/wladze/str_sad/statystyki)

Jak widać w tabelach 8 i 9 większość spraw toczących się w okresie V kadencji organów samorządu lekarskiego przed sądami lekarskimi kończyła się uniewinnieniem. W przypadku uznania winy lekarza najczęściej sądy lekarskie orzekały karę upomnienia. Autor nie jest kompetentny do merytorycznej oceny decyzji rzeczników odpowiedzialności zawodowej i sądów lekarskich jednak z punktu widzenia pacjenta,

który nie był stroną postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy, nie mógł być obecny na rozprawie i mógł odwołać się od wyroku sądu lekarskiego jedynie w części dotyczącej winy taka praktyka orzecznicza mogła budzić przekonanie o preferowaniu przez rzeczników i sądy lekarskie interesu obwinionego lekarza. Z istnienia tego problemu zdawali sobie sprawę lekarze pracujący w sądach lekarskich i jako rzecznicy odpowiedzialności zawodowej. Skłoniło to samorząd lekarski do działań na rzecz zmiany ustawy z dnia 17 maja 1989 r. o izbach lekarskich w zakresie odpowiedzialności zawodowej lekarzy⁵²⁴, w których obok większego upodmiotowienia pacjenta w postępowaniu przed sądem lekarskim wskazywano konieczność rozszerzenia katalogu kar dla lekarzy uznanych winnymi. Niestety w omawianym okresie (1989 – 2009) nie udało się wprowadzić stosownych zmian w prawie. Nastąpiło to dopiero wraz z uchwaleniem ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. 2009 r., nr 219, poz.1708), której art. 56 ust. 1 stanowi iż, stronami postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy są pokrzywdzony oraz lekarz, którego dotyczy postępowanie, lub obwiniony, zaś art. 79 ust. 1 wprowadza jawność rozpraw przed sądem lekarskim. Do katalogu kar orzekanych przez sądy lekarskie nowa ustawa o izbach lekarskich do kar upomnienia, nagany, zawieszenia i pozbawienia prawa wykonywania zawodu dodała karę pieniężną, zakaz pełnienia funkcji kierowniczych w jednostkach organizacyjnych ochrony zdrowia oraz karę ograniczenia zakresu czynności w wykonywaniu zawodu lekarza (art. 83 ust. 1 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich).

1.5 Orzekanie w przedmiocie niezdolności lekarza do wykonywania zawodu

Art. 4 ust. 2 pkt 3 ustawy z dnia 17 maja 1989 r. o izbach lekarskich (Dz. U. 1989 r., nr 30, poz.158) stanowił, że izby lekarskie sprawują orzecznictwo w przedmiocie orzekania o niezdolności do wykonywania zawodu lekarza. Ustawodawca miał tu na myśli niezdolność do wykonywania zawodu lekarza, wywołaną chorobą psychiczną, narkomanią, alkoholizmem, niedołęstwem lub kalectwem. Sposób orzekania o niezdolności do wykonywania zawodu lekarza zostały określone w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 2 września 1991 r. w sprawie postępowania dotyczącego pozbawiania prawa wykonywania zawodu lekarza z

⁵²⁴ Projekt rekodyfikacji ustawy o izbach lekarskich w zakresie odpowiedzialności zawodowej z uwagami Naczelnego Sądu Lekarskiego i przewodniczących Okręgowych Sądów Lekarskich opracowanymi 19.04.2002 na szkoleniu w Jachrance (http://www.nil.org.pl/xml/nil/wladze/str_sad/dokumenty/nowodpzw2002).

powodu niezdolności do jego wykonywania (Dz. U. 1991 r., nr 83, poz. 379). Postępowanie dotyczące pozbawienia prawa wykonywania zawodu z powodu niezdolności do wykonywania zawodu lekarza wszczyniała okręgowa rada lekarska, na której obszarze lekarz był wpisany na listę członków okręgowej izby lekarskiej⁵²⁵. W myśl § 3 rozporządzenia właściwa rada okręgowa powoływała specjalną komisję lekarską dla oceny niezdolności do wykonywania zawodu lekarza, w skład której wchodziło co najmniej trzech lekarzy. Przewodniczącym takiej komisji powinien być lekarz będący członkiem okręgowej rady lekarskiej. W przypadku kiedy podstawą wszczęcia postępowania było podejrzenie niezdolności do wykonywania zawodu lekarza, wywołanej chorobą psychiczną, narkomanią lub alkoholizmem, w skład komisji wchodziło co najmniej dwóch lekarzy psychiatrów. Lekarz, którego postępowanie dotyczyło, mógł wskazać lekarza nie będącego członkiem komisji jako swojego męża zaufania, który miał prawo uczestniczyć we wszystkich czynnościach komisji, z wyjątkiem głosowania⁵²⁶. Komisja wydawała orzeczenie na podstawie badania lekarskiego i dokumentacji medycznej nie później niż w ciągu dwóch miesięcy od dnia powołania⁵²⁷. W przypadku, kiedy komisja nie stwierdzała podstaw do pozbawienia prawa wykonywania zawodu lekarza, okręgowa rada lekarska podejmowała uchwałę o umorzeniu postępowania. W przeciwnym razie rada odbierała lekarzowi prawo wykonywania zawodu, również w drodze uchwały, od której lekarzowi przysługiwało odwołanie do Naczelnej Rady Lekarskiej⁵²⁸. Na mocy uchwały Naczelnej Rady Lekarskiej nr 95/93/I z dnia 24 kwietnia 1993 r. w uzasadnionych przypadkach Prezydium NRL powoływało komisję pod przewodnictwem członka Naczelnej Rady Lekarskiej dla dokonania ponownej oceny niezdolności lekarza do wykonywania zawodu⁵²⁹.

⁵²⁵ § 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 2 września 1991 r. w sprawie postępowania dotyczącego pozbawiania prawa wykonywania zawodu lekarza z powodu niezdolności do jego wykonywania (Dz. U. 1991 r., nr 83, poz. 379).

⁵²⁶ § 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 2 września 1991 r. w sprawie postępowania dotyczącego pozbawiania prawa wykonywania zawodu lekarza z powodu niezdolności do jego wykonywania (Dz. U. 1991 r., nr 83, poz. 379).

⁵²⁷ § 5 i § 6 rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 2 września 1991 r. w sprawie postępowania dotyczącego pozbawiania prawa wykonywania zawodu lekarza z powodu niezdolności do jego wykonywania (Dz. U. 1991 r., nr 83, poz. 379).

⁵²⁸ §§ 9 – 11 rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 2 września 1991 r. w sprawie postępowania dotyczącego pozbawiania prawa wykonywania zawodu lekarza z powodu niezdolności do jego wykonywania (Dz. U. 1991 r., nr 83, poz. 379).

⁵²⁹ Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 95/93/I z dnia 24 kwietnia 1993 r. – Biuletyn Naczelnej Rady Lekarskiej, Rok 4, nr 2 (20), s. 112.

W związku z wejściem w życie ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej w sprawie postępowania dotyczącego pozbawiania prawa wykonywania zawodu lekarza z 1991 r. przestało obowiązywać. Art. 12 ustawy oraz rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 11 maja 1999 r. w sprawie trybu powoływania i organizacji komisji orzekającej w przedmiocie niezdolności lekarza do wykonywania zawodu albo ograniczenia w wykonywaniu ściśle określonych czynności medycznych oraz trybu orzekania o niezdolności do wykonywania zawodu lekarza (Dz. U. 1999 r., nr 47, poz. 479) przewidywały bardzo zbliżoną do obowiązującej wcześniej procedurę, z niewielkimi różnicami: komisja orzekająca w przedmiocie niezdolności lekarza do wykonywania zawodu albo ograniczenia w wykonywaniu ściśle określonych czynności medycznych ze względu na stan zdrowia uniemożliwiający wykonywanie zawodu lekarza, powoływana była przez właściwą okręgową radę lekarską w trybie uchwały. W jej skład mogli być powołani lekarze będący członkami właściwej okręgowej izby lekarskiej, wykonujący zawód lekarza co najmniej od 7 lat i posiadający specjalizację w odpowiedniej dziedzinie medycyny. Termin wydania orzeczenia przez komisję został zaś wydłużony do trzech miesięcy⁵³⁰. Istotną zmianą było danie możliwości okręgowej radzie lekarskiej podjęcia uchwały o zawieszeniu lekarza w prawie wykonywania zawodu albo o ograniczeniu w wykonywaniu określonych czynności medycznych jeżeli lekarz odmawiał poddania się badaniu przez komisję lub gdy okręgowa rada lekarska na podstawie wyników postępowania wyjaśniającego uznała, że dalsze wykonywanie zawodu lub ściśle określonych czynności medycznych przez lekarza grozi niebezpieczeństwem dla osób przez niego leczonych, do czasu zakończenia postępowania⁵³¹.

Drugą ważną zmianą jaką przyniosła ustawa o zawodzie lekarza z 1996 r. było wprowadzenie zasady, że jeżeli okręgowa rada lekarska stwierdziła, że istnieje uzasadnione podejrzenie niedostatecznego przygotowania zawodowego lekarza, powoływała komisję złożoną z lekarzy o odpowiednich kwalifikacjach zawodowych, która wydawała opinię o przygotowaniu zawodowym tego lekarza. Na podstawie tej opinii komisji, rada mogła zobowiązać lekarza do odbycia uzupełniającego

⁵³⁰ §§ 1 -5 rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 11 maja 1999 r. w sprawie trybu powoływania i organizacji komisji orzekającej w przedmiocie niezdolności lekarza do wykonywania zawodu albo ograniczenia w wykonywaniu ściśle określonych czynności medycznych oraz trybu orzekania o niezdolności do wykonywania zawodu lekarza (Dz. U. 1999 r., nr 47, poz. 479).

⁵³¹ Art. 12 ust. 4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza (Dz. U. 1997 r., nr 28, poz. 152).

przeszkolenia. Zainteresowany lekarz uprawniony był do uczestnictwa w posiedzeniu okręgowej rady lekarskiej w czasie rozpatrywania jego sprawy. W przypadku nieusprawiedliwionego niestawiania się lekarza przed komisją lub uchylania się od uczestnictwa w uzupełniającym przeszkoleniu, okręgowa rada lekarska podejmowała uchwałę o zawieszeniu lekarza w prawie wykonywania zawodu lub o ograniczeniu w wykonywaniu określonych czynności medycznych do czasu zakończenia przeszkolenia⁵³².

Tabela 10. Liczba Komisji powołanych przez Okręgową Radę Lekarską WIL do oceny zdolności do wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentysty

Źródło: Okręgowy Rejestr Lekarzy WIL

Rok	Liczba powołanych komisji
1992	2
1993	3
1994	1
1996	1
1997	5
1998	2
1999	1
2000	1
2001	2
2002	3
2003	4
2004	3

Źródło: Okręgowy Rejestr Lekarzy WIL

Samorząd lekarski w latach 1989 – 2009 skutecznie sprawował pieczę i nadzór nad należyтым i sumiennym wykonywaniem zawodu lekarza. Przyznawanie prawa wykonywania zawodu lekarzom, lekarzom dentystom i felczerom oraz prowadzenie rejestrów lekarzy i felczerów dawało izbom lekarskim pełny obraz stanu kadr lekarskich w Polsce. Dzięki zainwestowaniu znacznych środków w digitalizację rejestrów samorząd lekarski miał szybki dostęp do pewnych informacji o każdym lekarzu czy felczerze.

Rejestry prowadzone przez samorząd lekarski umożliwiały łatwiejsze zarządzanie procesem kształcenia podyplomowego lekarzy, który był kontrolowany przez izby lekarskie zarówno od strony organizatorów szkoleń, jak i potencjalnych

⁵³² Art. 11 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza (Dz. U. 1997 r., nr 28, poz. 152).

uczestników. Dzięki danym z rejestrów lekarzy i rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe lekarzy i lekarzy dentyistów można było uzgodnić ofertę szkoleniową z potrzebami lekarzy, z czego korzystała sama Wielkopolska Izba Lekarska jako organizator szkoleń.

Prowadzenie postępowań w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy oraz orzekanie przez izby w przedmiocie niezdolności lekarza do wykonywania zawodu pozwalało samorządowi lekarskiemu na skuteczne usuwanie ze swojego grona lekarzy ludzi niegodnych parania się tym zajęciem, stanowiących zagrożenie dla pacjentów oraz niezdolnych do pracy ze względu na stan zdrowia.

Przekazanie tych zadań i uprawnień z nimi związanych samorządowi lekarskiemu stanowiło dowód wielkiego zaufania i uznania dla zawodu lekarza ze strony państwa. W omawianym okresie izby lekarskie tego zaufania nie zawiodły.

2. Ustanawianie obowiązujących wszystkich lekarzy zasad etyki i deontologii zawodowej oraz dbałość o ich przestrzeganie

Samorząd zawodowy lekarzy ustanowił, obowiązujące wszystkich swoich członków, zasady etyki i deontologii zawodowej podczas Nadzwyczajnego II Krajowego Zjazdu Lekarzy w grudniu 1991 r. Kodeks Etyki Lekarskiej⁵³³, który wszedł w życie 3 maja 1992 r.⁵³⁴, zastąpił, obowiązujący do czasu uchwalenia zasad etyki i deontologii zawodowej przez korporację lekarską, „Zbiór zasad etyczno-deontologicznych polskiego lekarza” uchwalony przez Zjazd Delegatów Polskiego Towarzystwa Lekarskiego w dniu 6 czerwca 1967 r. ze zmianą z dnia 22 czerwca 1984 r.⁵³⁵ Składał się on z dwóch części: ogólnej i szczegółowej. Część ogólna obejmowała 5 pierwszych artykułów, zaś część szczegółowa obejmowała 74 artykuły ujęte w 6 rozdziałach:

- Rozdział I. Postępowanie lekarza wobec pacjenta Art. 6-42
 - Swoboda wyboru Art. 6-8
 - Jakość opieki lekarskiej Art. 9-12

⁵³³ Uchwała nr 5 Nadzwyczajnego II Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 14 grudnia 1991 r. w sprawie Kodeksu Etyki Lekarskiej (http://www.nil.org.pl/__data/assets/rtf_file/0011/8021/uchwala_-_Kodeks_Etyki_Lekarskiej.rtf).

⁵³⁴ § 1 Uchwały nr 4 Nadzwyczajnego II Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 14 grudnia 1991 r. w sprawie przepisów wprowadzających Kodeks Etyki Lekarskiej (http://www.nil.org.pl/__data/assets/rtf_file/0010/8020/uchwala_-_przepisy_wprowadzajace_KEL.rtf).

⁵³⁵ Art. 63 ust. 2 ustawy z dnia 17 maja 1989 r. o izbach lekarskich (Dz. U. 1989 r., nr 30, poz. 158) i § 2 Uchwały nr 4 Nadzwyczajnego II Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 14 grudnia 1991 r. w sprawie przepisów wprowadzających Kodeks Etyki Lekarskiej (http://www.nil.org.pl/__data/assets/rtf_file/0010/8020/uchwala_-_przepisy_wprowadzajace_KEL.rtf).

- Prawa pacjenta Art. 13-23
- Tajemnica lekarska Art. 24-29
- Pomoc chorym w stanach terminalnych Art. 30-32
- Transplantacja Art. 33-36
- Prokreacja Art. 37-40
- Zaświadczenia i orzeczenia lekarskie Art. 41-42
- Rozdział II. Badania naukowe i eksperymenty medyczne Art. 43-53
- Rozdział III. Stosunki wzajemne między lekarzami Art. 54-56
- Rozdział IV. Zasady postępowania w praktyce lekarskiej Art. 57-70
- Rozdział V. Lekarz a społeczeństwo Art. 71-77
- Rozdział VI. Zasady końcowe Art. 78-79

Kodeksu Etyki Lekarskiej poprzedzało przyrzeczenie lekarskie.

Jeszcze przed wejściem w życie Kodeks Etyki Lekarskiej stał się zarzewiem gorących dyskusji toczonych zarówno w łonie samorządu lekarskiego, jak i poza nim. Koncentrowały się one przede wszystkim na artykułach 37-40 dotyczących zagadnień udziału lekarza w procesie prokreacji. Był to bowiem czas kiedy w Sejmie pracowano nad ustawą o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży, uchwaloną ostatecznie 7 stycznia 1993 r.⁵³⁶

Pierwsza głos zabrała prof. Zofia Kuratowska. Ze względu na niemożność wzięcia udziału w Nadzwyczajnym II Krajowym Zjeździe Lekarzy skierowała na ręce Przewodniczącego NRL prof. Tadeusza Chruściela pismo dotyczące konkretnych sformułowań z projektu podrozdziału KEL „Prokreacja”. Prof. Kuratowska opowiadała się w nim za dopuszczeniem działań lekarza mającym na celu usunięcie ciąży w przypadku zagrożenia życia kobiety i w przypadku, kiedy ciąża była efektem przestępstwa lub w badaniach przedporodowych stwierdzono ciężkie deformacje płodu. Postulowała, że decyzja o usunięciu ciąży ma być autonomiczną decyzją kobiety, a lekarz powinien być zobowiązany do udzielenia jej pełnej, obiektywnej informacji w tym zakresie. Delegaci na Zjeździe nie zgodzili się na odczytanie pisma. Z jego treścią lekarze zapoznali się po opublikowaniu jej w *Gazecie Lekarskiej* w styczniu 1992 r.⁵³⁷ Warto w tym miejscu dodać, że postulat dopuszczalności przerywania ciąży będącej efektem przestępstwa został zawarty w ostatecznej wersji KEL przyjętej na Zjeździe.

⁵³⁶ Ustawa z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży (Dz. U. 1993 r., nr 17, poz. 78).

⁵³⁷ *Gazeta Lekarska*, nr 1 (14), styczeń 1992, s. 8.

Na temat zapisów Kodeksu Etyki Lekarskiej dyskutowali również posłowie podczas posiedzenia Sejmu 18 grudnia 1991 r. W zależności od przynależności partyjnej posłowie wypowiadali się przychylnie lub krytycznie o zapisach Kodeksu⁵³⁸.

Podobnie środowisko lekarskie podzieliło się w ocenach Kodeksu Etyki Lekarskiej. Okręgowa Rada Lekarska Dolnośląskiej Izby Lekarskiej uznała sposób organizacji Zjazdu w Bielsku - Białej za niewłaściwy pod względem formalnym i merytorycznym. Negatywnie odniosła się również do wprowadzenia do KEL zapisów, które w jej ocenie powinny być unormowane przez Parlament. Także Okręgowa Rada Lekarska w Opolu nieprzychylnie odniosła się do sposobu organizacji Zjazdu i uchwalenia Kodeksu Etyki Lekarskiej. Z kolei Okręgowe Rady Lekarskie izb w Zielonej Górze i Katowicach oceniły Zjazd jako prawidłowy a Kodeks Etyki nie budził ich zastrzeżeń⁵³⁹. Do Naczelnej Izby Lekarskiej dotarły także protesty wyrażające dezaprobatę dla przebiegu i decyzji Zjazdu w Bielsku-Białej podpisane przez ponad 2700 lekarzy z całej Polski. Podnoszono w nich przede wszystkim niedostateczną konsultację projektu KEL ze środowiskiem lekarskim oraz krytykowano artykuły dotyczące prokreacji. Opinie te potwierdziły późniejsze badania socjologiczne przeprowadzone przez Okręgową Izbę Lekarską w Łodzi, w których blisko 74% badanych lekarzy stwierdziło, że nie miało możliwości zapoznania się z projektem Kodeksu⁵⁴⁰. Naczelna Rada Lekarska oświadczyła, iż zdaje sobie sprawę z faktu, że nie zdołała dostarczyć projektu KEL każdemu lekarzowi, jednak w proces konsultacji projektu Kodeksu zaangażowano wszystkie izby okręgowe, towarzystwa specjalistyczne i ekspertów w sprawach etyki i deontologii i że trwał on dostatecznie długo. NRL stwierdziła także, że wszelkie zmiany Kodeksu Etyki Lekarskiej będą odbywały się zgodnie z procedurami przyjętymi przez samorząd lekarski⁵⁴¹.

Oświadczenie NRL nie ucięło jednak dyskusji nad Kodeksem Etyki Lekarskiej. Już po wejściu w życie Kodeksu Etyki Lekarskiej (3 maja 1992 r.) IV Okręgowy Zjazd Lekarzy Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie 9 maja 1992 r. podjął decyzję o skierowaniu do Naczelnej Rady Lekarskiej wniosku o zwołanie Nadzwyczajnego III Krajowego Zjazdu Lekarzy i zaapelował do wszystkich pozostałych rad okręgowych o poparcie tego wniosku. Dodatkowo IV OZL OIL w Warszawie podjął uchwałę o

⁵³⁸ Ibidem, s 17.

⁵³⁹ *Gazeta Lekarska*, nr 2 (15), luty 1992 r., s. 5-8.

⁵⁴⁰ J. Koniarek, *Lekarze o izbie lekarskiej i Kodeksie Etyki Lekarskiej*, Łódź 1993 r., s. 47.

⁵⁴¹ Oświadczenie Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 14 lutego 1992 r. w sprawie Kodeksu Etyki Lekarskiej - *Biuletyn Naczelnej Rady Lekarskiej*, Rok 3, nr 1 (13), s. 10- 12.

nieobowiązaniu Kodeksu Etyki Lekarskiej na terenie Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie. W reakcji na tę uchwałę Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej wydało stanowisko, w którym stwierdziło że jedyną władzą samorządu lekarzy uprawnioną do uchwalania zasad etyki i deontologii zawodowej jest Krajowy Zjazd Lekarzy, w związku z czym wszelkie uchwały organów okręgowych izb lekarskich na temat zasad etyki lekarskiej są niezgodne z ustawą o izbach lekarskich i są nieważne od chwili podjęcia⁵⁴². Naczelna Rada Lekarska uznała również IV OZL OIL w Warszawie o zwołanie Nadzwyczajnego III Krajowego Zjazdu Lekarzy za bezzasadny⁵⁴³.

7 października 1992 r. Trybunał Konstytucyjny wydał postanowienie w sprawie wniosku Rzecznika Praw Obywatelskich o stwierdzenie:

- 1) czy art. 37 Kodeksu Etyki Lekarskiej jest zgodny z art. 90 Konstytucji RP w zw. z art. 1 ust. 1 ustawy z dnia 27 kwietnia 1956 r. o warunkach dopuszczalności przerywania ciąży;
- 2) czy art. 76 Kodeksu Etyki Lekarskiej jest zgodny z art. 110 § 2 Kodeksu karnego wykonawczego;
- 3) czy art. 26 Kodeksu Etyki Lekarskiej jest zgodny z art. 14 ustawy z dnia 28 października 1950 r. o zawodzie lekarza;
- 4) czy art. 46 w związku z art. 48 Kodeksu Etyki Lekarskiej jest zgodny z art. 23a Kodeksu karnego⁵⁴⁴.

Wniosek złożyła 7 stycznia 1992 r. prof. Ewa Łętowska, której kadencja dobiegła końca w lutym 1992 r. Jej następcą na stanowisku Rzecznika Praw Obywatelskich prof. Tadeusz Zieliński zdecydował o podtrzymaniu wniosku w tej sprawie.

RPO zgłaszał wątpliwości czy art. 37 KEL dopuszczający przerwanie ciąży tylko dla ratowania życia i zdrowia matki oraz w przypadkach gdy ciąża jest skutkiem przestępstwa był zgodny z obowiązującą w tym czasie ustawą o warunkach dopuszczalności przerywania ciąży, która wskazywała także trudne warunki życiowe kobiety ciężarnej jako podstawę decyzji o aborcji⁵⁴⁵; czy art. 76 KEL, stanowiący że

⁵⁴² Stanowisko Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 18 maja 1992 r. w sprawie obowiązywania Kodeksu Etyki Lekarskiej na terenie Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie - Biuletyn Naczelnej Rady Lekarskiej, Rok 3, nr 3 (15), s. 81-82.

⁵⁴³ Stanowisko Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 19 czerwca 1992 r. w sprawie wniosku IV Okręgowego Zjazdu Lekarzy Warszawskiej Izby Lekarskiej - Biuletyn Naczelnej Rady Lekarskiej, Rok 3, nr 4 - 6 (16 - 18), s. 102.

⁵⁴⁴ Postanowienie Trybunału Konstytucyjnego z dnia 7 października 1992 r. Sygn. akt (U. 1/92); OTK1986-1995/t3/1992/cz2/38.

⁵⁴⁵ Art. 1 ust. 1 pkt 1 lit b) ustawy z dnia 27 kwietnia 1956 r. o warunkach dopuszczalności przerywania ciąży (Dz. U. 1956 r., nr 12, poz. 61).

lekarz nigdy nie może uczestniczyć w akcie pozbawiania życia jest zgodny z normą kodeksu karnego wykonawczego, która ustanawiała wymóg obecności m.in. lekarza przy wykonywaniu kary śmierci; czy art. 26 KEL, mówiący że zwolnienie z tajemnicy lekarskiej może nastąpić tylko wtedy, gdy pacjent wyrazi na to zgodę lub jeśli zachowanie tajemnicy w sposób istotny zagraża zdrowiu i życiu pacjenta lub innych osób nie stoi w sprzeczności np. z obowiązującą zasadą, że z tajemnicy lekarskiej może zwolnić lekarza sąd. Rzecznik Praw Obywatelskich wskazywał w swoim wniosku również fakt że art. 46 i 48 KEL, normującymi dopuszczalność eksperymentów medycznych na ludziach, poza zabezpieczeniami formalnymi i proceduralnymi (zgoda pacjenta) ograniczały się w zasadzie do wymogu uzasadnionego oczekiwania sukcesu, podczas gdy Kodeks karny przewidywał znacznie więcej warunków, które powinny być spełnione, aby eksperyment mógł być uznany za legalny, takich jak: korzyść o istotnym znaczeniu, dopuszczalność eksperymentów według stanu wiedzy i zachowanie zasad ostrożności⁵⁴⁶.

Trybunał Konstytucyjny w swoim postanowieniu orzekł, że przedmiotem oceny Trybunału Konstytucyjnego nie może być sama norma etyczna a jedynie norma prawna, którą norma etyczna dookreśla, z tego względu odmówił oceny zgodności wskazanych przez Rzecznika Praw Obywatelskich artykułów Kodeksu Etyki Lekarskiej z Konstytucją i ustawami. Jednocześnie jednak sędziowie Trybunału uznali, że przedmiotem oceny Trybunału Konstytucyjnego w niniejszej sprawie są art. 15 pkt 1 (mówiący, że członkowie samorządu zobowiązani są przestrzegać zasad etyki i deontologii zawodowej), art. 41 i 42 ust. 1 (mówiące o podleganiu lekarzy karze nakładanej przez sąd lekarski za postępowanie sprzeczne z zasadami etyki i deontologii zawodowej) ustawy z dnia 17 maja 1989 r. o izbach lekarskich dookreślone przez normy art. 37, 76, 26, 46 i 48 KEL. W wyniku tej oceny Trybunał postanowił zasygnalizować Sejmowi Rzeczypospolitej Polskiej sprzeczność:

- o pomiędzy art. 15 pkt 1, art. 41 i art. 42 ust. 1 ustawy z dnia 17 maja 1989 r. o izbach lekarskich w związku z art. 37 Kodeksu etyki lekarskiej, a art. 1 ust. 1 ustawy z dnia 27 kwietnia 1956 r. o warunkach dopuszczalności przerywania ciąży,

⁵⁴⁶ Postanowienie Trybunału Konstytucyjnego z dnia 7 października 1992 r. Sygn. akt (U. 1/92); OTK1986-1995/t3/1992/cz2/38.

- pomiędzy art. 15 pkt. 1, art. 41 i art. 42 ust. 1 ustawy z dnia 17 maja 1989 r. o izbach lekarskich, w związku z art. 26 Kodeksu etyki lekarskiej, a art. 14 ust. 2 pkt 1 ustawy z dnia 28 października 1950 r. o zawodzie lekarza,
- pomiędzy art. 15 pkt 1, art. 41 i art. 42 ust. 1 ustawy z dnia 17 maja 1989 r. o izbach lekarskich w zw. z art. 46 i 48 Kodeksu etyki lekarskiej, a art. 23a Kodeksu karnego.

Uzasadniając takie rozstrzygnięcie Trybunał podzielił argumentację RPO i wskazał, że sprzeczności te mogły być usunięte jedynie przez Ustawodawcę. Trybunał Konstytucyjny w postanowieniu z dnia 7 października 1992 r. Sygn. akt (U. 1/92) orzekł także, że nie zachodzi sprzeczność pomiędzy art. 15 pkt 1 ustawy o izbach lekarskich w zw. z art. 76 Kodeksu etyki lekarskiej, a art. 110 § 2 Kodeksu karnego wykonawczego, bowiem zdaniem Trybunału obecność lekarza nie była uczestnictwem w wykonywaniu kary śmierci skoro obecność lekarza sprowadzała się jedynie do stwierdzenia zgonu osoby skazanej⁵⁴⁷.

Postanowienie Trybunału Konstytucyjnego zostało przyjęte przez Naczelną Izbę Lekarską z satysfakcją. Członkowie organów NIL dostrzegali jedynie te elementy postanowienia Trybunału, które mówiły o tym, że nie może on oceniać samych norm etycznych stanowionych przez samorząd lekarski. Doprowadziło ich to do przekonania o wyższości norm etycznych nad normami prawnymi⁵⁴⁸. Zaś Rzecznik Praw Obywatelskich w reakcji na to postanowienie złożył 16 listopada 1992 r. wniosek o ustalenie powszechnie obowiązującej wykładni art. 41 w zw. z art. 15 pkt 1 ustawy z dnia 17 maja 1989 r. o izbach lekarskich przez wyjaśnienie, czy uzasadnia odpowiedzialność zawodową lekarza na podstawie art. 41 ustawy o izbach lekarskich, w granicach sankcji przewidzianych w art. 42 tej ustawy, postępowanie lekarza:

- działającego z zachowaniem warunków określonych w art. 1 ust. 2 i 3 ustawy z dnia 27 kwietnia 1956 r. o warunkach dopuszczalności przerywania ciąży (Dz. U. 1956 r. Nr 12 poz. 61 z późn. zm.), lecz w okolicznościach nie dopuszczonych przez art. 37 Kodeksu Etyki Lekarskiej,

- dopełniającego obowiązek zawiadomienia władz powołanych do ścigania przestępstw wynikający z art. 13 pkt 2 ustawy z dnia 28 października 1950 r. o zawodzie lekarza (Dz. U. 1950 r. Nr 50 poz. 458 z późn. zm.) jeżeli wypełnienie tego obowiązku koliduje z art. 25 lub 26 Kodeksu etyki lekarskiej,

⁵⁴⁷ Ibidem.

⁵⁴⁸ Z. Wiśniewski, *Kronika izb...*, op. cit., Warszawa 2005, s. 168- 170.

- przeprowadzającego eksperyment badawczy, w tym także biomedyczny na człowieku, z zachowaniem warunków określonych w art. 23a Kodeksu karnego, lecz bez zachowania warunków określonych w art. 46 Kodeksu etyki lekarskiej.

Nadto Rzecznik Praw Obywatelskich wniósł o ustalenie wykładni art. 23a Kodeksu karnego przez wyjaśnienie, czy eksperyment na człowieku, w tym także eksperyment biomedyczny na człowieku, dokonany bez osobiście wyrażonej zgody osoby poddanej temu eksperymentowi, może być, ze względu na postanowienia art. art. 46-48 Kodeksu etyki lekarskiej, uznany za prawnie dopuszczalny⁵⁴⁹.

Trybunał Konstytucyjny uchwałą z dnia 17 marca 1993 r. ustalił, że do czasu usunięcia przez Sejm sygnalizowanych przez Trybunał Konstytucyjny postanowieniem z dnia 7 października 1992 r. (U. 1/92) sprzeczności w obowiązującym stanie prawnym należy przyjąć, że:

- 1) art. 41 w związku z art. 15 pkt 1 ustawy z dnia 17 maja 1989 r. o izbach lekarskich (Dz. U. Nr 30, poz. 158 z późn. zm.) nie ma zastosowania w zakresie w jakim zachowanie się lekarza jest zgodne z nakazem lub zakazem albo upoważnieniem obowiązującej ustawy,
- 2) eksperyment biomedyczny na człowieku, nie mający charakteru leczniczego, dokonany bez osobiście wyrażonej zgody osoby poddanej temu eksperymentowi nie jest prawnie dopuszczalny⁵⁵⁰.

Uchwała ta jednoznacznie dała do zrozumienia, że sprzeczności między postanowieniami Kodeksu Etyki Lekarskiej a ustawodawstwem zawsze rozstrzygać należy na korzyść obowiązującego prawa.

To rozstrzygnięcie Trybunału Konstytucyjnego oraz, przede wszystkim, wewnątrzśrodowiskowa debata nad Kodeksem Etyki Lekarskiej skłoniły III Krajowy Zjazd Lekarzy do znowelizowania Kodeksu. Nie bez znaczenia był również fakt, że 15 maja 1993 r. Sejm przegłosował i skierował do Senatu nowelizację ustawy z dnia 17 maja 1989 r. o izbach lekarskich, zmieniająca art. 10 ustawy w taki sposób by Minister Zdrowia mógł zaskarżyć do Sądu Najwyższego nie tylko sprzeczną z prawem uchwałę organu okręgowej izby lekarskiej lub Naczelnej Izby Lekarskiej ale także niezgodną z prawem uchwałę Krajowego Zjazdu Lekarzy⁵⁵¹. Jednak przed rozwiązaniem parlamentu przez prezydenta Lecha Wałęsę 31 maja 1993 r. Senat nie zajął się tą ustawą. Posłowie

⁵⁴⁹ Uchwała Trybunału Konstytucyjnego z dnia 17 marca 1993 r. Sygn. akt (W. 16/92); OTK1986-1995/t4/1993/cz1/16.

⁵⁵⁰ Ibidem.

⁵⁵¹ *Gazeta Wyborcza*, nr 113, z dnia 17 maja 1993 r., s. 2.

Komisji Zdrowia Sejmu II Kadencji postanowili poczekać z ponownym podjęciem prac nad tą zmianą do zakończenia III Krajowego Zjazdu Lekarzy⁵⁵².

Uchwałą nr 19 III Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 14 grudnia 1993 r. w sprawie zmiany uchwały w sprawie Kodeksu Etyki Lekarskiej usunięto dotychczasowy art. 37 określający sytuacje dopuszczające przerwanie ciąży. Podrozdział *Prokreacja* uzyskał brzmienie:

Art. 38

- 1. Lekarz powinien z poczuciem szczególnej odpowiedzialności odnosić się do procesu przekazywania życia ludzkiego.*
- 2. Lekarz powinien udzielać wyczerpujących i wiarygodnych informacji dotyczących procesów zapłodnienia i regulacji poczęć, zgodnie z aktualnym stanem wiedzy, zainteresowanym tą problematyką pacjentom.*
- 3. Lekarz na obowiązek zapoznać pacjentów należących do grupy zwiększonego ryzyka i możliwościami diagnostycznymi i terapeutycznymi współczesnej genetyki lekarskiej, w tym diagnostyki przedurodzeniowej. Przekazując powyższe informacje lekarz ma obowiązek poinformować zainteresowanych o rzeczywistym ryzyku związanym z przeprowadzeniem badań przedurodzeniowych.*

Art. 39

Podejmując działania lekarskie u kobiety w ciąży lekarz jednocześnie odpowiada za zdrowie i życie jej dziecka. Dlatego obowiązkiem lekarza są starania o zachowanie życia i zdrowia dziecka również przed jego urodzeniem⁵⁵³.

Uchwała zmieniła także art. 26 dotyczący tajemnicy lekarskiej. Zyskał on nr 25 i następującą treść:

Art. 25

Zwolnienie z zachowania tajemnicy lekarskiej może nastąpić:

- gdy pacjent wyrazi na to zgodę*
- jeżeli zachowanie tajemnicy w sposób istotny zagraża zdrowiu lub życiu pacjenta lub innych osób, oraz*

⁵⁵² *Rzeczpospolita*, nr 124 z dnia 25 listopada 1993 r., s. 1.

⁵⁵³ § 1 pkt 38 i 39 uchwały nr 19 III Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 14 grudnia 1993 r. w sprawie zmiany uchwały w sprawie Kodeksu Etyki Lekarskiej (http://www.nil.org.pl/__data/assets/rtf_file/0019/8182/UCHWAIA_Nr_19.rtf).

- jeżeli zobowiązują do tego przepisy prawa⁵⁵⁴.

III Krajowy Zjazd Lekarzy usunął także z KEL problematyczny art. 46 wskazujący warunki przeprowadzania eksperymentów biomedycznych na ludziach⁵⁵⁵ oraz dokonał wielu innych drobnych zmian w treści Kodeksu.

W związku z stałym rozwojem nauk medycznych i pojawianiem się nowych problemów etycznych w pracy lekarza VI Krajowy Zjazd Lekarzy zobowiązał Naczelną Radę Lekarską do powołania specjalnej Komisji w celu opracowania projektu nowelizacji i aktualizacji Kodeksu Etyki Lekarskiej, z zachowaniem jego podstawowych zapisów⁵⁵⁶. Efektem jej prac było przygotowanie projektu zmian w Kodeksie Etyki Lekarskiej, który został poddany pod głosowanie Nadzwyczajnemu VII Krajowemu Zjazdowi Lekarzy odbywającemu się dniami 19-20 września 2003 r. w Toruniu.

Nadzwyczajny VII Krajowy Zjazd Lekarzy zdecydował o wielu poprawkach inkorporujących do KEL m. in. zasad Dobrej Praktyki Klinicznej czy Deklaracji Helsińskiej. Dodał również dwa rozdziały IIa Związki Lekarza z przemysłem i IIb Ludzki genom. Pierwszy z nich mówił o zasadach jakich powinien przestrzegać lekarz w relacjach z producentami wyrobów medycznych i leków i prowadzeniu dla nich badań, drugi zaś ograniczał się do jednego artykułu (art. 51h) który zakazywał dyskryminacji osób ze względu na dziedzictwo genetyczne (ust.1), zezwalał na interwencję w obrębie ludzkiego genomu wyłącznie w celach profilaktycznych lub terapeutycznych (ust.3), zakazywał brania udziału w czynnościach mających na celu wywołanie dziedzicznych zmian genetycznych u człowieka (ust. 4) i dopuszczał prowadzenie badań, których celem jest identyfikacja nosicielstwa genu choroby lub podatności na zachorowania tylko w celach zdrowotnych i za zgodą pacjenta (ust. 2)⁵⁵⁷.

Była to ostatnia modyfikacja Kodeksu Etyki Lekarskiej. Towarzyszyło jej duże zainteresowanie mediów i opinii publicznej. Jednak w samym środowisku lekarskim, w

⁵⁵⁴ § 1 pkt 27 uchwały nr 19 III Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 14 grudnia 1993 r. w sprawie zmiany uchwały w sprawie Kodeksu Etyki Lekarskiej (http://www.nil.org.pl/__data/assets/rtf_file/0019/8182/UCHWA1A_Nr_19.rtf).

⁵⁵⁵ § 1 pkt 49 uchwały nr 19 III Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 14 grudnia 1993 r. w sprawie zmiany uchwały w sprawie Kodeksu Etyki Lekarskiej (http://www.nil.org.pl/__data/assets/rtf_file/0019/8182/UCHWA1A_Nr_19.rtf).

⁵⁵⁶ Uchwała nr 14 VI Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 14 grudnia 2001 r. w sprawie powołania Komisji w celu nowelizacji Kodeksu Etyki Lekarskiej (http://www.nil.org.pl/__data/assets/rtf_file/0004/8239/Uchwala_nr_14.rtf).

⁵⁵⁷ Uchwała nr 5 Nadzwyczajnego VII Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 20 września 2003 r. zmieniająca uchwałę w sprawie Kodeksu Etyki Lekarskiej (http://www.nil.org.pl/__data/assets/rtf_file/0019/8263/Uchwala_Nr_5_7u.rtf).

odróżnieniu od Kodeksu przyjętego w 1991 r., nie wzbudziła kontrowersji⁵⁵⁸. Świadczy to o zdolności samorządu lekarskiego do wypracowania takich zapisów, z którymi zgadzała się zdecydowana większość lekarzy.

Organami samorządu lekarskiego odpowiedzialnymi za przestrzeganie przez jego członków zasad etyki i deontologii zawodowej ustawa z dnia 17 maja 1989 r. o izbach lekarskich czyniła sądy lekarskie i rzeczników odpowiedzialności zawodowej (art. 41). Już od pierwszej kadencji sprawy związane z nieetycznym zachowaniem członków korporacji lekarskiej stanowiły znaczny odsetek spraw co najlepiej ilustrują statystyki przygotowywane przez rzeczników odpowiedzialności zawodowej. W sprawozdaniu za okres I kadencji organów izb lekarskich Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej wskazywał, że nieetyczne zachowania lekarzy są drugą po błędzie w sztuce lekarskiej przyczyną składania skarg. Trzecie miejsce w tym zestawieniu należało do konfliktów między lekarzami⁵⁵⁹. Podobnie było w latach późniejszych: na 79 złożonych skarg w 1996 r. 17 dotyczyło nieetycznego zachowania lekarzy⁵⁶⁰, w 2002 r. były to 34 na 246 skarg⁵⁶¹, zaś w okresie V kadencji na 812 skarg które trafiły do OROZ WIL 219 dotyczyły nieetycznego zachowania lekarzy⁵⁶². Również w sprawozdaniach Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej widać, że sprawy nieetycznego zachowania lekarzy stanowią znaczna część postępowań prowadzonych przez wszystkich rzeczników okręgowych. W III kadencji sprawy tego typu były na trzecim miejscu pod względem ilości po sprawach z powodu śmierci pacjenta i uszkodzenia ciała lub powikłań w procesie leczenia⁵⁶³. W V kadencji sprawy nieetycznego zachowania lekarzy „awansowały” na drugie miejsce⁵⁶⁴.

⁵⁵⁸ Z. Wiśniewski, *Kronika izb...*, op. cit., s. 420 – 424.

⁵⁵⁹ Sprawozdanie Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej za okres 1990-1993 – Archiwum WIL.

⁵⁶⁰ Sprawozdanie Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej za 1996 r. – Archiwum WIL.

⁵⁶¹ Sprawozdanie Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej za 2002 r. – Archiwum WIL.

⁵⁶² Sprawozdanie Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej za lata 2005 - 2009 – Archiwum WIL.

⁵⁶³ Sprawozdanie kadencyjne z działalności Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej okresie 1 stycznia 1998 r. - 30 czerwca 2001 r., w: Sprawozdania organów Naczelnej Izby Lekarskiej oraz komisji problemowych Naczelnej Izby Lekarskiej za okres 1998 - 2001, Warszawa 2001, s. 249.

⁵⁶⁴ Sprawozdanie Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej 2006 - 2010, w: Sprawozdania organów Naczelnej Izby Lekarskiej oraz komisji i zespołów problemowych Naczelnej Rady Lekarskiej V kadencji 2006-2010, Warszawa 2010, s. 48.

Praktyka orzecznicza sądów lekarskich w sprawach związanych z nieetycznym zachowaniem się lekarzy ujawniła problemy z interpretacją art. 52 Kodeksu Etyki Lekarskiej, który do czasu nowelizacji Kodeksu w 2003 r. brzmiał:

Art. 52

1. Lekarze powinni okazywać sobie wzajemny szacunek.

2. Lekarz nie powinien wypowiadać wobec chorego i jego otoczenia, a także wobec personelu asystującego lub publicznie niekorzystnej oceny działalności zawodowej innego lekarza lub dyskredytować go w jakikolwiek sposób.

3. Wszelkie uwagi o dostrzeżonych błędach w postępowaniu innego lekarza powinien przede wszystkim przekazać zainteresowanemu lekarzowi. Poinformowanie organu Izby Lekarskiej o zauważonym zasad etycznych i niekompetencji zawodowej w pracy innego lekarza nie godzi w zasady solidarności zawodowej⁵⁶⁵.

Na podstawie tego artykułu skazany, przez Okręgowy Sąd Lekarski OIL w Tarnowie, w związku z jego „nieetycznym postępowaniem” polegającym na sporządzeniu opinii dyskredytującej innych lekarzy, został ginekolog Ryszard Frankowicz.

12 marca 1996 r. dr Frankowicz przygotował opinię lekarską na temat leczenia, jakie pewien pacjent otrzymał w klinice w Tarnowie. W opinii tej w szczególowy sposób opisał przebieg leczenia od początku 1980 r., opierając się na aktach historii choroby dostarczonych przez pacjenta oraz na wynikach ostatnich badań przeprowadzonych przez Akademię Medyczną w Krakowie, w tym biopsji. W opinii ustalił, że od 1983 r. pacjent leczył się na niewydolność wątroby, jednak nie przeprowadzono żadnych dodatkowych badań w celu ustalenia powodu tej niewydolności. Dopiero w wyniku sugestii dra Frankowicza wykonano biopsję, która ujawniła występowanie u pacjenta przewlekłego agresywnego zapalenia wątroby z marskością wątroby. Dr Frankowicz wyraził opinię, że w wyniku takich zaniedbań nastąpiła utrata ok. 90% wydolności zdrowotnej u pacjenta. Lekarz napisał w opinii, że klinika w Tarnowie zaniedbała dokonania działań koniecznych dla ochrony zdrowia

⁵⁶⁵ § 1 pkt 55 uchwały nr 19 III Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 14 grudnia 1993 r. w sprawie zmiany uchwały w sprawie Kodeksu Etyki Lekarskiej (http://www.nil.org.pl/__data/assets/rtf_file/0019/8182/UCHWAIA_Nr_19.rtf).

pacjenta. Pomimo licznych wskazówek ze strony organizmu pacjenta, nie dochowano należytej staranności przy diagnozie i leczeniu.

W wyniku przeprowadzonego postępowania dyscyplinarnego orzeczono wobec dr Frankowicza karę nagany. Sąd nie badał prawdziwości jego opinii, ani też tego, czy odzwierciedlała ona rzeczywistość, orzekając jedynie w sprawie krytycznych wypowiedzi. W odwołaniu od tego orzeczenia, dr Frankowicz podnosił, że jako lekarz ma prawo wyrażać swobodnie swoją opinię na temat zgodności działań innych lekarzy z zasadami wiedzy medycznej i wypowiadać te opinie zgodnie z sumieniem oraz ma prawo do poinformowania pacjenta, jeśli ujawnią się błędy w jego leczeniu. Odwołanie jednak nie zostało uwzględnione i Naczelny Sąd Lekarski utrzymał w mocy wyrok sądu I instancji.

W związku z powyższym dr Frankowicz złożył skargę do Europejskiego Trybunału Praw Człowieka, opierając się na art. 6 § 1 (prawo do rzetelnego procesu) i 10 Konwencji o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności⁵⁶⁶ (prawo wyrażania opinii).

W wyroku Europejski Trybunał Praw Człowieka uznał, że absolutny zakaz krytyki lekarskiej wynikający z art. 52 Kodeksu Etyki Lekarskiej narusza art. 10 Konwencji. Istnieje bowiem prawo każdego pacjenta do skonsultowania się z innym lekarzem na temat rodzaju terapii, jaką zalecił inny lekarz oraz prawo do otrzymania uczciwej i obiektywnej oceny tej terapii. Pacjent zawsze powinien posiadać prawo do zwrócenia się o konsultację do innego lekarza i oczekiwać, że ten udzieli mu rzetelnej informacji na temat prawidłowości działań innego lekarza. Uzasadniając to twierdzenie Trybunał wskazał, że można wprowadzać ograniczenia prawa do wyrażania opinii, muszą to być jednak ograniczenia ustanowione prawem oraz dążące do spełnienia jednego z celów: muszą być niezbędne w społeczeństwie demokratycznym w interesie bezpieczeństwa państwowego, integralności terytorialnej lub bezpieczeństwa publicznego ze względu na konieczność zapobieżenia zakłóceniu porządku lub przestępstwu, z uwagi na ochronę zdrowia i moralności, ochronę dobrego imienia i praw innych osób oraz ze względu na zapobieżenie ujawnieniu informacji poufnych lub na zagwarantowanie powagi i bezstronności władzy sądowej. Badając ograniczenie wynikające z Kodeksu Etyki Lekarskiej Trybunał doszedł do wniosku, że żaden z tych celów nie usprawiedliwiał zakazu krytyki lekarskiej oraz że taki zakaz nie jest

⁵⁶⁶ Dz. U. 1993 r., nr 61, poz. 284 ze zm.

proporcjonalny w stosunku do zamierzonego celu, tj. ochrony reputacji lekarzy. Jednocześnie Trybunał uznał, że lekarski sąd dyscyplinarny ustanowiony na podstawie ustawy z dnia 17 maja 1989 r. o izbach lekarskich jest sądem w rozumieniu art. 6 ust. 1 Konwencji i spełnia wszystkie gwarancje przez ten artykuł zapewniane⁵⁶⁷.

Sprawa przed Europejskim Trybunałem Praw Człowieka w sprawie Frankowicz przeciwko Polsce trwała ponad 9 lat (dr Ryszard Frankowicz złożył skargę 22 stycznia 1999 r., wyrok zapadł 16 grudnia 2008 r.)⁵⁶⁸. W międzyczasie Nadzwyczajny VII Krajowy Zjazd Lekarzy zmienił zapisy Kodeksu Etyki Lekarskiej w zakresie wyrażaniu opinii o pracy innych lekarzy. Po nowelizacji dokonanej w 2003 r. zagadnienie to regulował art. 52 ust. 2 KEL stanowiący, że „lekarz powinien zachować szczególną ostrożność w formułowaniu opinii o działalności zawodowej innego lekarza, w szczególności nie powinien publicznie dyskredytować go w jakikolwiek sposób⁵⁶⁹.” Również tak sformułowany zapis stał się przedmiotem analizy prawników, tym razem z Trybunału Konstytucyjnego.

W skardze konstytucyjnej z 10 stycznia 2006 r. skarżąca, Zofia Szychowska, wniosła o stwierdzenie, że art. 15 pkt 1, art. 41 i art. 42 ust. 1 ustawy z dnia 17 maja 1989 r. o izbach lekarskich dookreślone przez normę art. 52 ust. 2 kodeksu etyki lekarskiej w związku z treścią przyrzeczenia lekarskiego w części „nie podważając zaufania do nich (kolegów lekarzy)”, w zakresie, w jakim przepisy te ograniczają konstytucyjną zasadę wolności słowa i prawa do krytyki, są niezgodne z art. 54 ust. 1 (gwarancja wolności wyrażania poglądów) w związku z art. 31 ust. 3, art. 17 ust. 1 i art. 63 Konstytucji oraz w związku z art. 10 Konwencji o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności.

Dr Szychowska, zatrudniona na stanowisku adiunkta w Katedrze i Klinice Chorób Zakaźnych Wieków Dziecięcego Akademii Medycznej we Wrocławiu, podjęła polemikę z kierownikiem tej katedry, odnośnie zasadności punkcji lędźwiowych przeprowadzanych na dzieciach, które przeszły poświnkowe zapalenie opon mózgowych. Niezależnie od poinformowania o sprawie organu samorządu lekarskiego, skarżąca wyraziła swój protest przeciwko przeprowadzaniu tych zabiegów w publikacji

⁵⁶⁷ Wyrok Europejskiego Trybunału Praw Człowieka w sprawie 53025/99 Frankowicz przeciwko Polsce z dnia 16 grudnia 2008 r., Biuletyn Prawa Karnego, nr 2/09, s. 97 - 100 (<http://www.sn.pl/orzecznictwo/bpk/0902/2009-02.pdf>).

⁵⁶⁸ <http://cmiskp.echr.coe.int/tpk197/view.asp?item=1&portal=hbkm&action=html&highlight=Frankowicz&sessionId=81722537&skin=hudoc-en>.

⁵⁶⁹ § 1 pkt 32 uchwały nr 5 Nadzwyczajnego VII Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 20 września 2003 r. zmieniająca uchwałę w sprawie Kodeksu Etyki Lekarskiej (http://www.nil.org.pl/_data/assets/rtf_file/0019/8263/Uchwała_Nr_5_7u.rtf).

prasowej, na łamach czasopisma „Agora” z 13 maja 2001 r. oraz 13 stycznia 2002 r. W związku z tymi publikacjami, orzeczeniem Okręgowego Sądu Lekarskiego Dolnośląskiej Izby Lekarskiej z 2 lutego 2006 r., uznano ją winną popełnienia przewinienia zawodowego w postaci naruszenia art. 52 ust. 2 kodeksu etyki lekarskiej, wymierzając jej karę nagany. Odwołanie skarżącej od tego orzeczenia zostało w części uwzględnione przez Naczelny Sąd Lekarski. W orzeczeniu z 20 czerwca 2006 r. NSL zmienił zaskarżone orzeczenie co do wymiaru kary, wymierzając skarżącej karę upomnienia. Sądy lekarskie obu instancji oparły swoje wyroki na stwierdzeniu, że art. 52 ust. 2 KEL sankcjonuje sam fakt publicznej wypowiedzi dyskredytującej innego lekarza, niezależnie od jej prawdziwości.

Trybunał Konstytucyjny w wyroku z dnia 23 kwietnia 2008 r. uznał, że art. 52 ust. 2 Kodeksu Etyki Lekarskiej w związku z art. 15 pkt 1, art. 41 i art. 42 ust. 1 ustawy z dnia 17 maja 1989 r. o izbach lekarskich w zakresie, w jakim zakazuje zgodnych z prawdą i uzasadnionych ochroną interesu publicznego wypowiedzi publicznych na temat działalności zawodowej innego lekarza, jest niezgodny z art. 54 ust. 1 w związku z art. 31 ust. 3 i art. 17 ust. 1 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej oraz nie jest niezgodny z art. 63 Konstytucji. W pozostałym zakresie ze względu na niedopuszczalność wydania wyroku Trybunał postanowił umorzyć postępowanie, bowiem uznał, że nie może poddać ocenie przyrzeczenia lekarskiego, które nie jest integralną częścią KEL i nie oceniał zgodności kwestionowanych przepisów z art. 10 Konwencji o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności bowiem w trybie skargi konstytucyjnej nie można badać zgodności kwestionowanych aktów normatywnych z umowami międzynarodowymi.

Trybunał w uzasadnieniu wyroku stwierdził, że rozstrzygając o dopuszczalności wyrażania krytycznych opinii na temat służby zdrowia, zwłaszcza za pośrednictwem massmediów, należy dostrzegać z jednej strony ryzyko „efektu mroźącego” restryktywnych regulacji ograniczających prawo do krytyki, z drugiej zaś - możliwy wpływ liberalizacji zasad tej krytyki na stosunek społeczeństwa do służby zdrowia, w tym podobny „efekt mroźący” w sferze zaufania i wiary potencjalnych pacjentów w powodzenie postępowania terapeutycznego. Trybunał uznał potrzebę istnienia pewnych ograniczeń wolności słowa i prawa do krytyki w relacjach pomiędzy lekarzami, ze względu na konieczność ochrony zaufania pacjentów do służby zdrowia, niezbędnego do prawidłowego funkcjonowania tej profesji jako całości. Jednak w niektórych przypadkach, w granicach podyktowanych ochroną wartości jakimi są Życie i zdrowie

pacjenta prawdziwością formułowanych twierdzeń, może zaistnieć konieczność wystąpienia z publiczną krytyką innego lekarza. Interpretacja zakwestionowanego art. 52 ust. 2 KEL, zdaniem Trybunału, nie mogła zmierzać w kierunku uznania całkowitej niedopuszczalności publicznej krytyki lekarza przez innego lekarza i zwolnienia sądów lekarskich z przeprowadzania dowodu prawdziwości i zasadności krytyki i zważenia, która z wartości, dobro pacjenta czy zaufanie do lekarzy jest w danym przypadku istotniejsza.

Wyrok Trybunału Konstytucyjnego miał charakter zakresowy. To znaczy, że norma art. 52 ust. 2 KEL w związku z art. 15 pkt 1 i art. 41 ustawy z dnia 17 maja 1989 r. była obarczona wadliwością konstytucyjną jedynie w pewnej części (przy określonym sposobie rozumienia). Zdaniem Trybunału nie była konieczna aktywność Ustawodawcy, czy też właściwych organów samorządu lekarskiego w celu zniesienia niekonstytucyjności przepisów. Osiągnięcie pożądanego rezultatu miało nastąpić przez zmianę wykładni art. 52 ust. 2 KEL, dokonywanej w orzecznictwie sądów lekarskich, w kierunku zgodnym z treścią wyroku Trybunału Konstytucyjnego - tj. uznania, że pojęcie „dyskredytowanie” oznacza publiczną wypowiedź niezgodną z prawdą lub bez związku z ochroną interesu publicznego, wyłącznie lub przede wszystkim w celu podważenia autorytetu (zaufania do) innego lekarza. Trybunał stwierdził, że byłaby pożądana taka zmiana treści art. 52 KEL, która uniemożliwiłaby wypaczenie sensu tego postanowienia podczas jego stosowania⁵⁷⁰.

Reklama usług medycznych była również przedmiotem dyskusji w ramach samorządu. Spierano się w jaki sposób lekarz może „walczyć o klienta”⁵⁷¹. Kwestię tę uregulowała Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 18/98/III z dnia 25 kwietnia 1998 r. w sprawie szczegółowych zasad podawania do publicznej wiadomości informacji o udzielaniu przez lekarzy świadczeń zdrowotnych w ramach indywidualnej praktyki lekarskiej. Przewidywała ona, że lekarze prowadzący prywatne praktyki mogą podawać do publicznej wiadomości informację o udzielaniu świadczeń zdrowotnych wyłącznie poprzez:

1. nie więcej niż 2 stałe tablice ogłoszeniowe na zewnątrz budynku, w którym prowadzona jest praktyka i ew. dodatkowo nie więcej niż 2 tablice ogłoszeniowe przy drogach dojazdowych do siedziby praktyki,

⁵⁷⁰ Wyrok Trybunału konstytucyjnego z dnia 23 kwietnia 2008 r. Sygn. akt (SK 16/07); M.P. 2008 r., nr 38, poz. 341, M.P. 2008 r., nr 38 poz. 342.

⁵⁷¹ *Wielkopolska Izba Lekarska. Tradycja ...*, op. cit., s.83.

2. ogłoszenia prasowe w rubrykach dotyczących usług lekarskich,
3. informacje zawarte w książkach telefonicznych i informatorach o usługach medycznych w dziale dotyczącym usług lekarskich,
4. informację elektroniczną (Internet, specjalne telefony informacyjne).

Uchwała przewidywała, że tablice ogłoszeniowe powinny mieć kształt prostokąta o wymiarach nie więcej niż 40 cm na 60 cm. Okręgowe rady lekarskie mogły w drodze uchwały ustalać obowiązujący na terenie ich działania wzór tablic⁵⁷². Zakres informacji jaki mógł znaleźć się na tablicy lub ogłoszeniu prasowym był ściśle określony. Oprócz danych na temat, tytułu zawodowego, imienia i nazwiska lekarza oraz miejsca i czasu przyjęć, w ogłoszeniach członkowie izb lekarskich prowadzący praktyki prywatne mogli zamieszczać informacje o posiadanych stopniach i tytule naukowym, specjalizacjach, umiejętnościach z zakresu węższych dziedzin medycyny lub udzielania określonych świadczeń zdrowotnych, szczególnych umiejętnościach oraz numer telefonu⁵⁷³. Paragraf 4 uchwały NRL nr 18/98/III stanowił, że informacja o udzieleniu świadczeń zdrowotnych w ramach praktyki prywatnej nie mogła nosić cech reklamy, a w szczególności zawierać:

- żadnej formy zachęty do korzystania ze świadczeń zdrowotnych,
- potocznych określeń, obietnic, informacji o metodach i czasie leczenia,
- określenia cen i sposobu płatności,
- informacji o jakości sprzętu medycznego⁵⁷⁴.

Za naruszenie zasad uchwały NRL nr 18/98/III groziło postępowanie przed sądem lekarskim.

Niestety uchwała ta dotyczyła jedynie lekarzy prowadzących indywidualne praktyki lekarskie. W przypadku podmiotów świadczących usługi medyczne w innej formie prawnej samorząd lekarski nie miał możliwości reagowania na nieetyczną reklamę.

Kodeks Etyki Lekarskiej był dokumentem, który w momencie swojego powstania wyraźnie podzielił środowisko lekarskie. W zdecydowanej większości

⁵⁷² § 3 uchwały Naczelnej Rady Lekarskiej nr 18/98/III z dnia 25 kwietnia 1998 r. – (http://www.nil.org.pl/__data/assets/pdf_file/0009/9567/Nr13u00018.pdf).

⁵⁷³ § 2 uchwały Naczelnej Rady Lekarskiej nr 18/98/III z dnia 25 kwietnia 1998 r. – (http://www.nil.org.pl/__data/assets/pdf_file/0009/9567/Nr13u00018.pdf).

⁵⁷⁴ § 4 uchwały Naczelnej Rady Lekarskiej nr 18/98/III z dnia 25 kwietnia 1998 r. – (http://www.nil.org.pl/__data/assets/pdf_file/0009/9567/Nr13u00018.pdf).

zapisów Kodeks nie budził zastrzeżeń, jednak narzucenie przez Nadzwyczajny II Krajowy Zjazd Lekarzy wszystkim lekarzom norm wyraźnie nacechowanych światopoglądowo w zakresie przerywania ciąży i badań prenatalnych w ocenie autora było poważnym błędem, który ściągnął na izby lekarskie krytykę nie tylko samych lekarzy ale również organów państwa i opinii publicznej. Takie działanie wizerunek korporacji jako organizacji *stricte* zawodowej i uwikłało izby lekarskie w spory natury politycznej. W przywrócenie neutralności światopoglądowej Kodeksowi włączyć się musiał Rzecznik Praw Obywatelskich oraz Trybunał Konstytucyjny.

Również negatywnie należy ocenić sposób interpretacji art. 52 Kodeksu Etyki Lekarskiej przez sądy lekarskie, który skutkowało odebraniem lekarzom prawa do uzasadnionej krytyki poczynań innych lekarzy. Pacjent mógł być przez to pozbawiony informacji na temat jakości pracy leczącego go lekarza. Aby skorygować tę interpretację ponownie musiał wypowiedzieć się Trybunał Konstytucyjny, a także Europejski Trybunał Praw Człowieka.

Pomimo tych zastrzeżeń samo powstanie KEL oraz jego treść po zmianach dokonanych w 1993 r. i 2003 r. autor ocenia pozytywnie. Kodeks Etyki Lekarskiej, który obowiązuje w formie niezmienionej do dziś w znacznej części powtarza zasady ujęte w ustawach regulujących wykonywanie zawodu lekarza, jednak powtórzenie przypomina lekarzom szczególną ich wagę. Podkreśla też wyjątkowość ich profesji oraz szczególną rolę jaką odgrywają w społeczeństwie.

Autor również pozytywnie ocenia ograniczenia w możliwości reklamowania swoich usług przez lekarzy. Pacjentów lekarz powinien zdobywać jakością swojej pracy a nie zabiegami marketingowymi. Niestety regulacje samorządowe mogły objąć jedynie praktyki prywatne stanowiące jedynie część „rynku medycznego”.

3. Reprezentowanie i ochrona zawodu lekarza

Działalność izb lekarskich w zakresie reprezentowania i ochrony zawodu lekarza miała kilka przejawów. Z jednej strony należy wspomnieć o udziale samorządu lekarskiego w procesie legislacyjnym, udziale przedstawicieli samorządu lekarskiego w radach naukowych, komisjach egzaminacyjnych i konkursowych. Z drugiej, o reprezentowaniu członków samorządu w negocjacjach z kasami chorych i NFZ czy pomocy prawnej w przypadku postępowania sądowego przeciwko lekarzom, a także o działaniach izb lekarskich w zakresie ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej lekarzy w związku z wykonywaniem zawodu. Innymi aspektami reprezentowania i ochrony

zawodu lekarza przez izby lekarskie jest prezentowanie poglądów środowiska lekarskiego odnośnie wykonywania zawodu opinii publicznej za pośrednictwem mediów i udział izb lekarskich w protestach i strajkach lekarzy. Z kolei reprezentowanie stanu lekarskiego podczas uroczystości państwowych czy akademickich nie domaga się szczegółowego opisu. Należy jednak omówić działalność izb lekarskich jako reprezentanta polskiego środowiska lekarskiego poza granicami kraju.

3.1 Udział samorządu lekarskiego w procesie legislacyjnym

Izby lekarskie stanowiły formalną reprezentację środowiska lekarskiego w relacjach z organami państwa. Art. 4 ust. 2 pkt 6 ustawy z dnia 17 maja 1989 r. stanowił, że samorząd lekarski wykonuje swoje zadania w szczególności przez opiniowanie projektów ustaw dotyczących ochrony zdrowia i przepisów dotyczących wykonywania zawodu lekarza bądź występowanie o ich wydanie. Izby lekarskie miały również opiniować i wnioskować w sprawach kształcenia przed- i podyplomowego lekarzy i w innych zawodach medycznych (art. 4 ust. 2 pkt 7). Na mocy tych przepisów izby lekarskie zabierały głos w sprawie propozycji konkretnych uregulowań w postaci opinii i stanowisk, ale także delegowały swoich przedstawicieli na rozmowy z Ministrem Zdrowia czy na posiedzenia komisji parlamentarnych.

Od początku istnienia izby lekarskie aktywnie uczestniczyły w procesie uchwalania prawa dotyczącego lekarzy, co gwarantował im zapis art. 4 ust. 2 pkt. 6 i 7 ustawy z dnia 17 maja 1989 r. W okresie I kadencji przedstawiciele Naczelnej Rady Lekarskiej wzięli udział w ponad 100 posiedzeniach różnych komisji parlamentarnych. Aktami prawnymi, którymi zajmowali się przedstawiciele lekarzy były przede wszystkim rozporządzenia wykonawcze do ustawy z dnia 17 maja 1989 r. o izbach lekarskich, ustawa o zakładach opieki zdrowotnej, ustawa o zasadach odpłatności za leki i artykuły sanitarne, ustawa o środkach farmaceutycznych, ustawa o ochronie zdrowia psychicznego, ustawa o zawodzie lekarza, ustawa o izbach lekarskich, ustawa o pobieraniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów, ustawa o rewaloryzacji rent i emerytur, ustawa o ochronie prawnej dziecka poczętego, ustawa o zmianie ustawy o podatku wyrównawczym, ustawa o zmianach w kodeksie pracy, ustawa o częściowej odpłatności za sanatoria, ustawa o przeciwdziałaniu ujemnym skutkom używania tytoniu oraz ustawy o samorządach zawodowych pielęgniarek i położnych, lekarzy

weterynarii i aptekarzy⁵⁷⁵. W kolejnych kadencjach obserwujemy ciągły wzrost liczby aktów prawnych, które opiniowała Naczelna Rada Lekarska. W II kadencji było to 79 ustaw, 133 rozporządzenia i 51 zarządzeń⁵⁷⁶, w III kadencji – ponad 400 projektów aktów prawnych, w tym 90 ustaw⁵⁷⁷, w IV kadencji – 741 projektów: 116 ustaw i 625 rozporządzeń, w tym 608 projektów rozporządzeń Ministra Zdrowia⁵⁷⁸. W V kadencji organów samorządu aktywność legislacyjna państwa w zakresie dotyczącym ochrony zdrowia nieco zmalała – NRL przedstawiono do zaopiniowania 562 akty, w tym 138 ustaw⁵⁷⁹.

Największym problemem w procesie wyrażania stanowiska samorządu lekarskiego w procesie legislacyjnym, obok wielkiej liczby aktów wymagających opinii, było praktyka narzucania przez organy państwa zbyt krótkich terminów na wyrażenie opinii przez samorząd lekarski poczynając już od I kadencji. Przez to Naczelna Rada Lekarska nie była w stanie zasięgnąć opinii okręgowych izb lekarskich odnośnie projektowanych przepisów⁵⁸⁰. Z tego względu zadanie reprezentowania lekarzy w procesie opiniowania aktów prawnych spadło w całości na Naczelną Izbę Lekarską. Niestety, jak to podkreślali sami działacze NIL, stopień w jakim organy państwa uwzględniały uwagi samorządu lekarskiego był niewielki⁵⁸¹.

⁵⁷⁵ Sprawozdanie z działalności Naczelnej Rady Lekarskiej za okres czteroletni 1990 – 1993, w: Materiały Zjazdowe III Krajowego Zjazdu Lekarzy, cz. I, s. 81- 91.

⁵⁷⁶ Sprawozdanie kadencyjne Naczelnej Rady Lekarskiej za lata 1993-1997, w : Sprawozdania organów Naczelnej Izby Lekarskiej i komisji problemowych Naczelnej Rady Lekarskiej za okres 1993-1997r., Warszawa 1997, s. 41.

⁵⁷⁷ Sprawozdanie kadencyjne Naczelnej Rady Lekarskiej za lata 1997-2001, w: Sprawozdania organów Naczelnej Izby Lekarskiej oraz komisji problemowych Naczelnej Izby Lekarskiej za okres 1998 – 2001r., Projekty uchwał VI Krajowego Zjazdu Lekarzy oraz materiały pomocnicze, Tom I, s. 51.

⁵⁷⁸ Sprawozdanie Naczelnej Rady Lekarskiej 2001 – 2005, w: Sprawozdania organów Naczelnej Izby Lekarskiej oraz komisji i zespołów problemowych Naczelnej Rady Lekarskiej IV kadencji 2001 – 2005, Projekty uchwał VIII Krajowego Zjazdu Lekarzy, Warszawa 2005, cz. I, s. 12.

⁵⁷⁹ Sprawozdanie kadencyjne Naczelnej Rady Lekarskiej za lata 2006-2010, w: Sprawozdania organów Naczelnej Izby Lekarskiej oraz komisji i zespołów problemowych Naczelnej Rady Lekarskiej V kadencji 2006-2010, Projekty uchwał X Krajowego Zjazdu Lekarzy, Warszawa 2010, cz. I, s. 12.

⁵⁸⁰ Sprawozdanie z działalności Naczelnej Rady Lekarskiej za okres czteroletni 1990 – 1993, w: Materiały Zjazdowe III Krajowego Zjazdu Lekarzy, cz. I, s. 81, Sprawozdanie kadencyjne Naczelnej Rady Lekarskiej za lata 1997-2001, w: Sprawozdania organów Naczelnej Izby Lekarskiej oraz komisji problemowych Naczelnej Izby Lekarskiej za okres 1998 – 2001r., Projekty uchwał VI Krajowego Zjazdu Lekarzy oraz materiały pomocnicze, Tom I, s. 51, Sprawozdanie Naczelnej Rady Lekarskiej 2001 – 2005, w: Sprawozdania organów Naczelnej Izby Lekarskiej oraz komisji i zespołów problemowych Naczelnej Rady Lekarskiej IV kadencji 2001 – 2005, Projekty uchwał VIII Krajowego Zjazdu Lekarzy, Warszawa 2005, cz. I, s. 14, Sprawozdanie kadencyjne Naczelnej Rady Lekarskiej za lata 2006-2010, w: Sprawozdania organów Naczelnej Izby Lekarskiej oraz komisji i zespołów problemowych Naczelnej Rady Lekarskiej V kadencji 2006-2010, Projekty uchwał X Krajowego Zjazdu Lekarzy, Warszawa 2010, cz. I, s. 15.

⁵⁸¹ Sprawozdanie kadencyjne Naczelnej Rady Lekarskiej za lata 1993-1997, w : Sprawozdania organów Naczelnej Izby Lekarskiej i komisji problemowych Naczelnej Rady Lekarskiej za okres 1993-1997r., Warszawa 1997, s. 41, Sprawozdanie kadencyjne Naczelnej Rady Lekarskiej za lata 1997-2001, w: Sprawozdania organów Naczelnej Izby Lekarskiej oraz komisji problemowych Naczelnej Izby

Art. 4 ust. 2 pkt. 6 oprócz opiniowania przez samorząd lekarski projektów ustaw dotyczących ochrony zdrowia i przepisów dotyczących wykonywania zawodu lekarza zakładał również możliwość występowania o ich wydanie. Izby lekarskie w latach 1989 – 2009 wielokrotnie podejmowały działania na rzecz uchwalenia lub nowelizacji ustaw: o zakładach opieki zdrowotnej⁵⁸², o pobieraniu i przeszczepianiu tkanek i narządów⁵⁸³, o przeciwdziałaniu ujemnym skutkom palenia tytoniu⁵⁸⁴, ograniczającą dopuszczalność posiadania narkotyków⁵⁸⁵ czy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym⁵⁸⁶. Najwięcej uwagi samorząd lekarski poświęcił jednak ustawom o zawodzie lekarza i o izbach lekarskich.

Działania na rzecz zmiany prawa regulującego działanie izb lekarskich i wykonywanie zawodu lekarza podejmowano już od I kadencji organów samorządu lekarskiego. I Krajowy Zjazd Lekarzy upoważnił zjazdową komisję legislacyjną do przedstawienia Naczelnej Radzie Lekarskiej projektu nowelizacji ustawy o izbach lekarskich z dnia 17 maja 1989 r.⁵⁸⁷. Komisja legislacyjna I Krajowego Zjazdu Lekarzy przekształciła się w Komisję Legislacyjną NRL i podjęła prace nad przygotowaniem projektu ustawy o izbach lekarskich⁵⁸⁸. 28 września 1991 r. Naczelna Rada Lekarska zatwierdziła projekt ustawy o izbach lekarskich, który miał zostać przedstawiony Nadzwyczajnemu II Krajowemu Zjazdowi Lekarzy⁵⁸⁹. Na Nadzwyczajnym II

Lekarskiej za okres 1998 – 2001r., Projekty uchwał VI Krajowego Zjazdu Lekarzy oraz materiały pomocnicze, Tom I, s. 56-57.

⁵⁸² Apel nr 5/00/III Nadzwyczajnego V Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 27 kwietnia 2000 r. do Ministra Zdrowia w sprawie nowelizacji ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, (http://www.nil.org.pl/__data/assets/pdf_file/0009/8388/az5-05.pdf), uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 25/08/V z dnia 12 grudnia 2008 r., (http://www.nil.org.pl/__data/assets/pdf_file/0014/4064/ru0025-08-V.pdf).

⁵⁸³ Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 96/93/I z dnia 24 kwietnia 1993 r. – Biuletyn Naczelnej Rady Lekarskiej, Rok 4, nr 2 (20), s. 113 – 117.

⁵⁸⁴ Apel Nadzwyczajnego II Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 14 grudnia 1991 r. do Sejmu RP w sprawie ustawy o przeciwdziałaniu ujemnym skutkom palenia tytoniu (http://www.nil.org.pl/__data/assets/rtf_file/0019/8029/apel_-_przeciwdzialanie_paleniu_tytoniu.rtf).

⁵⁸⁵ Apel nr 3 III Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 14 grudnia 1993 r. do Sejmu o przyspieszenie prac legislacyjnych nad ustawą ograniczającą dopuszczalność posiadania narkotyków (http://www.nil.org.pl/__data/assets/rtf_file/0016/8035/APEL_Nr_3.rtf).

⁵⁸⁶ Apel nr 1/00/III Nadzwyczajnego V Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 27 kwietnia 2000 r. do Posłów i Senatorów RP o nowelizację ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (http://www.nil.org.pl/__data/assets/pdf_file/0005/8384/az5-01.pdf), Apel Nr 1 VI Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 14 grudnia 2001 r. do NRL w sprawie podjęcia działań mających na celu uchylenie art. 56 ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (http://www.nil.org.pl/__data/assets/rtf_file/0020/8246/Apel_Nr_1.rtf).

⁵⁸⁷ Uchwała I Krajowego Zjazdu Lekarzy nr I w sprawie nowelizacji ustawy o izbach lekarskich z dnia 17 maja 1989 r. – Biuletyn Naczelnej Rady Lekarskiej, Rok 1, nr 3, s. 93.

⁵⁸⁸ Sprawozdanie z działalności Komisji Legislacyjnej Naczelnej Izby Lekarskiej I kadencji samorządu lekarskiego 1989 – 1993, w: Materiały Zjazdowe III Krajowego Zjazdu Lekarzy, cz. I, s. 130.

⁵⁸⁹ Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 51/91/I z dnia 28 września 1991 r. – Biuletyn Naczelnej Rady Lekarskiej, Rok 2, nr 5 (11), s. 275.

Krajowym Zjeździe Lekarzy planowano przedstawić delegatom wyniki prac Komisji Legislacyjnej NRL nad ustawą o zawodzie lekarza. Komisja Legislacyjna zdecydowała o przygotowaniu własnego projektu tej ustawy w wyniku krytycznej oceny propozycji Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej w tej materii⁵⁹⁰. Ze względu na prace nad Kodeksem Etyki Lekarskiej delegaci nie znaleźli czasu by zająć się projektami tych dwóch ustaw. Upoważnili oni „Komisję Legislacyjną oraz Naczelną Radę Lekarską do opracowania w imieniu Zjazdu uwag i wniosków do projektów ustawy o zawodzie lekarza i ustawy o izbach lekarskich oraz podjęcia związanych z tym działań legislacyjnych”⁵⁹¹. Prace nad oboma projektami ustaw trwały do przełomu lat 1992/1993, kiedy Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej zatwierdziło projekty ustaw o zawodzie lekarza⁵⁹² i o izbach lekarskich⁵⁹³. III Krajowy Zjazd Lekarzy zdecydował przyjąć te projekty jako podstawę dla prac legislacyjnych⁵⁹⁴ i zaapelować do rządu oraz Sejmu i Senatu o jak najszybsze uchwalenie ustawy o zawodzie lekarza w oparciu o projekt przygotowany przez samorząd lekarski⁵⁹⁵. O jak najszybsze działania na rzecz uchwalenia ustawy o izbach lekarskich Zjazd zaapelował do posłów – lekarzy⁵⁹⁶.

Apele te odniosły skutek. 10 maja 1993 r. sejmowa Komisja Zdrowia przy udziale przedstawicieli samorządu lekarskiego omawiała przygotowane przez izby lekarskie projekty ustaw o zawodzie lekarza i o izbach lekarskich⁵⁹⁷. Posłowie uczestniczący w posiedzeniu pozytywnie odnieśli się do propozycji zawartych w tych projektach i zdecydowali się wnieść je pod obrady jako projekty Komisji Zdrowia⁵⁹⁸. Pomimo komplementarności rozwiązań zawartych w obu projektach, Sejm po ponad

⁵⁹⁰ Sprawozdanie z działalności Komisji Legislacyjnej Naczelnej Izby Lekarskiej I kadencji samorządu lekarskiego 1989 – 1993, w: Materiały Zjazdowe III Krajowego Zjazdu Lekarzy, cz. I, s. 135-136.

⁵⁹¹ Uchwała Nadzwyczajnego II Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 14 grudnia 1991 r. w sprawie projektów ustawy o zawodzie lekarza i ustawy o izbach lekarskich

(http://www.nil.org.pl/__data/assets/rtf_file/0003/8175/UCHWAIA_Nr_12.rtf).

⁵⁹² Uchwała Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej nr 25/92/I z dnia 5 grudnia 1992 r. – Biuletyn Naczelnej Rady Lekarskiej, Rok 4, nr 1 (19), s. 40 – 59.

⁵⁹³ Uchwała Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej nr 27/93/I z dnia 11 stycznia 1993 r. – Biuletyn Naczelnej Rady Lekarskiej, Rok 4, nr 1 (19), s. 60 – 82.

⁵⁹⁴ Uchwała nr 11 III Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 14 grudnia 1993 r. w sprawie projektu ustawy o zawodzie lekarza (http://www.nil.org.pl/__data/assets/rtf_file/0020/8174/UCHWAIA_Nr_11.rtf),

Uchwała nr 12 III Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 14 grudnia 1993 r. w sprawie projektu ustawy o izbach lekarskich (http://www.nil.org.pl/__data/assets/rtf_file/0003/8175/UCHWAIA_Nr_12.rtf).

⁵⁹⁵ Apel nr 1 III Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 14 grudnia 1993 r. do Sejmu, Senatu i Rady Ministrów w sprawie projektu ustawy o zawodzie lekarza

(http://www.nil.org.pl/__data/assets/rtf_file/0014/8033/APEL_Nr_1.rtf).

⁵⁹⁶ Apel nr 2 III Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 14 grudnia 1993 r. do posłów lekarzy o wniesienie do Sejmu projektu ustawy o izbach lekarskich

(http://www.nil.org.pl/__data/assets/rtf_file/0015/8034/APEL_Nr_2.rtf).

⁵⁹⁷ Biuletyn Komisji Zdrowia nr 20 (500/II) z dnia 10 maja 1994 r. (<http://orka.sejm.gov.pl/Biuletyn.nsf>).

⁵⁹⁸ Sejm RP, II kadencja – Druk 412, Sejm RP, II kadencja – Druk 413.

dwóch latach prac, uchwalił jedynie ustawę o zawodzie lekarza⁵⁹⁹, co znać można za znaczące osiągnięcie samorządu lekarskiego. Projekt ustawy o izbach lekarskich został po pierwszym czytaniu skierowany do Komisji: Zdrowia i Ustawodawczej i tam zakończył swój żywot⁶⁰⁰.

W związku z porażką starań o uchwalenie nowej ustawy o izbach lekarskich w II kadencji Sejmu, IV Krajowy Zjazd Lekarzy, odbywający się w Warszawie w grudniu 1997 r. uznał, że nowelizacja ustawy z dnia 17 maja 1989 r. o izbach lekarskich miała być jednym z głównych zadań izb lekarskich⁶⁰¹. IV KZL przyjął też w drodze uchwały projekt nowej ustawy o izbach lekarskich i zobowiązał Naczelną Radę Lekarską do „dołożenia wszelkich starań o nadanie temu projektowi biegu legislacyjnego w Parlamencie Rzeczypospolitej Polskiej”⁶⁰². Niestety, także w III kadencji Sejmu, która pokrywała się z III kadencją organów samorządu lekarskiego, nie udało się działaczom izb lekarskich doprowadzić do zasadniczych zmian w ustawie z dnia 17 maja 1989 r. o izbach lekarskich – zadanie to powierzono organom izb IV kadencji⁶⁰³. Także w latach 2001 – 2005 działaczom izb lekarskich nie udało się przekonać parlamentarzystów do poważnych zmian w prawie regulującym działanie samorządu lekarskiego. Podobnie rzecz się miała z wprowadzeniem do ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza zapisów o urlopie przysługującym lekarzom dla poratowania zdrowia⁶⁰⁴.

Fiasko działań na rzecz uchwalenia nowej ustawy o izbach lekarskich w kadencjach I-IV, skłoniło działaczy Naczelnej Izby Lekarskiej do zmiany sposobu działania. Naczelna Rada Lekarska V kadencji postanawiała przygotować projekt zmian ustawy z dnia 17 maja 1989 r. o izbach lekarskich tylko w części dotyczącej odpowiedzialności zawodowej. Powołano w tym celu specjalny zespół⁶⁰⁵, którego

⁵⁹⁹ Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza (Dz. U. 1997 r., nr 28, poz. 152).

⁶⁰⁰ Archiwum Sejmu RP, Proces legislacyjny II kadencja Sejmu RP – Druk 413, (<http://orka.sejm.gov.pl/proc2.nsf/0/1E7528E4A94489D8C12574580021A1E8?OpenDocument>).

⁶⁰¹ Uchwała nr 10 IV Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 12 grudnia 1997 r. w sprawie programu samorządu lekarzy w III kadencji (1998-2001 r.) – (http://www.nil.org.pl/__data/assets/rtf_file/0013/8203/uchwala-nr-10.rtf).

⁶⁰² Uchwała nr 11 IV Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 12 grudnia 1997 r. w sprawie przyjęcia projektu nowej ustawy o izbach lekarskich - (http://www.nil.org.pl/__data/assets/rtf_file/0014/8204/uchwala-nr-11.rtf).

⁶⁰³ Uchwała nr 11 VI Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 14 grudnia 2001 r. w sprawie programu samorządu lekarskiego na lata 2001-2005 – (http://www.nil.org.pl/__data/assets/rtf_file/0019/8236/Uchwala_nr_11.rtf).

⁶⁰⁴ Uchwała nr 15 VI Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 14 grudnia 2001 r. w sprawie zmiany ustawy o zawodzie lekarza – (http://www.nil.org.pl/__data/assets/rtf_file/0014/8240/Uchwala_nr_15.rtf).

⁶⁰⁵ Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 31/06/V z dnia 17 listopada 2006 r. - (http://www.nil.org.pl/__data/assets/rtf_file/0013/4009/ru0031-06-V.rtf).

propozycje Naczelna Rada Lekarska zatwierdziła 15 grudnia 2006 r.⁶⁰⁶ Tego samego dnia NRL zdecydowała również o kontynuowaniu prac nad zmianami ustawy o izbach lekarskich⁶⁰⁷, czego efektem był projekt ustawy o zmianie ustawy o izbach lekarskich, który wprowadzał obowiązek posiadania ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej w związku z wykonywaniem zawodu przez lekarzy i lekarzy dentystów⁶⁰⁸. Niestety oba projekty częściowych zmian ustawy z dnia 17 maja 1989 r. o izbach lekarskich również nie znalazły uznania ze strony rządu i parlamentu.

Nie zmniejszyło to jednak determinacji Naczelnej Rady Lekarskiej w działaniach tworzenia kolejnych propozycji zmian w prawie dotyczących funkcjonowania izb lekarskich i wykonywania zawodu lekarza. W 2008 r. NRL przyjęła projekty: nowej ustawy o izbach lekarskich⁶⁰⁹ i nowelizacji ustaw o zawodzie lekarza i zakładach opieki zdrowotnej⁶¹⁰, zaś w 2009 r. dwa projekty nowelizacji ustawy o zawodzie lekarza: w części dotyczącej doskonalenia zawodowego⁶¹¹ i w części dotyczącej umiejętności z zakresu węższych dziedzin medycyny lub udzielania określonych świadczeń zdrowotnych⁶¹².

Determinacja ta opłaciła się. Władzom Naczelnej Izby Lekarskiej udało się przekonać Minister Zdrowia Ewę Kopacz i Radę Ministrów do wniesienia do Sejmu 26 czerwca 2009 r. rządowego projektu ustawy o izbach lekarskich, który oparty był o projekt przygotowany przez samorząd lekarski⁶¹³. Prace nad nim znalazły swój finał 2 grudnia 2009 r., kiedy Sejm przyjął nową ustawę o izbach lekarskich⁶¹⁴. Z kolei propozycje zmian w ustawie o zawodzie lekarza przygotowane w V kadencji organów samorządu nie zostały wzięte pod uwagę przez organy państwa podczas nowelizacji tej ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r.⁶¹⁵

⁶⁰⁶ Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 35/06/V z dnia 15 grudnia 2006 r. – (http://www.nil.org.pl/__data/assets/pdf_file/0008/4013/ru-0035-06-V.pdf).

⁶⁰⁷ Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 36/06/V z dnia 15 grudnia 2006 r. – (http://www.nil.org.pl/__data/assets/pdf_file/0009/4014/ru-0036-06-V.pdf).

⁶⁰⁸ Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 1/08/V z dnia 8 lutego 2008 – (http://www.nil.org.pl/__data/assets/pdf_file/0016/4039/ru0001-08-V.pdf).

⁶⁰⁹ Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 13/08/V z dnia 27 czerwca 2008 r. – (http://www.nil.org.pl/__data/assets/pdf_file/0011/4052/ru0013-08-V.pdf).

⁶¹⁰ Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 25/08/V z dnia 12 grudnia 2008 r. – (http://www.nil.org.pl/__data/assets/pdf_file/0014/4064/ru0025-08-V.pdf).

⁶¹¹ Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 5/09/V z dnia 13 lutego 2009 r. – (http://www.nil.org.pl/__data/assets/pdf_file/0019/4069/ru0005-09-V.pdf).

⁶¹² Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 8/09/V z dnia 19 czerwca 2009 r. – (http://www.nil.org.pl/__data/assets/pdf_file/0013/4072/ru0008-09-V.pdf).

⁶¹³ Sejm RP, VI kadencja – Druk 2151.

⁶¹⁴ Ustawa z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. 2009 r., nr 219, poz. 1708)

⁶¹⁵ Ustawa z dnia 28 kwietnia 2011 r. o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. 2011 r., nr 113, poz. 658).

Niekwestionowana aktywność samorządu lekarskiego w procesie stanowienia prawa regulującego wykonywanie zawodu lekarza i funkcjonowanie izb lekarskich w latach 1989-2009 nie przekładała się na zdolność korporacji lekarskiej do skutecznego wpływania na decyzje rządu i parlamentu. Niewątpliwie doprowadzenie do uchwalenia ustawy o zawodzie lekarza w 1996 r. w oparciu o propozycje przygotowane przez samorząd było dużym osiągnięciem, jednak odosobnionym. Realną siłę oddziaływania izb lekarskich na decyzje podejmowane przez organy państwa obrazuje fakt, iż 20 lat zajęło korporacji lekarskiej doprowadzenie do postulowanych przez siebie zmian w ustawie o izbach lekarskich. Nieskuteczność ta wynikać mogła przede wszystkim z podejścia władz państwowych do roli samorządu w procesie legislacyjnym – terminy nadsyłania projektów aktów prawnych do konsultacji uniemożliwiające rzetelne ich ocenienie dowodzą tego, iż organy państwa nie zamierzały wysłuchiwać opinii izb lekarskich, lecz jedynie spełnić obowiązek przedstawienia projektów ustaw i rozporządzeń do konsultacji. Takie nastawienie wynikać może z ponad 40-letnich przyzwyczajzeń administracji państwowej z okresu PRL do pełnej autonomii w podejmowaniu decyzji, kiedy to konsultacje społeczne nie były traktowane poważnie. Nawyk ten był tak silny, że dotyczył nawet Ministrów Zdrowia, którzy nim zostali ministrami byli aktywnymi członkami samorządu. Z drugiej jednak strony samorząd lekarski nie podejmował prób utworzenia lobby lekarskiego w parlamencie jak miało to miejsce w okresie II RP. 13 grudnia 1935 r. ukonstytuowała się Grupa lekarzy – posłów i senatorów licząca 5 senatorów i 9 posłów, której przewodniczył prof. Mieczysław Michałowicz – ówczesny Prezes Naczelnej Izby Lekarskiej⁶¹⁶. Grupa ta zabiegała o interesy lekarzy przez całą IV kadencję Sejmu II RP⁶¹⁷. Być może stworzenie aktywnej reprezentacji lekarskiej w Sejmie i Senacie III RP pozwoliłoby na podniesienie skuteczności działań samorządu w procesie stanowienia prawa dotyczącego lekarzy.

⁶¹⁶ Dziennik Urzędowy Izb Lekarskich, Rok VII, nr 1, 1 stycznia 1936 r., s. 3.

⁶¹⁷ Dziennik Urzędowy Izb Lekarskich, Rok VII, nr 2, 1 lutego 1936 r., s. 20-24, Dziennik Urzędowy Izb Lekarskich, Rok VII, nr 3, 1 marca 1936 r., s. 40 - 46, Dziennik Urzędowy Izb Lekarskich, Rok VIII, nr 1, 1 stycznia 1937 r., s. 12, Dziennik Urzędowy Izb Lekarskich, Rok VIII, nr 2, 1 lutego 1937 r., s. 35, Dziennik Urzędowy Izb Lekarskich, Rok VIII, nr 3, 1 marca 1937 r., s. 73 – 74, Dziennik Urzędowy Izb Lekarskich, Rok VIII, nr 4, 1 kwietnia 1937 r., s. 106 – 107, Dziennik Urzędowy Izb Lekarskich, Rok IX, nr 4, 1 kwietnia 1938 r., s. 79, Dziennik Urzędowy Izb Lekarskich, Rok IX, nr 8, 1 sierpnia 1938 r., s. 341.

3.2 Udział przedstawicieli samorządu lekarskiego w radach naukowych, komisjach egzaminacyjnych i konkursowych

Samorząd lekarski jako reprezentacja całej społeczności lekarskiej delegował swoich przedstawicieli do wielu ciał kolegialnych, które nadzorowały lub doradzały instytucjom publicznym związanym z lecznictwem i kształceniem medycznym.

Najważniejszą z tych instytucji, z punktu widzenia organizacji lecznictwa w Polsce, był Narodowy Fundusz Zdrowia. Rada Funduszu zajmowała się w myśl art. 41 ust. 6 ustawy z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia (Dz. U. 2003 r., nr 45, poz. 391) zajmowała się m.in. uchwalaniem Krajowego Planu Zabezpieczenia Świadczeń Zdrowotnych i przyjmowaniem sprawozdania z jego wykonania, uchwalaniem rocznego planu finansowego Funduszu, uchwalaniem planu pracy Funduszu i przyjmowaniem rocznego sprawozdania z działalności Funduszu oraz oceną pracy Zarządu i przedstawianiem Prezesowi Rady Ministrów. Zgodnie z zapisami art. 41 ust. 2 pkt 1 ustawy w posiedzeniach Rady Funduszu mógł uczestniczyć jeden przedstawiciel Naczelnej Rady Lekarskiej. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. 2004r., nr 210, poz. 2135), która zastąpiła ustawę o powszechnym ubezpieczeniu w NFZ z 2003 r. w art. 100 ust. 9 także przewidywała udział przedstawiciela NRL w posiedzeniach Rady Funduszu w charakterze obserwatora. Osobą, którą Naczelna Rada Lekarska wyznaczyła do brania udziału w posiedzeniach Rady NFZ był dr Konstanty Radziwiłł⁶¹⁸.

Przedstawiciele samorządu lekarskiego uczestniczyli również w posiedzeniach Rady Naukowej Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego, które m.in. koordynowało działania związane z prowadzeniem kształcenia podyplomowego lekarzy i lekarzy stomatologów, organizowało i koordynowało działania związane z opracowywaniem i nowelizacją programów specjalizacji w specjalizacjach lekarskich i lekarsko-stomatologicznych i prowadziło akredytację kursów szkoleniowych objętych programem specjalizacji⁶¹⁹. W skład Rady Naukowej CMKP oprócz nauczycieli akademickich Centrum posiadających tytuł naukowy lub stopień naukowy doktora habilitowanego, przedstawicieli pozostałych nauczycieli akademickich i pozostałych pracowników Centrum, wchodziło również po jednym przedstawicielu samorządu

⁶¹⁸ Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 50/03/IV z dnia 11 kwietnia 2003 r. – (http://www.nil.org.pl/__data/assets/rtf_file/0008/8837/ru050-03-IV.rtf).

⁶¹⁹ § 4 ust. 2 Statutu Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego, Zarządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 5 lutego 1996 r. w sprawie statutu Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego (Dz. Urz. MZ 1996 r., nr 2, poz. 7).

lekarskiego i organizacji samorządowych innych grup zawodowych, delegowanym przez te organizacje⁶²⁰.

Inną instytucją związaną z kształceniem podyplomowym lekarzy, w której swoich przedstawicieli miał samorząd lekarski była Krajowa Rada Egzaminów Lekarskich. Powołana zarządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 23 marca 1999 r. Krajowa Rada odpowiadała za opiniowanie, na wniosek Ministra Zdrowia, spraw związanych z przeprowadzaniem postępowania kwalifikacyjnego do odbywania specjalizacji, opracowaniem regulaminów, organizowaniem i przygotowaniem państwowych egzaminów lekarskich, ustalanie standardów weryfikacji wiedzy w kształceniu podyplomowym kadry medycznej, zgłaszanie, w porozumieniu z właściwym konsultantem krajowym i właściwym naukowym towarzystwem medycznym oraz Naczelną Radą Lekarską, kandydatów do powoływanych przez Ministra Zdrowia komisji egzaminacyjnych do przeprowadzania państwowych egzaminów specjalizacyjnych, zgłaszanie kandydatów do powołania przez Ministra Zdrowia komisji egzaminacyjnych dla przeprowadzania państwowego egzaminu kończącego staż podyplomowy lekarza lub lekarza stomatologa - właściwych dla województwa, na obszarze którego lekarz, lekarz stomatolog odbywał staż oraz okresową ocenę przeprowadzania egzaminów lekarskich przez Centrum Egzaminów Medycznych⁶²¹. W skład Rady wchodziło, oprócz sześciu przedstawicieli Naczelnej Rady Lekarskiej, także konsultanci krajowi w dziedzinach medycyny: chorób wewnętrznych, chirurgii ogólnej, medycyny rodzinnej, pediatrii, położnictwa i ginekologii, psychiatrii oraz stomatologii ogólnej, przedstawiciel Konferencji Rektorów Akademii Medycznych w Polsce, przedstawiciel Sekcji Medycznej Rady Głównej Szkolnictwa Wyższego, przedstawiciel Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego, przedstawiciel Polskiego Towarzystwa Lekarskiego i dwaj przedstawiciele Ministra Zdrowia⁶²².

⁶²⁰ § 6 ust. 2 Statutu Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego, Zarządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 5 lutego 1996 r. w sprawie statutu Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego (Dz. Urz. MZ. 1996 r., nr 2, poz. 7), § 6 ust. 1 Statutu Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego, Zarządzenia Ministra Zdrowia z dnia 13 października 2005 r. w sprawie nadania statutu Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego (Dz. Urz. MZ. 2005 r., nr 16, poz. 82) i § 6 ust. 1 Statutu Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego, Zarządzenia Ministra Zdrowia z dnia 24 listopada 2006 r. w sprawie nadania statutu Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego (Dz. Urz. MZ. 2006 r., nr 17, poz. 86).

⁶²¹ § 3 zarządzenia Ministra Zdrowia z dnia 23 marca 1999 r. w sprawie powołania Krajowej Rady Egzaminów Lekarskich do realizacji zadań w zakresie stażu podyplomowego oraz szkolenia podyplomowego lekarzy, lekarzy stomatologów (Dz. Urz. MZ. 1999 r., nr 1, poz. 2).

⁶²² § 2 zarządzenia Ministra Zdrowia z dnia 23 marca 1999 r. w sprawie powołania Krajowej Rady Egzaminów Lekarskich do realizacji zadań w zakresie stażu podyplomowego oraz szkolenia podyplomowego lekarzy, lekarzy stomatologów (Dz. Urz. MZ. 1999 r., nr 1, poz. 2) i § 2 zarządzenia

Przedstawiciele izb lekarskich byli również członkami komisji przeprowadzających państwowe egzaminy specjalizacyjne dla lekarzy i lekarzy dentyków⁶²³. W latach 2001 – 2005 przedstawiciele okręgowych rad lekarskich uczestniczyli też w komisjach kwalifikacyjnych, które decydowały o przyznawaniu miejsc na poszczególnych specjalizacjach⁶²⁴.

Innym organem o charakterze centralnym, w skład którego wchodził przedstawiciele izb lekarskich była Krajowa Rada Transplantacyjna utworzona na mocy art. 17 ustawy z dnia 26 października 1995 r. o pobieraniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (Dz. U. 1995 r., nr 138, poz. 682). Zadaniem Rady były: opiniowanie zamierzeń i programów w zakresie organizacji i funkcjonowania zakładów opieki zdrowotnej i innych jednostek organizacyjnych pobierających, przechowujących i przeszczepiających komórki, tkanki i narządy, wnioskowanie w oparciu o kryteria medyczne sposobu tworzenia krajowych list biorców oczekujących na przeszczepienie narządów, szpiku i innych regenerujących się komórek i tkanek, prowadzenie działalności informacyjnej w zakresie pozyskiwania komórek, tkanek i narządów w celu ratowania życia i zdrowia, ocena poziomu i jakości świadczeń zdrowotnych w zakresie pobierania i przeszczepiania komórek, tkanek i narządów, opiniowanie projektów aktów prawnych w zakresie pobierania i przeszczepiania komórek, tkanek i narządów, a także współdziałanie z organizacjami i stowarzyszeniami krajowymi i zagranicznymi, których celem jest rozwój transplantologii, oraz z samorządem lekarskim⁶²⁵. W skład Krajowej Rady Transplantacyjnej wchodził: Dyrektor Centrum Organizacyjno-Koordynacyjnego do Spraw Transplantacji „Poltransplant”, krajowi konsultanci z następujących dziedzin medycyny: transplantologii, anestezjologii i intensywnej terapii oraz neurochirurgii, przedstawiciel Rady Naukowej przy Ministrze Zdrowia i Opieki Społecznej, przedstawiciel Komisji do Spraw Etyki Badań Naukowych przy Ministrze Zdrowia i Opieki Społecznej, przedstawiciele służby zdrowia: Ministerstwa Obrony Narodowej, Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji, Ministerstwa Transportu i

Ministra Zdrowia z dnia 10 lipca 2007 r. w sprawie Krajowej Rady Egzaminów Lekarskich (Dz. U. MZ. 2007 r., nr 11, poz. 43).

⁶²³ § 19 ust 8 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2005 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentyków (Dz. U. 2005 r., nr 213, poz. 1779), § 23 ust. 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 sierpnia 2001 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy stomatologów (Dz. U. 2001 r., nr 83, poz. 905) i § 20 ust. 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 25 marca 1999 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy stomatologów (Dz. U. 1999 r., nr 31, poz. 302).

⁶²⁴ § 12 ust 10 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 sierpnia 2001 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy stomatologów (Dz. U. 2001 r., nr 83, poz. 905).

⁶²⁵ Art. 17 ust. 2 ustawy z dnia 26 października 1995 r. o pobieraniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (Dz. U. 1995 r., nr 138, poz. 682).

Gospodarki Morskiej, przedstawiciel Wydziału Nauk Medycznych Polskiej Akademii Nauk, przedstawiciele następujących dziedzin nauki: filozofii, socjologii, etyki, teologii i prawa, dwóch przedstawicieli banków komórek i tkanek, siedmiu lekarzy specjalistów z zakresu medycyny transplantacyjnej oraz przedstawiciel Naczelnej Rady Lekarskiej⁶²⁶. Także po zmianie statutu Krajowej Rady Transplantacyjnej w 2006 r. przedstawiciel NRL brał udział w jej pracach⁶²⁷.

Przedstawiciele samorządu lekarskiego reprezentowali także środowisko lekarskie w radach społecznych zakładów opieki zdrowotnej, co z punktu widzenia codziennej pracy lekarzy zatrudnionych w szpitalach miało większe znaczenie. Rady społeczne zajmowały się bowiem przedstawianiem organowi założycielskiemu szpitala, wniosków i opinii w sprawach: kontraktu na udzielanie świadczeń medycznych, zakupu sprzętu medycznego, planu finansowego szpitala czy zatrudnienia dyrektora⁶²⁸.

Zgodnie z art. 45 ust. 1 pkt 2 lit. d) ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (tekst pierwotny: Dz. U. 1991 r. Nr 91 poz. 408, tekst jednolity: Dz. U. 2007 r. Nr 14 poz. 89), w skład rady społecznej zakładu opieki zdrowotnej powołanego przez ministra lub centralny organ administracji rządowej, wojewodę lub jednostkę samorządu terytorialnego wchodzić mieli członkowie rady powołani przez organ w liczbie nie przekraczającej 15, w tym po jednym przedstawicielu Naczelnej Rady Lekarskiej i Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych. Z kolei w zakładach opieki zdrowotnej tworzonych przez uczelnie medyczne do rad społecznych wchodził: jako przewodniczący - przedstawiciel rektora uczelni, a jako członkowie: przedstawiciel ministra właściwego do spraw zdrowia, przedstawiciel wojewody, przedstawiciel przewodniczącego zarządu samorządu województwa, przedstawiciel okręgowej rady pielęgniarek i położnych, osoby powołane przez senat uczelni oraz przedstawiciel okręgowej izby lekarskiej⁶²⁹.

Jednak miejscem, gdzie rola przedstawicieli izb lekarskich była najważniejsza były komisje konkursowe decydujące o obsadzie kierowniczych stanowisk w

⁶²⁶ § 3 ust. 1 statutu Krajowej Rady Transplantacyjnej, Zarządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 20 stycznia 1997 r. w sprawie nadania statutu Krajowej Radzie Transplantacyjnej (Dz. Urz. MZ. 1997 r., nr 2, poz. 3).

⁶²⁷ § 1 ust. 1 statutu Krajowej Rady Transplantacyjnej, Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 maja 2006 r. w sprawie nadania statutu Krajowej Radzie Transplantacyjnej (Dz. Urz. MZ. 2006 r., nr 84, poz. 584).

⁶²⁸ Art. 46 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (tekst pierwotny: Dz. U. 1991 r. Nr 91 poz. 408, tekst jednolity: Dz. U. 2007 r. Nr 14 poz. 89).

⁶²⁹ Art. 44c ust. 2) ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (tekst pierwotny: Dz. U. 1991 r. Nr 91 poz. 408, tekst jednolity: Dz. U. 2007 r. Nr 14 poz. 89).

publicznych zakładach opieki zdrowotnej. Art. 4 ust. 2 pkt 5 ustawy z dnia 17 maja 1989 r. o izbach lekarskich stanowił, że samorząd lekarski wykonuje swoje zadania w szczególności przez przewodniczenie komisjom konkursowym w konkursach na stanowisko ordynatora i uczestnictwo w konkursach na inne kierownicze stanowiska w służbie zdrowia. Faktyczną podstawą prawną tych działań były jednak rozporządzenia Ministra Zdrowia regulujące zasady przeprowadzania konkursu na niektóre stanowiska kierownicze w publicznych zakładach opieki zdrowotnej. Zgodnie z § 5 pkt 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 2 października 1990 r. w sprawie zasad i trybu powoływania oraz przeprowadzania konkursu na niektóre stanowiska w zakładach społecznych służby zdrowia (Dz. U. 1990 r., nr 70, poz. 416) okręgowa rada lekarska była odpowiedzialna za powoływanie komisji konkursowej w odniesieniu do stanowiska ordynatora. Przewodniczącym komisji był przedstawiciel właściwej okręgowej rady lekarskiej zaś członkami komisji: dyrektor zakładu pracy, przedstawiciel właściwego nadzoru specjalistycznego, przedstawiciel właściwego towarzystwa naukowego, ordynator wyznaczony przez właściwą okręgową radę lekarską i po jednym przedstawicielu związków zawodowych działających w zakładzie⁶³⁰. W przypadku obsadzania stanowiska dyrektora zakładu opieki zdrowotnej komisja konkursowa powoływana była przez organ założycielski danego zakładu. Komisja konkursowa składała się dwóch przedstawicieli organu, w tym przynajmniej jednego lekarza, z których jeden pełnił funkcję przewodniczącego komisji, przedstawiciela właściwej okręgowej rady lekarskiej, przedstawicieli związków zawodowych działających w zakładzie oraz z przedstawiciela samorządu terytorialnego.

Po wejściu w życie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej z 1991 r. Minister Zdrowia i Opieki Społecznej wydał 5 marca 1992 r. rozporządzenie w sprawie rodzaju stanowisk w publicznych zakładach opieki zdrowotnej, których obsadzanie następuje w drodze konkursu, oraz trybu przeprowadzania konkursu (tekst pierwotny: Dz. U. 1992 r., nr 22, poz. 96, tekst jednolity: Dz. U. 1996 r., nr 41, poz. 180). W myśl przepisów rozporządzenia okręgowe rady lekarskie nie powoływały już komisji konkursowych na stanowisko ordynatora – robił to kierownik zakładu opieki zdrowotnej. W przypadku konkursu na stanowisko dyrektora komisję, tak jak wcześniej powoływał organ

⁶³⁰ § 6 pkt 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 2 października 1990 r. w sprawie zasad i trybu powoływania oraz przeprowadzania konkursu na niektóre stanowiska w zakładach społecznych służby zdrowia (Dz. U. 1990 r., nr 70, poz. 416).

założycielski danego zakładu opieki zdrowotnej⁶³¹. W skład komisji konkursowej decydującej o zatrudnieniu dyrektora zakładu opieki zdrowotnej wchodziło: od trzech do sześciu przedstawicieli, w tym przynajmniej jeden lekarz, organu uprawnionego do powołania na dane stanowisko, z których jeden pełnił funkcję przewodniczącego, przedstawiciel właściwej ze względu na siedzibę zakładu okręgowej rady pielęgniarek i położnych, przedstawiciel zakładowych związków zawodowych, przedstawiciel rady nadzorczej publicznego zakładu opieki zdrowotnej, przedstawiciel organu gminy, jeżeli nie był to organ uprawniony do powołania kierownika zakładu oraz przedstawiciel właściwej ze względu na siedzibę zakładu okręgowej rady lekarskiej⁶³². W przypadku konkursu na stanowisko ordynatora oddziału, pomimo faktu powoływania komisji konkursowej przez kierownika danego szpitala, przewodnictwo w niej obejmował przedstawiciel właściwej ze względu na siedzibę zakładu okręgowej rady lekarskiej - lekarz będący specjalistą w danej lub pokrewnej dziedzinie medycyny. Członkami komisji zostawali kierownik zakładu, przedstawiciel specjalistycznego towarzystwa naukowego, będący specjalistą w danej dziedzinie medycyny, konsultant wojewódzki oraz ordynator w danej dziedzinie medycyny, wyznaczeni przez organ utrzymujący zakład, przedstawiciel właściwej ze względu na siedzibę zakładu okręgowej rady pielęgniarek i położnych oraz od 1996 r. dwaj lekarze - przedstawiciele właściwej ze względu na siedzibę zakładu okręgowej izby lekarskiej, będący specjalistami w danej lub pokrewnej dziedzinie medycyny⁶³³. Dzięki temu ponad 1/3 składu komisji stanowili przedstawiciele samorządu lekarskiego.

§ 5 ust. 5 rozporządzenia w sprawie rodzaju stanowisk w publicznych zakładach opieki zdrowotnej, których obsadzanie następuje w drodze konkursu, oraz trybu przeprowadzania konkursu z 1992 r. przewidywał udział przedstawicieli okręgowych rad lekarskich w komisjach konkursowych decydujących o obsadzaniu stanowisk naczelnich pielęgniarek, przełożonych pielęgniarek i pielęgniarek oddziałowych.

⁶³¹ § 3 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 5 marca 1992 r. w sprawie rodzaju stanowisk w publicznych zakładach opieki zdrowotnej, których obsadzanie następuje w drodze konkursu, oraz trybu przeprowadzania konkursu (tekst pierwotny: Dz. U. 1992 r., nr 22, poz. 96, tekst jednolity: Dz. U. 1996 r., nr 41, poz. 180).

⁶³² § 5 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 5 marca 1992 r. w sprawie rodzaju stanowisk w publicznych zakładach opieki zdrowotnej, których obsadzanie następuje w drodze konkursu, oraz trybu przeprowadzania konkursu (tekst pierwotny: Dz. U. 1992 r., nr 22, poz. 96, tekst jednolity: Dz. U. 1996 r., nr 41, poz. 180).

⁶³³ § 5 ust. 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 5 marca 1992 r. w sprawie rodzaju stanowisk w publicznych zakładach opieki zdrowotnej, których obsadzanie następuje w drodze konkursu, oraz trybu przeprowadzania konkursu (tekst pierwotny: Dz. U. 1992 r., nr 22, poz. 96, tekst jednolity: Dz. U. 1996 r., nr 41, poz. 180).

Rozporządzenie z 1992 r. zostało uchylone ustawą z dnia 20 czerwca 1997 r. o zmianie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej oraz o zmianie niektórych innych ustaw (Dz. U. 1997r., nr 104, poz. 661). Zasady przeprowadzania konkursów na stanowiska kierownicze w publicznych zakładach opieki zdrowotnej zostały określone rozporządzeniem Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 19 sierpnia 1998 r. w sprawie szczegółowych zasad przeprowadzania konkursu na niektóre stanowiska kierownicze w publicznych zakładach opieki zdrowotnej, składu komisji konkursowej oraz ramowego regulaminu przeprowadzania konkursu (Dz. U. 1998 r., nr 115, poz. 749). Nowe regulacje nie wprowadziły jednak większych zmian w zakresie składów komisji konkursowych.

W przypadku Wielkopolskiej Izby Lekarskiej sprawami konkursów na kierownicze stanowiska w publicznych zakładach opieki zdrowotnej zajmowały się w imieniu Okręgowej Rady Lekarskiej jej komisje: Kadrowa (w okresie I i II kadencji) i ds. Konkursów (kadencje III – V). Podczas pierwszych czterech lat działania samorządu lekarskiego reprezentanci WIL wzięli udział w 111 konkursach na stanowisko ordynatora i 66 konkursach na stanowisko dyrektora zakładu opieki zdrowotnej⁶³⁴, w okresie III kadencji organów samorządu lekarskiego przedstawiciele ORL WIL przewodniczyli 288 komisjom konkursowym na stanowiska ordynatorów i uczestniczyli w 27 konkursach na stanowiska dyrektorskie⁶³⁵, zaś w czasie V kadencji organów izb lekarskich odbyły się 273 konkursy na stanowiska ordynatorskie i 18 konkursów na stanowiska dyrektorskie⁶³⁶.

Udział przedstawicieli izb lekarskich w radach naukowych, specjalizacyjnych komisjach egzaminacyjnych, Radzie Narodowego Funduszu Zdrowia czy w radach społecznych szpitali pozwalało samorządowi lekarskiemu na współudział w podejmowaniu decyzji istotnych z punktu widzenia wykonywania zawodu lekarza i lekarza dentystry. Nawet w przypadku, kiedy rola przedstawiciela izb lekarskich ograniczała się jedynie do roli obserwatora pozwalało to samorządowi na dostęp do informacji o planach instytucji decydujących o warunkach pracy lekarzy. Dzięki temu izby lekarskie mogły przygotować swoich członków na zmiany lub podjąć działania zmierzające do zatrzymania szkodliwych, z punktu widzenia lekarzy, pomysłów.

⁶³⁴ Sprawozdanie z działalności Komisji Kadrowej WOIL za okres I kadencji oraz za okres między V Okręgowym Zjazdem Lekarzy a zjazdem sprawozdawczo – wyborczym – Archiwum WIL.

⁶³⁵ Sprawozdanie z działalności Komisji ds. Konkursów ORL WIL za okres 19 grudnia 1997 r. – 31 września 2001 r. – Archiwum WIL.

⁶³⁶ Sprawozdanie z działalności Komisji ds. Konkursów ORL WIL za okres 2005 -2009 – Archiwum WIL.

Jednak to uczestnictwo samorządu lekarskiego w przeprowadzaniu konkursów na kierownicze stanowiska w publicznych zakładach opieki zdrowotnej (dotyczyło to przede wszystkim stanowisk ordynatorskich) wydają się być najważniejszym obszarem działalności izb lekarskich w omawianym zakresie. W latach 1989 – 2009 większość lekarzy pracowała w publicznych zakładach opieki zdrowotnej. Dzięki udziałowi izb lekarskich w procesie wyłaniania osób zajmujących stanowiska ordynatorów czy dyrektorów szpitali, lekarze mogli być spokojni, że kryteria merytoryczne, a nie polityczne jak bywało przed 1989 r., będą decydującymi o powierzeniu danej osobie stanowiska kierowniczego.

3.3 Reprezentowanie członków samorządu lekarskiego w negocjacjach z Kasami Chorych i Narodowym Funduszem Zdrowia

Wejście w życie ustawy z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (Dz. U. 1997 r., nr 28, poz. 153) z początkiem 1999 r. zmieniło zasady funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej w Polsce. Ubezpieczenie zdrowotne było od tego momentu realizowane przez instytucje ubezpieczenia zdrowotnego – kasy chorych. Kasa chorych w celu zapewnienia ubezpieczonym świadczeń określonych ustawą gromadziła środki finansowe, zarządzała nimi oraz zawierała umowy ze świadczeniodawcami czyli z zakładami opieki zdrowotnej, grupowymi praktykami lekarskimi, grupowymi praktykami pielęgniarek, położnych i osobami wykonującymi zawód medyczny w ramach indywidualnej lub specjalistycznej praktyki lub osobami, które uzyskały fachowe kwalifikacje do udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach prowadzonej działalności gospodarczej⁶³⁷. Podstawową jednostką organizacyjną ubezpieczenia zdrowotnego były regionalne kasy chorych, które były instytucjami samorządowymi, wyposażonymi w osobowość prawną⁶³⁸. Z tego względu każda kasa chorych samodzielnie prowadziła kontraktowanie usług medycznych w ramach ubezpieczenia zdrowotnego i dlatego to okręgowe izby lekarskie a nie Naczelna Izba Lekarska były podmiotami, które wspierały lekarzy w negocjacjach z instytucjami ubezpieczeniowymi.

Świadczeniodawcami, którzy mogli liczyć na wsparcie ze strony Wielkopolskiej Izby Lekarskiej byli przede wszystkim lekarze i lekarze dentyści prowadzący indywidualne i grupowe praktyki lekarskie. Wielkopolska Izba Lekarska prowadziła

⁶³⁷ Art. 4 ustawy z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (Dz. U. 1997 r., nr 28, poz. 153).

⁶³⁸ Art. 65 i art. 66 ustawy z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (Dz. U. 1997 r., nr 28, poz. 153).

głównie w ich imieniu negocjacje z władzami Wielkopolskiej Regionalnej Kasy Chorych odnośnie takich kwestii jak ustalenie jednoznacznej interpretacji spornych zapisów zawartych w umowach na udzielanie świadczeń zdrowotnych⁶³⁹, zasady zabezpieczania oraz finansowania badań diagnostycznych⁶⁴⁰ czy wartość punktów w poszczególnych grupach finansowo-tematycznych w rozliczeniach świadczeń wykonywanych w danym roku⁶⁴¹. Negocjacje te prowadziły zespoły robocze ds. stomatologii, ds. lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej i ds. lekarzy specjalistów⁶⁴².

W kwietniu 2003 r. kasy chorych zostały zastąpione przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Kontraktowaniem świadczeń zdrowotnych zajęły się jego oddziały wojewódzkie. To z nimi okręgowe izby lekarskie prowadziły negocjacje w imieniu swoich członków. Wielkopolska Izba Lekarska takie rozmowy z Wielkopolskim Oddziałem Wojewódzkim NFZ w zespołach ds. leczenia szpitalnego, ds. ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, ds. podstawowej opieki zdrowotnej i ds. stomatologii⁶⁴³. Na szczeblu centrali Narodowego Funduszu Zdrowia przedstawiciele Naczelnej Rady Lekarskiej brali udział w pracach tzw. zespołu arbitrażowego, który rozpoznawał zażalenia na czynności dyrektorów oddziałów wojewódzkich NFZ w zakresie kontrolowania ordynacji lekarskich⁶⁴⁴.

Udział izb lekarskich w negocjacjach z kasami chorych i Narodowym Funduszem Zdrowia w sprawach umów na udzielanie świadczeń zdrowotnych należy ocenić pozytywnie. Pojedynczy świadczeniodawca nie miałby szans w rozmowach z tak potężnym partnerem jak instytucja ubezpieczeniowa, a kiedy np. lekarze prowadzący

⁶³⁹ Porozumienie pomiędzy Wielkopolską Izbą Lekarską a Wielkopolską Regionalną Kasą Chorych dotyczące umów zawieranych pomiędzy Wielkopolską Regionalną Kasą Chorych a lekarzami stomatologami na udzielanie świadczeń w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego osobom objętym obowiązkiem ubezpieczenia z dnia 20 stycznia 1999 r. – Biuletyn Informacyjny Wielkopolskiej Izby Lekarskiej, nr 54, styczeń 1999 r., dodatek specjalny, s. 2, Porozumienie pomiędzy Wielkopolską Izbą Lekarską a Wielkopolską Regionalną Kasą Chorych w sprawie ustalenia jednoznacznej interpretacji niektórych zapisów zawartych w umowach na udzielanie świadczeń zdrowotnych z dnia 28 stycznia 1999 r. - Biuletyn Informacyjny Wielkopolskiej Izby Lekarskiej, nr 54, styczeń 1999 r., dodatek specjalny, s. 4.

⁶⁴⁰ Komunikat w sprawie porozumienia zawartego pomiędzy Wielkopolską Izbą Lekarską a Wielkopolską Regionalną Kasą Chorych w sprawie zasad zabezpieczania oraz finansowania badań diagnostycznych - Biuletyn Informacyjny Wielkopolskiej Izby Lekarskiej, nr 57, kwiecień 1999 r., dodatek specjalny, s. 8.

⁶⁴¹ Biuletyn Wielkopolskiej Izby Lekarskiej, nr 78, marzec 2001 r., dodatek specjalny, s. 4.

⁶⁴² Ibidem, s. 4.

⁶⁴³ Wykaz przedstawicieli Wielkopolskiej Izby Lekarskiej do negocjacji z Wielkopolskim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia w 2008 r. – Archiwum WIL.

⁶⁴⁴ Sprawozdanie kadencyjne Naczelnej Rady Lekarskiej za lata 2006-2010, w: Sprawozdania organów Naczelnej Izby Lekarskiej oraz komisji i zespołów problemowych Naczelnej Rady Lekarskiej V kadencji 2006-2010, Projekty uchwał X Krajowego Zjazdu Lekarzy, Warszawa 2010, cz. I, s. 9.

gabinety specjalistyczne byli reprezentowani przez właściwy zespół negocjacyjny izby lekarskiej szanse na korzystne umowy z ubezpieczycielem rośli.

3.4 Pomoc udzielana w przypadku postępowania sądowego przeciwko lekarzom

Zgodnie z art. 4 ust. 2 pkt 10 ustawy z dnia 17 maja 1989 r. izby lekarskie mogły występować w obronie interesów indywidualnych członków samorządu lekarzy. Na tej podstawie, w okresie między 1989 r. a 2009 r., Wielkopolska Izba Lekarska jeden raz podjęła decyzję o upoważnieniu lekarza do występowania w charakterze przedstawiciela społecznego zgodnie z art. 90 kodeksu postępowania karnego (Dz. U. 1997 r., nr 89, poz. 555 z późn. zm.), który może być ustanowiony kiedy zachodzi potrzeba ochrony interesu społecznego lub ważnego interesu indywidualnego, objętego zadaniami statutowymi zgłaszającej przedstawiciela organizacji. Na mocy uchwały Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej wyznaczony został przedstawiciel WIL, który wziął udział w procesie lekarza obwinionego o czyn z artykułu 160 § 2 kodeksu karnego (Dz. U. 1997 r., nr 88, poz. 553 z późn. zm.)⁶⁴⁵. Sprawa dotyczyła błędu lekarskiego. Władze Wielkopolskiej Izby Lekarskiej zdecydowały się zgłosić swojego przedstawiciela w postępowaniu sądowym ponieważ były całkowicie przekonane o niesłuszności stawianych lekarzowi zarzutów i chciały wesprzeć niewinnego w ich ocenie lekarza. Przedstawiciel WIL brał udział we wszystkich stadiach postępowania sądowego, łącznie z rozprawami przed Sądem Najwyższym.

Tego typu działanie samorządu lekarskiego było rzadkością w omawianym okresie funkcjonowania samorządu lekarskiego. Nie jest to jednak zaskakujące. Aby zaangażować swój autorytet na rzecz pomocy lekarzowi oskarżonemu przed sądem powszechnym izba lekarska musiała być pewna niesłuszności zarzutów stawianych lekarzowi. Powołany przez autora przykład daje jednak podstawy by twierdzić, że korporacja była gotowa wspierać swoich członków, których dotknęły niesprawiedliwe zarzuty.

⁶⁴⁵ Uchwała Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej nr 808/2000 z dnia 1 września 2000 r. – Archiwum WIL.

3.5 Działania izb lekarskich w zakresie ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej lekarzy w związku z wykonywaniem zawodu

Już podczas pierwszej kadencji organów samorządu lekarskiego działacze samorządowi dostrzegli konieczność objęcia lekarzy ochroną ubezpieczeniową w zakresie odpowiedzialności cywilnej w związku z wykonywaniem zawodu. Widząc zmiany zachodzące w systemie opieki zdrowotnej i rosnącej świadomości prawnej pacjentów delegaci na Nadzwyczajny II Krajowy Zjazd Lekarzy zobowiązali Naczelną Radę Lekarską do podjęcia rokowań z organizacjami ubezpieczeniowymi w celu ustalenia ogólnych warunków ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej lekarzy oraz taryfy składek za to ubezpieczenie⁶⁴⁶. Zadanie to powierzono Komisji Socjalnej NRL, która w miesiącach letnich 1992 r. po analizie przepisów prawnych zwróciła się z pytaniem do firm ubezpieczeniowych o możliwość współpracy w tym zakresie. Wspólnie z Komisją Warunków Pracy i Płac NRL w listopadzie zorganizowano spotkanie z prawnikami – ekspertami w zakresie ubezpieczeń i powołano zespół roboczy do rozmów z ubezpieczycielami. Efektem tych prac było powołanie na mocy uchwały Naczelnej Rady Lekarskiej nr 91/93/I z dnia 23 kwietnia 1993 r, roboczego Zespołu ds. negocjacji warunków ubezpieczenia lekarzy od odpowiedzialności cywilnej. W maju 1993 r. zespół spotkał się z prof. Andrzejem Wąsiewiczem – ekspertem w dziedzinie ubezpieczeń, na którym zgodził się on opracować postulaty jakie lekarze powinni wysunąć pod adresem firm ubezpieczeniowych⁶⁴⁷. Na posiedzeniu Naczelnej Rady Lekarskiej 4 czerwca 1993 r. prof. Wąsiewicz przedstawił wyniki swoich analiz. Rada zleciła prof. Wąsiewiczowi zadanie przygotowania ogólnych warunków ubezpieczenia OC lekarzy⁶⁴⁸. Naczelna Rada Lekarska podjęła także decyzję o zobowiązaniu Prezydium NRL do podjęcia działań na rzecz zorganizowania systemu ubezpieczeń wzajemnych lekarzy⁶⁴⁹.

Prace nad tym zagadnieniem nie zostały jednak doprowadzone do końca I kadencji organów samorządu lekarskiego. Naczelna Rada Lekarska przygotowała projekt uchwały dla III Krajowego Zjazdu Lekarzy zobowiązującej Naczelną Radę

⁶⁴⁶ Pkt V uchwały Nadzwyczajnego II Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 14 grudnia 1991 r. w sprawie szczegółowych zadań Naczelnej Rady Lekarskiej (http://www.nil.org.pl/_data/assets/rtf_file/0013/8023/uchwala_-_zadania_NRL.rtf).

⁶⁴⁷ Sprawozdanie Komisji Socjalnej NRL, w: Materiały Zjazdowe III Krajowego Zjazdu Lekarzy, cz. I, s. 174 – 175.

⁶⁴⁸ Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 97/93/I z dnia 4 czerwca 1993 r. – Biuletyn Naczelnej Rady Lekarskiej, Rok 4, nr 3-4 (21-22), s. 139.

⁶⁴⁹ Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 98/93/I z dnia 4 czerwca 1993 r. – Biuletyn Naczelnej Rady Lekarskiej, Rok 4, nr 3-4 (21-22), s. 140.

Lekarską II kadencji do zakończenia prac nad ogólnymi warunkami ubezpieczenia OC lekarzy⁶⁵⁰, jednak III KZL nie podjął uchwały w tej sprawie i zagadnienie to pozostało bez rozstrzygnięcia.

Problem ubezpieczeń lekarzy od odpowiedzialności cywilnej powrócił dopiero w V kadencji organów samorządu lekarskiego. 14 września 2007 r. Naczelna Rada Lekarska powołała Zespół ds. ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej lekarzy i lekarzy dentystów. Miał on opracować warunki ogólnokrajowego ubezpieczenia OC lekarzy, a zwłaszcza jego zakres, wysokość składki, wybranie systemu poboru składki, ustalenie parytetu prowizji dla Naczelnej Izby Lekarskiej i izb okręgowych oraz rozważenie konieczności pośrednictwa firmy brokerskiej⁶⁵¹. Działania te wiązały się z planowanym wprowadzeniem przez Ministra Finansów obowiązku ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej lekarzy i lekarzy dentystów - projekt rozporządzenia w tej sprawie Naczelna Rada Lekarska opiniowała 14 grudnia 2007 r.⁶⁵² Niestety prace tego zespołu nie przyniosły efektów. Pomimo apelu wystosowanego pod adresem Naczelnej Rady Lekarskiej przez Nadzwyczajny IX Krajowy Zjazd Lekarzy o zorganizowanie ogólnopolskiego samorządowego rozwiązania problemu ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej wszystkich lekarzy i lekarzy dentystów⁶⁵³ nie udało się do końca V kadencji organów samorządu lekarskiego utworzyć systemu czy choćby zasad takiego ubezpieczenia.

Problem ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej nie został rozwiązany także w Wielkopolskiej Izbie Lekarskiej. WIL nie stworzyła trwałego systemu pośrednictwa między lekarzami a firmami ubezpieczeniowymi. W 1997 r. WIL wynegocjowała z jedną z firm ubezpieczeniowych umowę, która zapewniała lekarzom – członkom izby wielkopolskiej korzystne warunki ubezpieczenia OC⁶⁵⁴. W okresie IV kadencji organów izb lekarskich działał przy Okręgowej Radzie Lekarskiej WIL zespół ds. ubezpieczeń lekarzy od odpowiedzialności cywilnej, który negocjował warunki ubezpieczeń dla lekarzy z firmami ubezpieczeniowymi i monitorował warunki ubezpieczenia OC w poszczególnych towarzystwach ubezpieczeniowych. Nie zakończył on jednak

⁶⁵⁰ Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 126/93/I z dnia 11 grudnia 1993 r. – Biuletyn Naczelnej Rady Lekarskiej, Rok 4, nr 6 (24), s. 263.

⁶⁵¹ Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 15/07/V z dnia 14 września 2007 r. (http://www.nil.org.pl/__data/assets/pdf_file/0013/4027/ru0015-07-V.pdf).

⁶⁵² Stanowisko Naczelnej Rady Lekarskiej nr 21/07/V z dnia 14 grudnia 2007 r. (http://www.nil.org.pl/__data/assets/pdf_file/0018/3915/rs0021-07-V.pdf).

⁶⁵³ Apel Nadzwyczajnego IX Krajowego Zjazdu Lekarzy nr 6 z dnia 12 stycznia 2008 r. do Naczelnej Rady Lekarskiej, (http://www.nil.org.pl/__data/assets/pdf_file/0011/8300/Apel-nr-6_9a.pdf).

⁶⁵⁴ Wielkopolska Izba Lekarska. Tradycja ..., op. cit., s. 103.

powodzeniem działań na rzecz nawiązania trwałej współpracy z firmą brokerską, która zapewniłaby możliwie najlepsze warunki ubezpieczeń⁶⁵⁵. Nie udało się również Wielkopolskiej Izbie Lekarskiej stworzyć systemu grupowych ubezpieczeń od odpowiedzialności cywilnej w związku z wykonywaniem zawodu lekarza.

Brak sukcesów samorządu lekarskiego na tym polu można ocenić zdecydowanie negatywnie. Znaczenie ubezpieczenia OC w pracy lekarza na przestrzeni lat 1989 – 2009 wzrastało. Rosnąca świadomość pacjentów w zakresie dochodzenia swoich praw w przypadku błędu lekarskiego skutkowałą większą liczbą procesów o odszkodowanie. Rosły również kwoty zasądzonych odszkodowań. Ogólnopolski system ubezpieczeń odpowiedzialności cywilnej lekarzy zapewniłby ochronę ubezpieczeniową każdemu praktykującemu lekarzowi i lekarzowi dentyście przy niższych kosztach niż w przypadku ubezpieczeń indywidualnych. Dodatkową korzyścią z takiego rozwiązania mogły być ewentualne prowizje pobierane przez izby lekarskie. Zyski te samorząd lekarski mógłby przeznaczyć na np. podnoszenie świadomości prawnej lekarzy lub inne szkolenia podnoszące ich kwalifikacje zawodowe.

3.6 Prezentowanie poglądów środowiska lekarskiego opinii publicznej za pośrednictwem mediów

Izby lekarskie reprezentowały swoich członków nie tylko wobec organów państwa ale również wobec opinii publicznej wykorzystując w tym celu media. Zadanie to spoczywało w głównej mierze na Naczelnej Radzie Lekarskiej, która zgodnie z art. 35 ustawy z dnia 17 maja 1989 r. o izbach lekarskich kierowała działalnością samorządu lekarzy w okresie między Krajowymi Zjazdami Lekarzy i była władna do wypowiedzania się w imieniu całego środowiska lekarskiego.

Już od pierwszej kadencji organów samorządu lekarskiego działacze Naczelnej Izby Lekarskiej dostrzegali wagę informowania społeczeństwa o działaniach samorządu lekarskiego i jego opiniach na temat systemu ochrony zdrowia w Polsce. Osobą odpowiedzialną za prezentowanie stanowiska izb lekarskich w mediach był prof. Stefan Zgliczyński, przewodniczący Komisji Informacji NRL. Pod koniec kadencji NRL zdecydowała się powołać swojego rzecznika prasowego⁶⁵⁶ i Ośrodek Informacji i

⁶⁵⁵ Sprawozdanie Zespołu ds. ubezpieczeń OC Lekarzy w okresie 2002-2005 – Archiwum WIL.

⁶⁵⁶ Sprawozdanie z działalności Komisji Informacji NRL za okres 1989 – 1993, w: Materiały Zjazdowe III Krajowego Zjazdu Lekarzy, cz. I, s. 183.

Analiz Naczelnej Izby Lekarskiej⁶⁵⁷, który funkcjonował tylko do jej końca. W okresie II kadencji organów samorządu lekarskiego nowego rzecznika prasowego Naczelnej Rady Lekarskiej powołano dopiero w listopadzie 1994 r., który do jej końca zorganizował ponad 30 konferencji prasowych. W trakcie trwania kadencji przyjęto zasadę, że konferencja prasowa ma towarzyszyć każdemu posiedzeniu NRL. Rada utrzymywała również stałe kontakty z ponad 20 redakcjami prasowymi oraz informacyjnych programów radiowych i telewizyjnych o zasięgu zarówno ogólnopolskim jak i regionalnym – warszawskim⁶⁵⁸. W III kadencji organów samorządu lekarskiego powiększono liczbę redakcji z którymi utrzymywano bieżące kontakty do ponad 50⁶⁵⁹. W kolejnych kadencjach zmniejszyła się liczba redakcji, z którymi kontaktowała się NRL i liczba konferencji prasowych⁶⁶⁰. Zwiększyła się za to rola strony internetowej Naczelnej Izby Lekarskiej (www.nil.org.pl), którą utworzono już w 1996 r.⁶⁶¹ i na której od 2002 r. publikowano Biuletyn Informacji Publicznej NIL⁶⁶².

Także Wielkopolska Izba Lekarska powoływała swojego rzecznika prasowego, który odpowiadał za informowanie przedstawicieli mediów o działaniach Izby⁶⁶³. Okręgowa Rada Lekarska WIL utworzyła również specjalny zespół, który zajmował się redagowaniem serwisu internetowego Wielkopolskiej Izby Lekarskiej i umieszczeniem informacji w Biuletynie Informacji Publicznej⁶⁶⁴.

Izby lekarskie w latach 1989 – 2009 prowadziły, szczególnie na szczeblu ogólnopolskim, intensywną politykę informacyjną wykorzystując do tego zarówno media tradycyjne jak i Internet. Już od I kadencji organów samorządu działacze byli

⁶⁵⁷ Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 101/93/I z dnia 5 czerwca 1993 r. – Biuletyn Naczelnej Rady Lekarskiej, Rok 4, nr 3-4 (20-21), s. 167 – 168.

⁶⁵⁸ Sprawozdanie kadencyjne Naczelnej Rady Lekarskiej za lata 1993-1997, w: Sprawozdania organów Naczelnej Izby Lekarskiej i komisji problemowych Naczelnej Rady Lekarskiej za okres 1993-1997r., Warszawa 1997, s. 39.

⁶⁵⁹ Sprawozdanie kadencyjne Naczelnej Rady Lekarskiej za lata 1997-2001, w: Sprawozdania organów Naczelnej Izby Lekarskiej oraz komisji problemowych Naczelnej Izby Lekarskiej za okres 1998 – 2001r., Projekty uchwał VI Krajowego Zjazdu Lekarzy oraz materiały pomocnicze, Tom I, s. 73.

⁶⁶⁰ Sprawozdanie Naczelnej Rady Lekarskiej 2001 – 2005, w: Sprawozdania organów Naczelnej Izby Lekarskiej oraz komisji i zespołów problemowych Naczelnej Rady Lekarskiej IV kadencji 2001 – 2005, Projekty uchwał VIII Krajowego Zjazdu Lekarzy, Warszawa 2005, cz. I, s. 23-24.

⁶⁶¹ Sprawozdanie kadencyjne Naczelnej Rady Lekarskiej za lata 1993-1997, w: Sprawozdania organów Naczelnej Izby Lekarskiej i komisji problemowych Naczelnej Rady Lekarskiej za okres 1993-1997r., Warszawa 1997, s. 40.

⁶⁶² Sprawozdanie Naczelnej Rady Lekarskiej 2001 – 2005, w: Sprawozdania organów Naczelnej Izby Lekarskiej oraz komisji i zespołów problemowych Naczelnej Rady Lekarskiej IV kadencji 2001 – 2005, Projekty uchwał VIII Krajowego Zjazdu Lekarzy, Warszawa 2005, cz. I, s. 23.

⁶⁶³ Uchwała Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej nr 44/2002 z dnia 18 stycznia 2002 r. – Archiwum WIL.

⁶⁶⁴ Uchwała Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej nr 1603/2002 z dnia 21 czerwca 2002 r. – Archiwum WIL.

gotowi do współpracy z dziennikarzami mając świadomość tego, że otwartość i jawność działania to ważny element kształtowania wizerunku zarówno samego samorządu jak i zawodu lekarza w oczach opinii publicznej. Jego analiza przekracza ramy tej rozprawy, jednak można stwierdzić, że unikanie przedstawicieli prasy i nieujawnianie informacji o swoim działaniu z pewnością pogorszyłyby zdanie społeczeństwa o korporacji lekarskiej. Szczegółowe zbadanie wizerunku izb lekarskich w mediach i w oczach opinii publicznej stanowi ciekawy problem w badaniach nad samorządem lekarskim.

3.7 Udział izb lekarskich w protestach i strajkach lekarzy

W latach 1989 – 2009, w związku z przeprowadzanymi reformami systemu ochrony zdrowia i niedostateczną ilością środków przeznaczanych na jego działanie dochodziło do protestów lekarzy adresowanych w pierwszym rzędzie do Rady Ministrów, która w największym stopniu odpowiadała za stan leczenia w Polsce. Samorząd lekarski, jako instytucja zrzeszająca wszystkich lekarzy w kraju reprezentowana przez Naczelną Radę Lekarską, był istotnym partnerem do rozmów dla administracji państwowej w czasie strajków.

W zależności od osoby stojącej na czele Naczelnej Rady Lekarskiej stopień zaangażowania izb lekarskich w spory z rządem różnił się. W okresie I kadencji kiedy na czele NRL stał prof. Tadeusz Chruściel, który reprezentował pogląd, iż „izby lekarskie nie są związkiem zawodowym, towarzystwem naukowym ani partią polityczną” tylko korporacją prawa publicznego, zrzeczeniem wszystkich osób wykonujących zawód lekarza dla którego troska o sprawy potrzeb pacjenta i lekarza są równie ważne⁶⁶⁵, samorząd lekarski nie brał bezpośredniego udziału w organizacji akcji protestacyjnej. Izby lekarskie wyrażały jedynie poparcie dla postulatów wyrażanych przez związki zawodowe i wzywały lekarzy do przyłączania się do protestów⁶⁶⁶. Wyjątkiem był protest przeciwko rozporządzeniu Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 5 marca 1992 r. w sprawie rodzaju stanowisk w publicznych zakładach opieki zdrowotnej, których obsadzanie następuje w drodze konkursu oraz trybu przeprowadzania konkursu (Dz. U. 1992 r., nr 22, poz. 96), które nie uwzględniało postulatów samorządu lekarskiego odnośnie konkursów na stanowiska ordynatorskie.

⁶⁶⁵ Sprawozdanie z działalności Naczelnej Rady Lekarskiej za okres czteroletni 1990 – 1993, w: Materiały Zjazdowe III Krajowego Zjazdu Lekarzy, cz. I, s. 51.

⁶⁶⁶ Uchwała nr 3 Nadzwyczajnego II Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 14 grudnia 1991 r. w sprawie ogólnopolskiej akcji protestacyjnej Służby Zdrowia (http://www.nil.org.pl/_data/assets/rtf_file/0018/8019/uchwala_-_akcja_protestacyjna.rtf), Sprawozdanie z działalności Naczelnej Rady Lekarskiej za okres czteroletni 1990 – 1993, w: Materiały Zjazdowe III Krajowego Zjazdu Lekarzy, cz. I, s. 62.

NRL zwróciła się do okręgowych rad lekarskich o nieuczestniczenie w konkursach na kierownicze stanowiska w publicznych zakładach zdrowotnych do czasu zmiany tego rozporządzenia⁶⁶⁷. Główną troską samorządu lekarskiego w okresie protestów i strajków lekarzy było dobro chorych i przestrzeganie przez protestujących lekarzy zasad etyki zawodowej⁶⁶⁸.

Pełniący funkcję Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej przez dwie kolejne kadencje dr Krzysztof Madej reprezentował inne spojrzenie na rolę samorządu lekarskiego – izby lekarskie nie miały być „emanacją dostojnego świata lekarskiego” opierającą swe działania na przywiązaniu do tradycyjnych wartości humanistycznych, wyrastającą z grona autorytetów lecz miały aktywnie włączyć się kształtowanie systemu opieki zdrowotnej⁶⁶⁹. Zdecydował się on na bardziej zdecydowane działania w zakresie protestów.

14 czerwca 1996 r. Naczelna Rada Lekarska uchwałą nr 62/96/II w ramach protestu przeciwko konstruowaniu nowego systemu ochrony zdrowia przez Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej oraz Ministra Finansów „w oparciu o scentralizowany system zarządzania, bez należytego zabezpieczenia finansowego i bez uwzględnienia opinii samorządu; udzielaniu w środkach masowego przekazu wypowiedzi dotyczących stanu opieki zdrowotnej dezinformujących społeczeństwo i przerzucaniu na środowisko lekarskiej odpowiedzialności za niewydolność obecnego systemu ochrony zdrowia oraz brak zmian systemowych”, wyraziła wotum nieufności dla Rządu RP⁶⁷⁰, zaś 24 czerwca 1996 r. NRL powołała Komitet Protestacyjny. Jego zadaniem było zorganizowanie ogólnopolskiej akcji informacyjnej w placówkach służby zdrowia i mediach, zorganizowanie poparcia środowiska lekarskiego i pacjentów dla akcji protestacyjnej poprzez zbieranie list podpisów z petycjami do Parlamentu i Rządu, nawiązanie ścisłej współpracy z OZZL i innymi związkami zawodowymi pracowników służby zdrowia i innymi samorządami zawodowymi zawodów medycznych,

⁶⁶⁷ Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 72/92/I z dnia 11 września 1992 r. – Biuletyn Naczelnej Rady Lekarskiej, Rok 3, nr 4-6 (16-18), s. 107.

⁶⁶⁸ Uchwała nr 10 I Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 11-12 grudnia 1989 r. w sprawie ograniczenia form protestu pracowników służby zdrowia - (http://www.nil.org.pl/_data/assets/rtf_file/0017/8009/uchwala_nr_10.rtf), Sprawozdanie z działalności Naczelnej Rady Lekarskiej za okres czteroletni 1990 – 1993, w: Materiały Zjazdowe III Krajowego Zjazdu Lekarzy, cz. I, s. 62.

⁶⁶⁹ *Gazeta Lekarska*, nr 2 (38), luty 1994 r., s. 1,3.

⁶⁷⁰ Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 62/92/II z dnia 14 czerwca 1996 r. – Biuletyn Naczelnej Rady Lekarskiej, Rok 7, nr 3 (32), s. 1.

zorganizowanie ogólnopolskiej manifestacji protestacyjnej i eskalacja działań protestacyjnych aż do zaniechania ważnych działań administracyjnych włącznie⁶⁷¹.

Zgodnie z harmonogramem protestu, ustalonym w uchwale powołującej Komitet Protestacyjny, 13 września 1996 r. odbył się w Warszawie marsz protestacyjny. Demonstracja lekarzy, w kilometrowej kolumnie, przeszła z placu Piłsudskiego ul. Nowy Świat przez pl. Trzech Krzyży na ul. Wiejską do Sejmu RP⁶⁷². Wzięła w nim udział liczna reprezentacja Wielkopolskiej Izby Lekarskiej, którzy udali się do stolicy specjalnym pociągiem⁶⁷³. Tego samego dnia Naczelna Rada Lekarska uchwaliła rezolucję z postulatami samorządu lekarskiego skierowaną do Parlamentu i Rządu RP⁶⁷⁴, a dzień później ustaliła harmonogram dalszych działań protestacyjnych, polegających m. in. na kierowaniu pacjentów, którzy nie mogli uzyskać należnych im świadczeń zdrowotnych do biur poselskich i wojewodów czy skoordynowanych akcjach masowych połączeń telefonicznych z Ministerstwem Finansów, wojewódzkimi wydziałami zdrowia, wojewodami i posłami, z pytaniami o wysokość planowanych nakładów na ochronę zdrowia⁶⁷⁵ i wydała stanowisko w sprawie konieczności odwołania prof. Jacka Żochowskiego z funkcji Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej⁶⁷⁶. Wszystkie te działania nie przyniosły spodziewanych rezultatów, co zmusiło Prezydium NRL do zalecenia lekarzom innych form protestu: niewpisywania do druków L-4 numerów statystycznych chorób czy nie wypełniania dokumentów Rejestru Usług Medycznych⁶⁷⁷.

18 listopada 1996 r. rozpoczęły się rozmowy między samorządem lekarskim i związkami zawodowymi a Ministerstwem Zdrowia⁶⁷⁸. Naczelna Rada Lekarska w uchwale upoważniającej swoich przedstawicieli do negocjacji z Ministrem Zdrowia i Opieki Społecznej zdecydowała o kontynuowaniu działań protestacyjnych, a nawet o

⁶⁷¹ Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 64/92/II z dnia 24 czerwca 1996 r. – Biuletyn Naczelnej Rady Lekarskiej, Rok 7, nr 3 (32), s. 4-5.

⁶⁷² Z. Wiśniewski, *Kronika izb...*, op. cit., s. 260.

⁶⁷³ *Wielkopolska Izba Lekarska. Tradycja ...*, op. cit., s. 101.

⁶⁷⁴ Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 69/96/II z dnia 13 września 1996 r. – Biuletyn Naczelnej Rady Lekarskiej, Rok 7, nr 4 (33), s. 2.

⁶⁷⁵ Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 71/96/II z dnia 14 września 1996 r. – Biuletyn Naczelnej Rady Lekarskiej, Rok 7, nr 4 (33), s. 4.

⁶⁷⁶ Stanowisko Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 14 września 1996 r. w sprawie odwołania prof. dr hab. n. med. Ryszarda J. Żochowskiego ze stanowiska ministra zdrowia i opieki społecznej - Biuletyn Naczelnej Rady Lekarskiej, Rok 7, nr 4 (33), s. 4.

⁶⁷⁷ Z. Wiśniewski, *Kronika izb...*, op. cit., s. 262.

⁶⁷⁸ Ibidem, s. 263.

ich ewentualnym zaostreniu⁶⁷⁹. Postanowiła również, w razie fiaska rozmów zwrócić się o mediację do Marszałków Sejmu i Senatu oraz Prezydenta RP⁶⁸⁰.

13 grudnia 1996 r. w związku z niepowodzeniem negocjacji środowiska lekarskiego z rządem Naczelna Rada Lekarska wezwała członków samorządu lekarskiego do kontynuowania protestu⁶⁸¹ a 25 stycznia powtórzyła ten apel i wskazała nowe formy protestu: zawiadamianie przez okręgowe rady lekarskie Państwową Inspekcję Sanitarną, Państwową Inspekcję Pracy i Najwyższą Izbę Kontroli o wszelkich naruszeniach przepisów w zakładach opieki zdrowotnej oraz publikację nazwisk posłów i senatorów głosujących przeciwko ustawie o zawodzie lekarza uchwalonej 6 grudnia 1996 r., której projekt był autorstwa izb lekarskich⁶⁸².

30 kwietnia 1997 r. odbyło się spotkanie kierownictwa Naczelnej Rady Lekarskiej z premierem Włodzimierzem Cimoszewiczem, które nie przyniosło żadnych rezultatów. Skłoniło to samorząd lekarski do kontynuowania protestów⁶⁸³, a Okręgową Izbę Lekarską w Lublinie do przystąpienia do koalicji z Akcją Wyborczą „Solidarność” w wyborach parlamentarnych 1997 r.⁶⁸⁴. Jednak aż do końca II kadencji organów samorządu lekarskiego protesty te nie przyniosły rezultatów. Jedynymi pozytywnymi aspektami, jakie NRL wskazała w swoim sprawozdaniu na IV Krajowym Zjeździe Lekarzy było zintegrowanie środowiska lekarskiego i uzyskanie pozytywnego „oddźwięku społeczeństwa wobec sytuacji lekarzy, co doprowadziło do wzrastającego zrozumienia sytuacji ochrony zdrowia”⁶⁸⁵.

Pomimo braku skuteczności akcji protestacyjnej prowadzonej w II kadencji organów samorządu, Naczelna Rada Lekarska, pod kierownictwem ponownie wybranego Prezesem dra Krzysztofa Madeja, w styczniu 1998 r. zdecydowała o kontynuowaniu akcji protestacyjnej, której koordynację powierzono Zespołowi ds. d.s.

⁶⁷⁹ Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 72/96/II z dnia 15 listopada 1996 r. – Biuletyn Naczelnej Rady Lekarskiej, Rok 8, nr 1 (33), s. 1.

⁶⁸⁰ Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 73/96/II z dnia 16 listopada 1996 r. – Biuletyn Naczelnej Rady Lekarskiej, Rok 8, nr 1 (33), s. 1.

⁶⁸¹ Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 82/96/ II z dnia 13 grudnia 1996 r. – Biuletyn Naczelnej Rady Lekarskiej, Rok 8, nr 2 (34), s. 2.

⁶⁸² Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 84/97/II z dnia 25 stycznia 1997 r. – Biuletyn Naczelnej Rady Lekarskiej, Rok 8, nr 3 (34), s. 1.

⁶⁸³ Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 97/97/II z dnia 29 sierpnia 1997 r. – Biuletyn Naczelnej Rady Lekarskiej, Rok 8, nr 5 (37), s. 2.

⁶⁸⁴ *Gazeta Wyborcza*, nr 229, z dnia 1 października 1997 r., s.3.

⁶⁸⁵ Sprawozdanie kadencyjne Naczelnej Rady Lekarskiej za lata 1993-1997, w : Sprawozdania organów Naczelnej Izby Lekarskiej i komisji problemowych Naczelnej Rady Lekarskiej za okres 1993-1997r., Warszawa 1997, s. 38.

akcji protestacyjnej lekarzy⁶⁸⁶. W marcu 1998 r. Naczelna Rada Lekarska, widząc nieskuteczność dotychczasowych działań protestacyjnych i licząc na inne podejście rządu Jerzego Buzka do postulatów lekarzy odnośnie projektowanych zmian w systemie ochrony zdrowia i środków przeznaczanych na leczenie w Polsce, występuje z apelem o rozmowy⁶⁸⁷ i kieruje list do premiera Buzka z prośbą o spotkanie⁶⁸⁸. Niestety zmiana ta nic nie dała. Przygotowane przez rząd projekty ustaw reformujących system opieki zdrowotnej nie spełniły oczekiwań lekarzy⁶⁸⁹. Wywołało to dyskusję w łonie środowiska lekarskiego i samej Naczelnej Rady Lekarskiej odnośnie dalszych działań protestacyjnych. NRL zdecydowała, o poparciu akcji protestacyjnej zorganizowanej przez Komitet Obrony Reformy Ochrony Zdrowia zrzeszający związki zawodowe i samorządy zawodów medycznych, która polegać miała na pracy w placówkach służby zdrowia w trybie „ostrego dyżuru” 4 czerwca 1998 r. i zorganizowaniu w tym dniu pikiety przed budynkiem Sejmu RP⁶⁹⁰. Decyzja ta wzbudziła sprzeciw części członków NRL, którzy postrzegali tę formę protestu jako sprzeczną z etyką lekarską⁶⁹¹. Pomimo przeprowadzenia akcji protestacyjnej w czerwcu 1998 r. Prezydent RP Aleksander Kwaśniewski podpisał 24 sierpnia 1998 r. ustawę z dnia 18 lipca 1998 r. o zmianie ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym oraz o zmianie niektórych ustaw (Dz. U. z 1998 r., nr 117, poz.756).

Porażka protestów środowisk medycznych wpłynęła na decyzję o zawieszeniu akcji protestacyjnej samorządu lekarskiego we wrześniu 1998 r. stwierdzając, iż formy protestu stosowane przez izby lekarskie „zdezaktualizowały się”⁶⁹². Od tego czasu, aż do końca III kadencji organów samorządu lekarskiego, izby lekarskie będą jedynie

⁶⁸⁶ Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 6/98/III z dnia 17 stycznia 1998 r. – (http://www.nil.org.pl/__data/assets/pdf_file/0006/9555/Nrl3u00006.pdf).

⁶⁸⁷ Z. Wiśniewski, *Kronika izb...*, op. cit., s. 287.

⁶⁸⁸ *Gazeta Lekarska*, nr 4 (87), kwiecień 1998 r., s. 5.

⁶⁸⁹ Stanowisko Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 24 kwietnia 1998 r. w sprawie nowelizacji ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym – Biuletyn Naczelnej Rady Lekarskiej, Rok 9, nr 3(41), s. 2-3, Stanowisko Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 16 maja 1998 r. w sprawie projektu ustawy o zmianie ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym - Biuletyn Naczelnej Rady Lekarskiej, Rok 9, nr 3(41), s. 5-6.

⁶⁹⁰ Stanowisko Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 16 maja 1998 r. w sprawie akcji protestacyjnej - Biuletyn Naczelnej Rady Lekarskiej, Rok 9, nr 3(41), s. 7.

⁶⁹¹ Z. Wiśniewski, *Kronika izb...*, op. cit., s. 291 – 292.

⁶⁹² Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 30/98/III z dnia 25 września 1998 r. – (http://www.nil.org.pl/__data/assets/pdf_file/0006/9582/Nrl3u00029.pdf).

wyrażać poparcie dla protestów organizowanych przez lekarzy anestezjologów i Komitet Obrony Reformy Ochrony Zdrowia⁶⁹³.

IV kadencja organów samorządu lekarskiego upłynęła pod znakiem rozmów z rządem. Prezes NRL Konstanty Radziwiłł zrealizował swoją zapowiedź rezygnacji z konfrontacji z administracją państwową, którą zastąpić miał merytoryczny dialog⁶⁹⁴.

Koniec IV kadencji organów samorządu lekarskiego zbiegł się z nasileniem sporów pomiędzy lekarzami rodzinnymi zrzeszonymi w „Porozumieniu Zielonogórskim” a rządem premiera Kazimierza Marcinkiewicza, którego nasilenie najlepiej obrazują słowa ówczesnego Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji, który w grudniu 2005 r. zapowiadał militaryzację podstawowej opieki zdrowotnej, słynne „wzięcie lekarzy w kamasze”⁶⁹⁵. Takie wypowiedzi członków rządu połączone ze złą oceną sytuacji lekarzy przez samorząd zawodowy zaowocowały podjęciem przez VIII Krajowy Zjazd Lekarski uchwały, w której Zjazd zobowiązał Naczelną Radę Lekarską „do podjęcia działań - nie wyłączając możliwości ogólnopolskiej akcji protestacyjnej - w celu poprawy warunków pracy i płacy lekarzy i lekarzy dentyków”⁶⁹⁶. VIII Krajowy Zjazd Lekarzy zobowiązał też NRL do działań w celu wprowadzenia płacy minimalnej dla lekarzy i lekarzy dentyków⁶⁹⁷.

W celu wykonania uchwał Zjazdu, Naczelna Rada Lekarska V kadencji kierowana ponownie przez dra Konstantego Radziwiłła, włączyła się w prace powołanej 10 lutego 2006 r. Koalicji Teraz Zdrowie, zrzeszającej oprócz samorządu lekarskiego, samorządy aptekarski i pielęgniarski, Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej, Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy, Stowarzyszenie Menedżerów Opieki Zdrowotnej, Ogólnopolską Izbę Gospodarczą Wyrobów Medycznych i Stowarzyszenie Przedstawicieli Firm Farmaceutycznych w Polsce, której celem doprowadzenie do zwiększenia poziomu finansowania systemu ochrony zdrowia ze środków publicznych

⁶⁹³ Sprawozdanie kadencyjne Naczelnej Rady Lekarskiej za lata 1997-2001, w: Sprawozdania organów Naczelnej Izby Lekarskiej oraz komisji problemowych Naczelnej Izby Lekarskiej za okres 1998 – 2001r., Projekty uchwał VI Krajowego Zjazdu Lekarzy oraz materiały pomocnicze, Tom I, s. 62.

⁶⁹⁴ *Gazeta Lekarska*, nr 2 (133), luty 2002 r., s. 6 – 8.

⁶⁹⁵ Z. Wiśniewski, *Kronika izb lekarskich w Polsce. Kontynuacja 2005- 2009*, Warszawa 2010, s. 59.

⁶⁹⁶ Uchwała nr 12 VIII Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 6 stycznia 2006 r. w sprawie akcji protestacyjnej - (http://www.nil.org.pl/_data/assets/rtf_file/0005/8276/uz-012-06.rtf).

⁶⁹⁷ Uchwała nr 14 VIII Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 7 stycznia 2006 r. w sprawie uregulowania minimalnej płacy dla lekarzy i lekarzy dentyków – (http://www.nil.org.pl/_data/assets/rtf_file/0007/8278/uz-014-06.rtf).

do poziomu co najmniej 6% PKB⁶⁹⁸ poprzez informowanie społeczeństwa o stanie polskiego systemu ochrony zdrowia i spotkania z Ministrami Zdrowia i Finansów⁶⁹⁹.

Koalicja Teraz Zdrowie była organizacją, która starała się przekonać do swoich racji za pomocą merytorycznej argumentacji, jednak niemal równocześnie powstała organizacja, do której również przystąpił samorząd lekarski, która wybrała inne metody nacisku na rząd. 22 lutego 2006 r. powstał Krajowy Komitet Porozumiewawczy na Rzecz Wzrostu Wynagrodzeń Pracowników Służby Zdrowia. Utworzyły go obok Naczelnej Rady Lekarskiej: Krajowa Rada Diagnostów Laboratoryjnych, Naczelna Rada Aptekarska, Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych, Ogólnopolska Konfederacja Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia, Związek Zawodowy Anestezjologów, Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy, Ogólnopolski Związek Zawodowy Techników Medycznych Elektrokardiologii, Federacja Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie”, Ogólnopolski Związek Zawodowy „Fizjoterapia” i Międzyzakładowy Związek Zawodowy Techników Analityki Medycznej. Koordynatorem prac Komitetu został wiceprezes NRL Andrzej Włodarczyk⁷⁰⁰. Najaktywniej w gronie członków Komitetu działał OZZL, który doprowadził w maju 2006 r. do manifestacji pracowników służby zdrowia w Warszawie⁷⁰¹, a rok później, w maju 2007 r., do strajku lekarzy⁷⁰². 19 czerwca 2007 r. ulicami Warszawy pod Kancelarię Prezesa Rady Ministrów przeszli lekarze i pielęgniarki, które utworzyły tam „białe miasteczko”⁷⁰³, co było kulminacją tej fali protestów środowisk medycznych. Naczelna Rada Lekarska nie angażowała się bezpośrednio w organizację akcji protestacyjnych – ograniczała się do popierania postulatów związkowców i przypominała o uwzględnianiu bezpieczeństwa pacjentów w czasie protestów⁷⁰⁴. Niestety protesty z lat 2006-2007 również nie przyniosły realizacji

⁶⁹⁸ *Gazeta Lekarska*, nr 3 (183), marzec 2003 r., s. 12-13.

⁶⁹⁹ Sprawozdanie kadencyjne Naczelnej Rady Lekarskiej za lata 2006-2010, w: Sprawozdania organów Naczelnej Izby Lekarskiej oraz komisji i zespołów problemowych Naczelnej Rady Lekarskiej V kadencji 2006-2010, Projekty uchwał X Krajowego Zjazdu Lekarzy, Warszawa 2010, cz. I, s. 16.

⁷⁰⁰ *Gazeta Lekarska*, nr 3 (183), marzec 2006 r., s. 4.

⁷⁰¹ *Gazeta Lekarska*, nr 6 (186), czerwiec 2006 r., s. 32-33.

⁷⁰² *Gazeta Lekarska*, nr 6 (198), czerwiec 2007 r., s. 4.

⁷⁰³ Z. Wiśniewski, *Kronika izb lekarskich w Polsce. Kontynuacja...*, op. cit., s. 119 -120.

⁷⁰⁴ Stanowisko Naczelnej Rady Lekarskiej nr 4/06/V z dnia 21 kwietnia 2006 r. w sprawie kontynuowania ogólnopolskiej akcji protestacyjnej środowisk medycznych – Biuletyn Naczelnej Rady Lekarskiej, Rok 17, nr 4 (99), s. 2, Stanowisko Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej nr 22/06/P-V z dnia 11 kwietnia 2006 r. w sprawie akcji protestacyjnej pracowników ochrony zdrowia – (http://www.nil.org.pl/_data/assets/rtf_file/0016/6460/ps0022-06-P-V.rtf), Stanowisko Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej nr 32/06/P-V z dnia 2 czerwca 2006 r. w sprawie akcji protestacyjnej – (http://www.nil.org.pl/_data/assets/rtf_file/0017/6470/ps0032-06-P-V.rtf), Stanowisko Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej nr 40/07/P-V z dnia 25 maja 2007 r. w sprawie aktualnej sytuacji w systemie

postulatów zgłaszanych przez lekarzy. Fala strajków od sierpnia 2007 r. zaczęła wygasnąć⁷⁰⁵, a działania na rzecz poprawy sytuacji medyków przeniosły się z ulic do sal konferencyjnych, w których prowadzono rozmowy i negocjacje⁷⁰⁶.

Oceniając udział samorządu lekarskiego w akcjach protestacyjnych i strajkach w latach 1989 – 2009 można stwierdzić, że lepszym rozwiązaniem było nieangażowanie izb lekarskich w bezpośrednią konfrontację z rządem, które przyjęli Prezesi Chruściel i Radziwiłł. Charakter działań i ich nieskuteczność Prezesa Krzysztofa Madeja naruszyły prestiż korporacji lekarskiej⁷⁰⁷. Izby lekarskie pod jego kierownictwem starały się odgrywać rolę polityczną poprzez m. in. wyrażanie wotum nieufności dla rządu Włodzimierza Cimoszewicza czy domagania się dla siebie roli podmiotu kształtującego politykę zdrowotną państwa. Strategia organizacji oddziałującej przede wszystkim powagą i argumentami merytorycznymi, która nie angażuje się bezpośrednio w spór z władzami państwa, do której powrócił Prezes Radziwiłł, jakkolwiek równie nieskuteczna w omawianym okresie, pozwoliła izmom lekarskim przynajmniej na rozpoczęcie procesu odbudowy autorytetu i wizerunku podmiotu, który nie służy jedynie interesom lekarzy, ale ma na względzie dobro pacjenta i całego systemu opieki zdrowotnej i jest gotowy do merytorycznej debaty w oparciu o przygotowane przez siebie rozwiązania.

3.8 Reprezentowanie polskiego środowiska medycznego za granicą

Od momentu reaktywacji samorządu lekarskiego w 1989 r. przedstawiciele Naczelnej Izby Lekarskiej nawiązali kontakty z izbami lekarskimi i organizacjami pełniącymi podobne funkcje w krajach europejskich, Stanach Zjednoczonych, Kanadzie Australii i Japonii, a także z Światową Organizacją Zdrowia oraz stowarzyszeniami *Medecines du Monde* i *Medecines sans Frontieres*. Naczelna Izba Lekarska została także przyjęta w 1992 r. jako członek obserwator do Międzynarodowej Konferencji Izb Lekarskich i organizacji podobnych (Conference Internationale des Ordres et des Organismes D'Attributions Similaires CIOOAS), która zajmuje się rejestracją lekarzy

ochrony zdrowia – (http://www.nil.org.pl/__data/assets/pdf_file/0019/6571/ps0040-07-P-V.pdf) , Stanowisko Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej nr 43/07/P-V z dnia 11 czerwca 2007 r. w sprawie aktualnej sytuacji w ochronie zdrowia – (http://www.nil.org.pl/__data/assets/pdf_file/0005/6575/ps0043-07-P-V.pdf) , Stanowisko Naczelnej Rady Lekarskiej nr 9/07/V z dnia 22 czerwca 2007 r. w sprawie sytuacji w ochronie zdrowia – (http://www.nil.org.pl/__data/assets/pdf_file/0015/3903/rs0009-07-V.pdf).

⁷⁰⁵ Z. Wiśniewski, Kronika izb lekarskich w Polsce. Kontynuacja..., op. cit., s. 126 - 127.

⁷⁰⁶ *Gazeta Wyborcza*, nr 18 z dnia 22 stycznia 2008 r., s. 6.

⁷⁰⁷ *Polityka*, nr 20 (2245) z dnia 13 maja 2000 r., s. 34-36.

państw członkowskich najpierw EWG, a później Unii Europejskiej⁷⁰⁸. CIOOAS zajmuje się również demografią medyczną, badaniami epidemiologicznymi, problemem starzenia się populacji w Europie czy problemem feminizacji zawodu lekarskiego⁷⁰⁹.

W 1994 r. Naczelna Izba Lekarka uzyskała status członka obserwatora w Stałym Komitecie Lekarzy Europejskich (Standing Committee of European Doctors – CPME). Stały Komitet Lekarzy Europejskich to międzynarodowa organizacja lekarska, działająca na mocy prawa belgijskiego ze stałym biurem w Brukseli, która zajmuje się promowaniem najlepszych standardów kształcenia medycznego i praktyki lekarskiej, popieraniem swobodnego przepływu lekarzy pomiędzy państwami Unii Europejskiej i wzajemnego uznawania dyplomów oraz reprezentowaniem zawodu lekarza przed instytucjami europejskimi. W 2000 r. NIL uzyskała status członka stowarzyszonego CPME⁷¹⁰, zaś 1 stycznia 2004 r., jeszcze przed przystąpieniem Polski do UE, cieszyła się pełnym członkostwem⁷¹¹.

Inną ważną europejską organizacją medyczną, w której członkiem stowarzyszonym z głosem doradczym Naczelna Izba Lekarska została w 1996 r., jest Europejska Unia Lekarzy Specjalistów (UEMS). UEMS zajmuje problemami kształcenia lekarzy specjalistów, kształceniem ustawicznym i europejskimi egzaminami specjalizacyjnymi. Ze względu na wysokość składki członkowskiej, NIL pomimo możliwości uzyskania pełnego członkostwa już 1997 r.⁷¹² uzyskała je dopiero po wyjściu Polski do Unii Europejskiej⁷¹³.

W 2008 r. Naczelna Izba Lekarska zdecydowała się podjąć starania na rzecz uzyskania członkostwa w (World Medical Association - WMA), które zakończyły się przyjęciem NIL do grona członków tej organizacji na Zgromadzeniu Ogólnym WMA w Seulu w październiku 2008 r. Od stycznia 2009 r. przedstawiciele NIL brali udział w

⁷⁰⁸ Sprawozdanie z działalności Naczelnej Rady Lekarskiej za okres czteroletni 1990 – 1993, w:

Materiały Zjazdowe III Krajowego Zjazdu Lekarzy, cz. I, s. 72-73.

⁷⁰⁹ Sprawozdanie kadencyjne Naczelnej Rady Lekarskiej za lata 1997-2001, w: Sprawozdania organów Naczelnej Izby Lekarskiej oraz komisji problemowych Naczelnej Izby Lekarskiej za okres 1998 – 2001r., Projekty uchwał VI Krajowego Zjazdu Lekarzy oraz materiały pomocnicze, Tom I, s. 68.

⁷¹⁰ Sprawozdanie kadencyjne Naczelnej Rady Lekarskiej za lata 1997-2001, w: Sprawozdania organów Naczelnej Izby Lekarskiej oraz komisji problemowych Naczelnej Izby Lekarskiej za okres 1998 – 2001r., Projekty uchwał VI Krajowego Zjazdu Lekarzy oraz materiały pomocnicze, Tom I, s. 65-66.

⁷¹¹ Sprawozdanie Naczelnej Rady Lekarskiej 2001 – 2005, w: Sprawozdania organów Naczelnej Izby Lekarskiej oraz komisji i zespołów problemowych Naczelnej Rady Lekarskiej IV kadencji 2001 – 2005, Projekty uchwał VIII Krajowego Zjazdu Lekarzy, Warszawa 2005, cz. I, s. 17.

⁷¹² Sprawozdanie z pracy Komisji ds. Współpracy z Zagranicą Naczelnej Rady Lekarskiej, w: Sprawozdania organów Naczelnej Izby Lekarskiej i komisji problemowych Naczelnej Rady Lekarskiej za okres 1993-1997r., Warszawa 1997, s. 151.

⁷¹³ Sprawozdanie Naczelnej Rady Lekarskiej 2001 – 2005, w: Sprawozdania organów Naczelnej Izby Lekarskiej oraz komisji i zespołów problemowych Naczelnej Rady Lekarskiej IV kadencji 2001 – 2005, Projekty uchwał VIII Krajowego Zjazdu Lekarzy, Warszawa 2005, cz. I, s. 17.

pracach tej organizacji, zajmującej się sprawami etyki zawodowej lekarzy, prawami człowieka i problemami międzynarodowego zdrowia publicznego⁷¹⁴.

W 1996 r. Naczelna Izba Lekarska została członkiem rzeczywistym Światowej Organizacji Stowarzyszeń Stomatologicznych (FDI – WDF). W maju 1999 r. NIL razem z Polskim Towarzystwem Stomatologicznym utworzyła Komitet Narodowy FDI, który reprezentuje polskich dentystów w pracach tej organizacji, która zajmuje się promocją zdrowia jamy ustnej. Polski Komitet Narodowy skupiał się na pracy w Europejskiej Regionalnej Organizacji FDI, która zajmuje się opracowywaniem dokumentów na temat polityki zdrowotnej w dziedzinie stomatologii w regionie i współpracą z innymi organizacjami stomatologicznymi w dziedzinie badań naukowych i zdrowia publicznego⁷¹⁵.

W okresie III kadencji organów samorządu lekarskiego Naczelna Izba Lekarska wstąpiła do Dental Liaison Committee for Dentistry in the EU - DLC (Komitetu Łącznikowego ds. Stomatologii w Unii Europejskiej) jako członek obserwator. DLC zajmuje się formowaniem priorytetów stomatologicznej opieki zdrowotnej i zasad wykonywania zawodu dentysty w UE⁷¹⁶. Po wstąpieniu Polski do UE wystąpił problem z uregulowaniem statusu NIL w DLC⁷¹⁷, jednak od 2006 r. NIL ponownie została członkiem Komitetu, który w tym samym roku zmienił nazwę na Radę Europejskich Lekarzy Dentystów (CED)⁷¹⁸.

Naczelna Izba Lekarska uczestniczyła również w spotkaniach Europejskiego Forum Stowarzyszeń Lekarskich i Światowej Organizacji Zdrowia, które jest ciałem zapewniającym współpracę europejskich organizacji lekarzy z regionalnym biurem WHO w Kopenhadze na rzecz reform systemów opieki zdrowotnej w Europie,

⁷¹⁴ Sprawozdanie kadencyjne Naczelnej Rady Lekarskiej za lata 2006-2010, w: Sprawozdania organów Naczelnej Izby Lekarskiej oraz komisji i zespołów problemowych Naczelnej Rady Lekarskiej V kadencji 2006-2010, Projekty uchwał X Krajowego Zjazdu Lekarzy, Warszawa 2010, cz. I, s. 20.

⁷¹⁵ Sprawozdanie kadencyjne Naczelnej Rady Lekarskiej za lata 1997-2001, w: Sprawozdania organów Naczelnej Izby Lekarskiej oraz komisji problemowych Naczelnej Izby Lekarskiej za okres 1998 – 2001r., Projekty uchwał VI Krajowego Zjazdu Lekarzy oraz materiały pomocnicze, Tom I, s. 69-70.

⁷¹⁶ Ibidem, s.70.

⁷¹⁷ ⁷¹⁷ Sprawozdanie Naczelnej Rady Lekarskiej 2001 – 2005, w: Sprawozdania organów Naczelnej Izby Lekarskiej oraz komisji i zespołów problemowych Naczelnej Rady Lekarskiej IV kadencji 2001 – 2005, Projekty uchwał VIII Krajowego Zjazdu Lekarzy, Warszawa 2005, cz. I, s. 18.

⁷¹⁸ Sprawozdanie kadencyjne Naczelnej Rady Lekarskiej za lata 2006-2010, w: Sprawozdania organów Naczelnej Izby Lekarskiej oraz komisji i zespołów problemowych Naczelnej Rady Lekarskiej V kadencji 2006-2010, Projekty uchwał X Krajowego Zjazdu Lekarzy, Warszawa 2010, cz. I, s. 20.

rozwiązywania problemów z zakresu kształcenia lekarzy, etyki lekarskiej czy epidemiologii chorób społecznych i zakaźnych⁷¹⁹.

Naczelna Izba Lekarska uczestniczyła również w Sympoziach Izb Lekarskich Krajów Europy Środkowej i Wschodniej, które służyły wymianie doświadczeń między izbami lekarskimi tej części Europy⁷²⁰.

Po wstąpieniu Polski do Unii Europejskiej samorząd lekarski reprezentował polskich lekarzy w kontaktach z organami UE. Przykładem takiej działalności może być aktywność Naczelnej Rady Lekarskiej podczas prac nad nowelizacją Dyrektywy 2003/88/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 4 listopada 2003 r. dotyczącej niektórych aspektów organizacji czasu pracy (Dz. Urz. UE L 299 z 18.11.2003, str. 9), kiedy działacze NIL zgłaszali swoje uwagi nie tylko Ministrom Zdrowia i Pracy ale także polskim eurodeputowanym i Komisji Europejskiej⁷²¹.

W latach 1989-2009 także okręgowe izby lekarskie rozwijały kontakty międzynarodowe. Od I kadencji organów samorządu lekarskiego Wielkopolska Izba Lekarska współpracowała z Izbami: Lekarską i Dentystyczną w Rennes⁷²². Kontakty z lekarzami z Bretanii utrzymywano za pośrednictwem Fundacji Ille-et-Villaine, które owocowały stażami polskich lekarzy we Francji i wizytami lekarzy francuskich w Poznaniu⁷²³. W II kadencji Wielkopolska Izba Lekarska nawiązała też stosunki z Izbą Dentystyczną Dolanej Saksonii⁷²⁴, Izbą Lekarską w Lyonie, Izbą Lekarską w Cottbus⁷²⁵

⁷¹⁹ Sprawozdanie z działalności Naczelnej Rady Lekarskiej za okres czteroletni 1990 – 1993, w: Materiały Zjazdowe III Krajowego Zjazdu Lekarzy, cz. I, s. 72-73, Sprawozdanie Komisji Współpracy Międzynarodowej Naczelnej Rady Lekarskiej z działalności w okresie 1998 – 2001, w: Sprawozdania organów Naczelnej Izby Lekarskiej oraz komisji problemowych Naczelnej Izby Lekarskiej za okres 1998 – 2001r., Projekty uchwał VI Krajowego Zjazdu Lekarzy oraz materiały pomocnicze, Tom I, s. 153, Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 14/08/V z dnia 19 września 2008 r. – (http://www.nil.org.pl/_data/assets/pdf_file/0012/4053/ru0014-08-V.pdf).

⁷²⁰ Sprawozdanie kadencyjne Naczelnej Rady Lekarskiej za lata 1997-2001, w: Sprawozdania organów Naczelnej Izby Lekarskiej oraz komisji problemowych Naczelnej Izby Lekarskiej za okres 1998 – 2001r., Projekty uchwał VI Krajowego Zjazdu Lekarzy oraz materiały pomocnicze, Tom I, s. 72, Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 14/08/V z dnia 19 września 2008 r. – (http://www.nil.org.pl/_data/assets/pdf_file/0012/4053/ru0014-08-V.pdf).

⁷²¹ Sprawozdanie kadencyjne Naczelnej Rady Lekarskiej za lata 2006-2010, w: Sprawozdania organów Naczelnej Izby Lekarskiej oraz komisji i zespołów problemowych Naczelnej Rady Lekarskiej V kadencji 2006-2010, Projekty uchwał X Krajowego Zjazdu Lekarzy, Warszawa 2010, cz. I, s. 17-18.

⁷²² *Wielkopolska Izba Lekarska. Tradycja ...*, op. cit., s. 77.

⁷²³ Sprawozdanie Komisji Współpracy z Zagranicą ORL WIL z działalności za rok 1995, Sprawozdanie z działalności Komisji ds. Współpracy z Zagranicą ORL WIL w 1998 r., Sprawozdanie Komisji Kształcenia i Współpracy Międzynarodowej ORL WIL za 2002 r., Sprawozdanie Komisji Kształcenia i Współpracy Międzynarodowej ORL WIL za 2003 r – Archiwum WIL.

⁷²⁴ Sprawozdanie Komisji Współpracy z Zagranicą ORL WIL z działalności za okres od 1 lutego 1994 r. do 1 lutego 1995 r. – Archiwum WIL.

⁷²⁵ Sprawozdanie Komisji Współpracy z Zagranicą ORL WIL z działalności za rok 1995 – Archiwum WIL.

oraz Brandenburską Izbą Lekarką⁷²⁶, które z różną intensywnością utrzymywano przez pozostałe kadencje.

Aktywność polskiego samorządu lekarskiego na arenie międzynarodowej w latach 1989 – 2009 należy ocenić pozytywnie. Szybkie włączenie się w prace europejskich organizacji lekarskich dało izbom lekarskim możliwość obserwacji funkcjonowania struktur Unii Europejskiej, dzięki czemu po wstąpieniu Polski do UE polscy lekarze mieli kompetentną reprezentację na szczeblu europejskim. Z kolei dwustronna współpraca z organizacjami lekarskimi innych krajów służyła wymianie doświadczeń zarówno na niwie działań samorządowych ale także umożliwiała wyjazdy polskich lekarzy za granicę w celach szkoleniowych.

4. Integrowanie środowiska lekarskiego

Art. 4 ust. 1 pkt 4 ustawy z dnia 17 maja 1989 r. o izbach lekarskich stanowił, że integrowanie środowiska lekarzy jest jednym z zadań samorządu lekarskiego. Już od I kadencji organów izb lekarskich przywiązywano do niego duże znaczenie. Zgodnie z wolą Ustawodawcy izby lekarskie skupiały w swoich szeregach zarówno lekarzy jak i lekarzy dentyistów, co wymagało od korporacji uformowania swoich struktur w taki sposób, by stanowiący mniejszość członków dentyści nie czuli się zmarginalizowani i traktowali izby lekarskie jako swoją reprezentację. Pomimo pojawiających się czasem głosów o potrzebie usamodzielnienia się dentyistów i utworzeniu przez nich własnego samorządu⁷²⁷, dzięki opisanym w Rozdziale 3 rozwiązaniom organizacyjnym izb lekarskich, które dobrze zabezpieczały interesy stomatologicznej mniejszości oraz świadomości stomatologów, że nie byłoby w stanie udźwignąć kosztów posiadania własnej izby, nie doszło do podziału środowiska lekarskiego.

Innym problemem w integracji środowiska lekarskiego, który wynikał z zapisów ustawy z dnia 17 maja 1989 r. o izbach lekarskich, było utworzenie tzw. izb resortowych: MON, MSW i „kolejowej”. I Krajowy Zjazd Lekarzy stanął na stanowisku, by „środowiska lekarskie stanowiły jedność w obrębie terenowych izb

⁷²⁶ Sprawozdanie Komisji Współpracy z Zagranicą ORL WIL z działalności za rok 1996 – Archiwum WIL.

⁷²⁷ Sprawozdanie Komisji Stomatologicznej Naczelnej Rady Lekarskiej, Zespołu i Komisji ds. Autonomii Lekarzy Stomatologów oraz Zespołu Negocyjacyjnego z Narodowym Funduszem Zdrowia ds. Stomatologii 2001 – 2005, w: Sprawozdania organów Naczelnej Izby Lekarskiej oraz komisji i zespołów problemowych Naczelnej Rady Lekarskiej IV kadencji 2001 – 2005, Projekty uchwał VIII Krajowego Zjazdu Lekarzy, Warszawa 2005, cz. I, s. 84-85.

lekarskich”⁷²⁸. Postulat ten udało się zrealizować w stosunku do izb: „kolejowej”, która z woli lekarzy zatrudnianych przez PKP nigdy nie powstała oraz izby lekarskiej MSW, która rozwiązała się w 1992 r. Pytanie o zasadność funkcjonowania Wojskowej Izby Lekarskiej pozostaje aktualne do dnia dzisiejszego.

Zacieśnianiu więzi między członkami samorządu lekarskiego służyło w latach 1989 – 2009 szereg przedsięwzięć o charakterze kulturalnym i sportowym organizowanych przez Naczelną i okręgowe izby lekarskie. Cyklicznie odbywały się zawody o randze Mistrzostw Polski Lekarzy w m.in. narciarstwie alpejskim, triathlonie, koszykówce, tenisie stołowym, hokeju na lodzie, siatkówce, pływaniu, duathlonie, szachach, golfie, tenisie ziemnym, kolarstwie szosowym, wędkarstwie spławikowym, żeglarstwie, wieloboju lekkoatletycznym, siatkówce plażowej, ringo, wędkarstwie muchowym i spinningowym, strzelectwie, kolarstwie górskim, maratonie, karate czy brydżu sportowym⁷²⁹. Od 2003 r. organizowano także Letnie Igrzyska Lekarskie w Zakopanem, w których co roku brało udział ok. 600-700 uczestników⁷³⁰. Od 2005 r. w Zakopanem odbywały się także Zimowe Igrzyska Lekarskie⁷³¹. Lekarze mogli także uczestniczyć w ogólnopolskich wystawach malarstwa lekarzy, plenerach malarskich, konkursach poetyckich czy zlotach lekarzy – motocyklistów⁷³².

Inicjatywy integracyjne o charakterze kulturalnym i sportowym o wymiarze regionalnym organizowane były przez okręgowe izby lekarskie. Wielkopolska Izba Lekarska organizowała m. in. Wielkopolskie Mistrzostwa Lekarzy tenisie ziemnym, a także turnieje tenisowe na poziomie delegatur WIL⁷³³, cykliczne imprezy karnawałowe, wyjścia na wystawy malarstwa, koncerty i przedstawienia teatralne⁷³⁴, a także

⁷²⁸ Uchwała I Krajowego Zjazdu Lekarzy nr VII w sprawie integracji środowiska lekarskiego – Biuletyn Naczelnej Rady Lekarskiej, Rok 1, nr 3, s. 94.

⁷²⁹ *Gazeta Lekarska*, nr 1 (217), styczeń 2009 r., s. 36 - 37.

⁷³⁰ Sprawozdanie z działalności Komisji ds. Kultury, Sportu i Rekreacji NRL V kadencji, w: : Sprawozdania organów Naczelnej Izby Lekarskiej oraz komisji i zespołów problemowych Naczelnej Rady Lekarskiej V kadencji 2006-2010, Projekty uchwał X Krajowego Zjazdu Lekarzy, Warszawa 2010, cz. I, s. 175 – 176.

⁷³¹ *Gazeta Lekarska*, nr 1 (217), styczeń 2009 r., s. 36.

⁷³² *Ibidem*, s. 36-37.

⁷³³ Sprawozdanie z działalności Komisji Kultury, Sportu i Rekreacji ORL WIL w roku 2004 – Archiwum WIL.

⁷³⁴ Sprawozdanie kadencyjne Komisji Kultury Wielkopolskiej Izby Lekarskiej lata 2005 – 2009 – Archiwum WIL.

utworzyła Koło Zajęć Plastycznych⁷³⁵ oraz Muzyczny Zespół Kameralny, który jest częścią Europejskiej Orkiestry Lekarzy⁷³⁶.

Działania na rzecz integracji środowiska lekarskiego podejmowane przez izby lekarskie w latach 1989 - 2009 miały także wymiar międzynarodowy. Już w 1991 r. celu nawiązywania i podtrzymywania więzi z polskimi lekarzami za granicą Naczelna Rada Lekarska powołała Ośrodek Współpracy z Polonią Medyczną. Ośrodek organizował przyjazdy do kraju polskich lekarzy z zagranicy, staże szkoleniowe czy wizyty reprezentantów polskiego środowiska medycznego w skupiskach polonijnych⁷³⁷. Działalność Ośrodka skupiała się przede wszystkim na włączaniu w życie polskiej społeczności medycznej poprzez staże lekarzy pochodzenia polskiego głównie z krajów byłego Związku Radzieckiego: np. w 1994 r. stażach finansowanych przez samorząd lekarski uczestniczyło 7 lekarzy z Litwy, 6 z Białorusi i 3 z Ukrainy, w 1997 r. - 8 lekarzy z Ukrainy, 4 z Kazachstanu, 3 z Białorusi, 2 z Litwy i po jednym z Rosji i Mołdawii⁷³⁸, w 1999 r. – 10 lekarzy z Ukrainy, 6 z Litwy, 2 z Białorusi i jeden z Mołdawii⁷³⁹, w 2004 – 14 lekarzy z Ukrainy, 3 z Litwy i po jednej z Białorusi i Rumunii⁷⁴⁰, a w 2008 r. było to 7 osób z Ukrainy i po jednej z Rosji i Kazachstanu⁷⁴¹.

Innym działaniem mającym na celu integrowanie polskiej społeczności lekarskiej rozproszonej po całym świecie, w którym brały udział izby lekarskie, były Światowe Kongresy Polonii Medycznej⁷⁴². Pierwszy Kongres odbył się Częstochowie

⁷³⁵ Sprawozdanie z działalności Komisji Kultury, Sportu i Rekreacji ORL WIL za rok 2003 – Archiwum WIL.

⁷³⁶ Sprawozdanie Komisji Kultury i Rekreacji Wielkopolskiej Izby Lekarskiej za rok 2006 – Archiwum WIL.

⁷³⁷ Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 42/91/I z dnia 14 czerwca 1991 r. – Biuletyn NRL, Rok 2, nr 4 (10), s. 229-230.

⁷³⁸ Podsumowanie działań Ośrodka Współpracy z Polonią Medyczną przy Naczelnej Radzie Lekarskiej, w: Sprawozdania organów Naczelnej Izby Lekarskiej i komisji problemowych Naczelnej Rady Lekarskiej za okres 1993-1997r., Warszawa 1997, s. 158.

⁷³⁹ Sprawozdanie Ośrodka Współpracy z Polonią Medyczną przy Naczelnej Radzie Lekarskiej w latach 1998 – 2001, w: Sprawozdania organów Naczelnej Izby Lekarskiej oraz komisji problemowych Naczelnej Izby Lekarskiej za okres 1998 – 2001r., Projekty uchwał VI Krajowego Zjazdu Lekarzy oraz materiały pomocnicze, Tom I, s. 180.

⁷⁴⁰ Sprawozdanie Ośrodka Współpracy z Polonią Medyczną Naczelnej Rady Lekarskiej 2001 – 2005, w: Sprawozdania organów Naczelnej Izby Lekarskiej oraz komisji i zespołów problemowych Naczelnej Rady Lekarskiej IV kadencji 2001 – 2005, Projekty uchwał VIII Krajowego Zjazdu Lekarzy, Warszawa 2005, cz. I, s. 148.

⁷⁴¹ Sprawozdanie z działalności Ośrodka Współpracy z Polonią Medyczną NRL V kadencji, w: Sprawozdania organów Naczelnej Izby Lekarskiej oraz komisji i zespołów problemowych Naczelnej Rady Lekarskiej V kadencji 2006-2010, Projekty uchwał X Krajowego Zjazdu Lekarzy, Warszawa 2010, cz. I, s. 198.

⁷⁴² Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 43/91/I z dnia 14 czerwca 1991 r. – Biuletyn NRL, Rok 2, nr 4 (10), s. 230-231, Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 79/93/I z dnia 15 stycznia 1993 r. – Biuletyn NRL, Rok 4, nr 1 (19), s. 19, Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 56/99/III z dnia 20 marca 1999 r. (http://www.nil.org.pl/__data/assets/pdf_file/0019/9613/Nrl3u00057.pdf), Uchwała Naczelnej Rady

w 1991 r. II i III Światowy Kongres Polonii Medycznej w 1995 r. i 1997 r. także miały miejsce w Częstochowie. Kongres nr. IV odbył się w 2000 r. w Warszawie, V Światowy Kongres Polonii Medycznej w 2003 r. gościł w Katowicach zaś uczestnicy VI Kongresu w 2006r. ponownie zawitali do Częstochowy. Celem tych spotkań oprócz pogłębiania wiedzy uczestników o postępach w medycynie, wymiany informacji i dyskusji na temat wydarzeń w medycynie i społeczeństwie było ułatwianie kontaktów osobistych lekarzom z kraju i zagranicy, a tym ostatnim stwarzanie okazji do odwiedzenia Polski.

Działaniem sprzyjającym integracji lekarzy było także udostępnianie łam Gazety Lekarskiej wydawanej przez Naczelną Radę Lekarską na ogłoszenia o zjazdach absolwentów wydziałów lekarskich uczelni medycznych⁷⁴³ czy oferty matrymonialne i towarzyskie⁷⁴⁴. Czasopismo izb lekarskich publikowało także teksty redagowane przez Unię Polskich Pisarzy Lekarzy⁷⁴⁵.

Izby lekarskie w latach 1989 – 2009 uczyły wiele na rzecz integracji społeczności lekarskiej w Polsce. Szczególne słowa uznania należą się samorządowi lekarskiemu za umiejętne pogodzenie interesów dwóch odmiennych grup zawodowych – lekarzy i lekarzy dentyków w ramach jednej korporacji, a także za chęć pomocy w podnoszeniu kwalifikacji i uczestniczeniu w polskim życiu medycznym lekarzy polskiego pochodzenia z zagranicy. Z drugiej strony zapewnienie lekarzom możliwości spotkania się na imprezach sportowych czy kulturalnych dawało członkom korporacji możliwość nawiązania relacji o charakterze osobistym lekarzom o podobnych zainteresowaniach pozamedycznych.

5. Zajmowanie stanowiska w sprawach stanu zdrowotności społeczeństwa, polityki zdrowotnej państwa oraz organizacji ochrony zdrowia

Samorząd lekarski od samego początku funkcjonowania zabierał głos w sprawie stanu zdrowotności społeczeństwa, polityki zdrowotnej państwa oraz organizacji ochrony zdrowia. Znaczna część tej aktywności została omówiona w podrozdziale 3.1

Lekarskiej nr numer 41/03/IV z dnia 21 lutego 2003 r. (http://www.nil.org.pl/__data/assets/rtf_file/0008/8828/ru041-03-IV.rtf), Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 95/04/IV z dnia 17 grudnia 2004 r.

(http://www.nil.org.pl/__data/assets/rtf_file/0007/8881/ru095-04-IV.rtf).

⁷⁴³ *Gazeta Lekarska*, nr 1 (108), styczeń 2000 r., s. 64, nr 7-8 (90-91), lipiec – sierpień 1998 r., s. 64, nr 3 (98), marzec 1999 r., s. 61.

⁷⁴⁴ *Gazeta Lekarska*, nr 2 (61), luty 1996 r., s. 63.

⁷⁴⁵ *Gazeta lekarska*, nr 12 (71), grudzień 1996 r., s. 77, *Gazeta Lekarska*, nr 3 (74), marzec 1997 r., s.80.

rozdziału IV, gdzie autor opisał udział izb lekarskich w procesie stanowienia prawa regulującego pracę lekarzy i funkcjonowanie systemu opieki zdrowotnej. Nie wyczerpuje to jednak całości działań izb lekarskich w tej materii.

Organem samorządu lekarskiego, którego głos był najbardziej znaczący w sprawach stanu zdrowotności społeczeństwa, polityki zdrowotnej państwa i organizacji ochrony zdrowia były Krajowy Zjazd Lekarzy. I Krajowy Zjazd Lekarzy w uchwale nr 5 wyraził zaniepokojenie sytuacją ekologiczną Polski, a zwłaszcza dwiema inwestycjami: budową koksowni w czeskiej Stonawie, tuż przy granicy z Polską i elektrowni atomowej w Żarnowcu, które zdaniem delegatów mogły w przypadku oddania obu obiektów do użytku bardzo negatywnie wpłynąć na zdrowie obywateli Polski⁷⁴⁶. Nadzwyczajny II Krajowy Zjazd Lekarzy kierując się troską o stan zdrowia społeczeństwa apelował do Sejmu RP o uchwalenie ustawy o przeciwdziałaniu ujemnym skutkom palenia tytoniu⁷⁴⁷ oraz przyspieszenie reform systemu ochrony zdrowia⁷⁴⁸. Delegaci na III Krajowy Zjazd Lekarzy dostrzegając rosnącą na początku lat 90-tych falę narkomanii zaapelowali do Sejmu RP o przyspieszenie prac legislacyjnych nad ustawą regulującą za rozpowszechnianie narkotyków⁷⁴⁹. Kończący II kadencję organów samorządu, naznaczoną sporem izb lekarskich z Rządem RP, IV KZL apelował o reformę systemu ochrony zdrowia prowadzącą m. in. do umożliwienia funkcjonowania wielu, konkurujących ze sobą instytucji ubezpieczenia zdrowotnego i zwiększenia finansowania opieki zdrowotnej⁷⁵⁰. Kolejne Zjazdy zwracały uwagę na brak określenia przez państwo polityki zdrowotnej w zakresie

⁷⁴⁶ Uchwała I Krajowego Zjazdu Lekarzy nr V w sprawie sytuacji ekologicznej Polski – Biuletyn Naczelnej Rady Lekarskiej, Rok 1, nr 3, s. 94.

⁷⁴⁷ Apel Nadzwyczajnego II Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 14 grudnia 1991 r. do Sejmu RP w sprawie ustawy o przeciwdziałaniu ujemnym skutkom palenia tytoniu – (http://www.nil.org.pl/__data/assets/rtf_file/0019/8029/apel_-_przeciwdzialanie_paleniu_tytoniu.rtf).

⁷⁴⁸ Apel Nadzwyczajnego II Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 14 grudnia 1991 r. do Sejmu i Senatu w sprawie przyspieszenia reformy systemu ochrony zdrowia w Polsce - (http://www.nil.org.pl/__data/assets/rtf_file/0011/8030/apel_-_przyspieszenie_reformy.rtf).

⁷⁴⁹ Apel III Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 14 grudnia 1993 r. do Sejmu o przyspieszenie prac legislacyjnych nad ustawą ograniczającą dopuszczalność posiadania narkotyków – (http://www.nil.org.pl/__data/assets/rtf_file/0016/8035/APEL_Nr_3.rtf).

⁷⁵⁰ Apel IV Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 13 grudnia 1997 r. do władz Rzeczypospolitej Polskiej w sprawie reformy ochrony zdrowia – (http://www.nil.org.pl/__data/assets/rtf_file/0004/8185/04-apel-do-wladz-RP.rtf).

stomatologii⁷⁵¹ oraz na konieczność zapewnienia dostatecznej ilości środków finansowych na kształcenie studentów medycyny i stomatologii⁷⁵².

Również okręgowe zjazdy lekarzy wskazywały obszary, w których działalność państwa była niewystarczająca lub identyfikowały problemy zdrowotne lub systemowe, które powinny być rozwiązane w pierwszej kolejności. Okręgowy Zjazd Lekarzy Wielkopolskiej Izby Lekarskiej zwracał się z apelem do Rządu RP o zwiększenie akcyzy na wyroby tytoniowe, co miałoby nakłonić palaczy do porzucenia nałogu. Środki finansowe uzyskane w efekcie takiego posunięcia Zjazd postulował przekazać na profilaktykę i leczenie chorób będących następstwem palenia⁷⁵³. Okręgowy Zjazd Lekarzy izby wielkopolskiej wskazywał problemy w dostępności świadczeń zdrowotnych na terenie Wielkopolski, np. ograniczenie 1996 r. możliwości korzystania z oddziału hematologii w szpitalu im. Strusia w Poznaniu przez pacjentów spoza ówczesnego województwa poznańskiego⁷⁵⁴ oraz problemy w kontraktowaniu usług medycznych opłacanych z funduszy publicznych, które mogły zagrażać pacjentom⁷⁵⁵. Delegaci zwracali się również do lekarzy o zwrócenie szczególnej uwagi na problemy takie jak alkoholizm, nikotynizm i narkomania, dotykające zwłaszcza młodych pacjentów. Lekarze byli proszeni o większe zaangażowanie w działania zapobiegające tym zjawiskom⁷⁵⁶.

Warto również wspomnieć w tym miejscu o staraniach jakie czyniła Wielkopolska Izba Lekarska w sprawie prywatnej kliniki okulistycznej „Korvita” w Poznaniu, zatrudniająca lekarzy z terenów byłego ZSRR, którzy nie dysponowali prawem wykonywania zawodu w Polsce, i których kwalifikacje budziły poważne wątpliwości, co stanowiło poważne zagrożenie dla pacjentów. Dzięki staraniom

⁷⁵¹ Apel VIII Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 7 stycznia 2006 r. w sprawie konieczności określenia polityki zdrowotnej w zakresie stomatologii oraz strategii jej realizacji – (http://www.nil.org.pl/__data/assets/rtf_file/0005/8294/az-007-06.rtf).

⁷⁵² Apel VIII Krajowego Zjazdu Lekarzy nr 3 z dnia 7 stycznia 2006 roku w sprawie zapewnienia uczelniom środków finansowych niezbędnych do realizacji programu studiów na kierunku lekarsko – dentystycznym poprzez finansowanie świadczeń i procedur objętych programem kształcenia a nie objętych zakresem świadczeń gwarantowanych finansowanych ze środków publicznych – (http://www.nil.org.pl/__data/assets/rtf_file/0019/8290/az-003-06.rtf).

⁷⁵³ Rezolucja nr 1/2000 XIV Okręgowego Zjazdu Lekarzy Wielkopolskiej Izby Lekarskiej z dnia 21 marca 2000 r. – Archiwum WIL.

⁷⁵⁴ Oświadczenie IX Okręgowego Zjazdu Lekarzy Wielkopolskiej Izby Lekarskiej z dnia 29 marca 1996 r. – Archiwum WIL.

⁷⁵⁵ Oświadczenie nr 1/2001 XV Okręgowego Zjazdu Lekarzy Wielkopolskiej Izby Lekarskiej z dnia 4 kwietnia 2001 r. w sprawie kontraktowania opieki nad kobietą ciężarną – Archiwum WIL.

⁷⁵⁶ Apel nr 3/2002 Okręgowego Zjazdu Lekarzy Wielkopolskiej Izby Lekarskiej z dnia 23 marca 2002 r. do wszystkich lekarzy w sprawie narkomanii – Archiwum WIL.

samorządu lekarskiego wojewoda poznański w 1995 r. wykreślił „Korvitę” z rejestru zakładów opieki zdrowotnej.⁷⁵⁷

Samorząd lekarski w latach 1989-2009 często zabierał głos w sprawach stanu zdrowotności społeczeństwa, polityki zdrowotnej państwa oraz organizacji ochrony zdrowia. Najwięcej uwagi, ze względu na trwające przekształcenia systemu ochrony zdrowia i zasad wykonywania zawodu lekarza, poświęcał tym właśnie zagadnieniom. Jednak mimo wielkiego zaangażowania izb lekarskich w reformy, które zgodnie z ustawą z dnia 17 maja 1989 r. były priorytetem, organy korporacji lekarskiej dostrzegały niebezpieczeństwa dla zdrowia obywateli i dawały o nich znać odpowiednim organom administracji państwowej, a także motywowały lekarzy do większej dbałości w przeciwdziałaniu im.

6. Współpraca z towarzystwami naukowymi, szkołami wyższymi i jednostkami badawczo-rozwojowymi w kraju i za granicą

Działania samorządu lekarskiego w zakresie współpracy z towarzystwami naukowymi, szkołami wyższymi i jednostkami badawczo rozwojowymi w kraju i za granicą w latach 1989 – 2009 na szczeblu Naczelnej Izby Lekarskiej prezentują się dość skromnie. W związku z ciągłymi przeobrażeniami systemu ochrony zdrowia w Polsce współpraca ta skupiała się przede wszystkim na spotkaniach przedstawicieli NIL z reprezentantami lekarskich towarzystw naukowych w celu uzgadniania stanowiska środowiska lekarskiego odnośnie propozycji reform w systemie ochrony zdrowia czy kształcenia medycznego, o którym dyskutowano także z rektorami i dziekanami medycznych szkół wyższych⁷⁵⁸. Zinstytucjonalizowaną formę współpraca ta zyskała dopiero 23 czerwca 2008 r., kiedy w siedzibie NIL odbyło się spotkanie prezesów naukowych towarzystw lekarskich z władzami samorządu lekarskiego, na którym powołano Konferencję Prezesów Towarzystw Lekarskich⁷⁵⁹. Konferencję Prezesów Towarzystw Lekarskich, powołano jako forum współpracujące z samorządem lekarskim i innymi organizacjami lekarzy i lekarzy dentystów w Polsce. Celami jakie postawiono przed konferencją były:

⁷⁵⁷ Sprawozdanie z działalności Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej rok 1995 – Archiwum WIL.

⁷⁵⁸ Sprawozdanie z działalności Naczelnej Rady Lekarskiej za okres czteroletni 1990 – 1993, w: Materiały Zjazdowe III Krajowego Zjazdu Lekarzy, cz. I, s. 71 – 72, Sprawozdanie z działalności Komisji Kształcenia Medycznego NRL V kadencji, w: Sprawozdania organów Naczelnej Izby Lekarskiej oraz komisji i zespołów problemowych Naczelnej Rady Lekarskiej V kadencji 2006-2010, Projekt uchwał X Krajowego Zjazdu Lekarzy, Warszawa 2010, cz. I, s. 149 – 150.

⁷⁵⁹ <http://www.mlodylekarz.pl/start/news/ogln/651-konferencja-prezesw-towarzystw-lekarskich.html>.

- 1) reprezentowanie stanowiska towarzystw lekarskich;
- 2) wskazywanie problemów i zagrożeń praktyki lekarskiej w Polsce;
- 3) opiniowanie wybranych projektów przepisów prawnych dotyczących praktyki lekarskiej;
- 4) upowszechnianie uchwał Konferencji wśród członków towarzystw lekarskich;
- 5) upowszechnianie zasad praktyki lekarskiej opartej na dowodach naukowych;
- 6) umacnianie współpracy towarzystw lekarskich z samorządem lekarskim.

Realizacji celów Konferencji Prezesów Towarzystw Lekarskich służyć miało przyjmowanie stanowisk, podejmowanie uchwał i wydawanie opinii przez Konferencję z własnej inicjatywy lub na wniosek towarzystw lekarskich, samorządu lekarskiego lub innych organizacji i instytucji oraz poprzez podejmowanie działań mających na celu wdrożenie uchwał i uwzględnienie opinii Konferencji. Przystąpić do Konferencji mogło każde towarzystwo lekarskie poprzez podpisanie deklaracji przez jego prezesa w oparciu o odpowiednią uchwałę władz towarzystwa. Stałymi uczestnikami Konferencji uczyniono Przewodniczącego Konferencji Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych i Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej lub osoby przez nich upoważnione. Prace Konferencji organizować miał Koordynator wybierany na 4-letnią kadencję, który równocześnie został upoważniony do składania oświadczeń na zewnątrz w imieniu Konferencji. Obsługę organizacyjną Konferencji zobowiązała się zapewnić Naczelna Izba Lekarska⁷⁶⁰. Pierwszym Koordynatorem KPTL został Romuald Krajewski, który pełnił też funkcję członka Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej w V kadencji organów samorządu lekarskiego⁷⁶¹. Wcześniej, między listopadem 1995 r. a listopadem 1997 r. samorząd lekarski w ramach współpracy z towarzystwami lekarskimi prowadził specjalną kolumnę w *Gazecie Lekarskiej* poświęconą działalności towarzystw – „*Gazetę Towarzystw Medycznych*”⁷⁶².

Na arenie międzynarodowej Naczelna Izba Lekarska, w okresie IV kadencji organów samorządu lekarskiego, podjęła współpracę z Amerykańskim Towarzystwem Lekarskim (American Medical Association – AMA). Jej celem było zastosowanie w Polsce klasyfikacji procedur medycznych wykonywanych przez lekarzy (CPT), której

⁷⁶⁰ Deklaracja w sprawie utworzenia Konferencji Prezesów Towarzystw Lekarskich (http://www.nil.org.pl/__data/assets/pdf_file/0020/7418/Deklaracja_KPTL.pdf).

⁷⁶¹ <http://www.nil.org.pl/dzialalnosc/konferencja-prezesow-towarzystw-lekarskich>.

⁷⁶² *Gazeta Lekarska*, nr 11 (58), listopad 1995 r., s. 35-42, *Gazeta Lekarska*, nr 11 (82), listopad 1997 r., s. 37 – 38.

właścicielem jest AMA⁷⁶³. Rezultatem tej współpracy było powołanie Komitetu Redakcyjnego CPT – PL i przetłumaczenie klasyfikacji na język polski o czym wspomniano w rozdziale II.

Także Wielkopolska Izba Lekarska nie prowadziła w latach 1989 – 2009 intensywnej współpracy z towarzystwami naukowymi i uczelniami w kraju i za granicą. Co prawda już od początku I kadencji organów izb lekarskich Wielkopolska Izba Lekarska utrzymywała kontakty z poznańską uczelnią medyczną, z którą planowano współdziałać w zakresie kształcenia podyplomowego lekarzy⁷⁶⁴. WIL wspólnie z uczelnią organizowała pojedyncze kursy dokształcające⁷⁶⁵, jednak współpraca ta nie rozwinęła się w znaczący sposób. Pomimo podpisania dwóch porozumień o współpracy między Wielkopolską Izbą Lekarską a Akademią⁷⁶⁶, a następnie Uniwersytetem Medycznym w Poznaniu w 1998 r. i 2009 r. trudno doszukać się w sprawozdaniach organów WIL śladów bliskiej współpracy między tymi dwiema instytucjami poza jednym - wspólne działania Biblioteki Głównej AM w Poznaniu i Komisji Kształcenia WIL doprowadziły do podpisania w dniu 24 lutego 1998 r. umowy o współpracy między AM a WIL. W ramach tej umowy lekarze zrzeszeni w WIL uzyskali pełen dostęp do serwisu informacyjnego i usług internetowych biblioteki. Uczelnia zobowiązała się ponadto do organizowania szkoleń dla lekarzy z zakresu informacji medycznej i metodyki korzystania ze źródeł elektronicznych. Z kolei WIL zobowiązała się dofinansowywać działalność Biblioteki AM w zakresie naukowej informacji medycznej. W czerwcu 1998 r. WIL wraz z Biblioteką AM była współorganizatorem XVII Konferencji Problemowej Bibliotek Medycznych poświęconej dydaktycznej funkcji akademickiej biblioteki medycznej. Obie instytucje organizowały również kursy podyplomowe z zakresu informacji naukowej⁷⁶⁷.

⁷⁶³ Sprawozdanie Naczelnej Rady Lekarskiej 2001 – 2005, w: Sprawozdania organów Naczelnej Izby Lekarskiej oraz komisji i zespołów problemowych Naczelnej Rady Lekarskiej IV kadencji 2001 – 2005, Projekty uchwał VIII Krajowego Zjazdu Lekarzy, Warszawa 2005, cz. I, s. 18.

⁷⁶⁴ Sprawozdanie Komisji Szkolenia Medycznego ORL WIL za 1990 r. – Archiwum WIL.

⁷⁶⁵ Sprawozdanie z działalności Komisji Kształcenia Medycznego ORL WIL za 1994 r. – Archiwum WIL, Sprawozdanie z działalności Komisji Kształcenia Medycznego ORL WIL za okres 1 stycznia – 30 września 1997 r. – Archiwum WIL.

⁷⁶⁶ Porozumienie między Akademią Medyczną im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu a Wielkopolską Izbą Lekarską z dnia 21 maja 1998 r., Porozumienie zawarte w dniu 19 marca 2009 r. między Uniwersytetem Medycznym im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu a Wielkopolską Izbą Lekarską – Archiwum WIL.

⁷⁶⁷ A. Piotrowicz, P. Krzyżaniak, *Współpraca Biblioteki Głównej Akademii Medycznej w Poznaniu z Wielkopolską Izbą Lekarską w zakresie dydaktyki podyplomowej*, Biuletyn Głównej Biblioteki Lekarskiej, 2001:47(346), s. 80 – 82.

Wielkopolska Izba Lekarska współpracowała także z Polskim Stowarzyszeniem Medycznym na Litwie i Polskim Towarzystwem Lekarskim w Baranowiczach na Białorusi, dla członków którego organizowała staże specjalizacyjne wspólnie z Stowarzyszeniem „Wspólnota Polska”⁷⁶⁸. Organizowano także pojedyncze wykłady lekarzy – specjalistów z Francji, USA i Danii⁷⁶⁹.

W latach 1989 – 2009 zarówno Wielkopolska jak i Naczelna Izba Lekarska nie podjęły intensywnej współpracy z towarzystwami naukowymi, szkołami wyższymi i jednostkami badawczo-rozwojowymi w kraju i za granicą. W opinii autora przedmiotem tej współpracy powinny być w pierwszej kolejności działania w zakresie doskonalenia zawodowego lekarzy, które spoczywało przede wszystkim w gestii izb okręgowych, więc w stosunku do NIL nie można z tego uczynić zarzutu. Należy za to docenić wysiłki Naczelnej Izby Lekarskiej na rzecz zastosowania w Polsce klasyfikacji procedur medycznych wykonywanych przez lekarzy (CPT) wspólnie z American Medical Association. W przypadku Wielkopolskiej Izby Lekarskiej niedostateczna współpraca szczególnie z Akademią Medyczną, a później z Uniwersytetem Medycznym w Poznaniu zasługuje na krytykę. Uczelnia stanowiła naturalne zaplecze dla kształcenia podyplomowego lekarzy. Pomimo podpisania dwóch porozumień nie udało się utworzyć trwałego modelu współdziałania obu instytucji w tym zakresie. Trudno orzec co było tego przyczyną: duże zaangażowanie działaczy samorządu w inne zadania samorządu, zwłaszcza w problematykę reform ochrony zdrowia, opóźnienia w przejęciu przez samorząd odpowiedzialności za kształcenie podyplomowe lekarzy czy brak dostatecznego zainteresowania tą kwestią zarówno po stronie samorządu jak i po stronie uczelni. Należy ocenić ten fakt jako niewykorzystaną szansę lub nawet stratę jaką ponieśli wielkopolscy lekarze i ich pacjenci.

7. Prowadzenie instytucji samopomocowych i innych form pomocy materialnej dla lekarzy i ich rodzin

Art. 4 ust. 1 pkt 7 ustawy z dnia 17 maja 1989 r. o izbach lekarskich nałożył na samorząd lekarski obowiązek prowadzenia instytucji samopomocowych i innych form pomocy materialnej dla lekarzy i ich rodzin. Zadanie to powierzono komisjom

⁷⁶⁸ Sprawozdanie z działalności Komisji Współpracy z Zagranicą ORL WIL w roku 1997, Sprawozdanie z działalności Komisji ds. Współpracy z Zagranicą ORL WIL w 1998 r., Sprawozdanie Komisji Kształcenia i Współpracy Międzynarodowej ORL WIL za 2002 r., Sprawozdanie Komisji Kształcenia i Współpracy Międzynarodowej ORL WIL za 2004 r. – Archiwum WIL.

⁷⁶⁹ Sprawozdanie z działalności Komisji ds. Współpracy z Zagranicą ORL WIL w 2000 roku – Archiwum WIL.

socjalnym i ds. lekarzy emerytów, które funkcjonowały zarówno na poziomie Naczelnej Rady Lekarskiej, jak i na poziomie rad okręgowych.

Naczelna Rada Lekarska zdecydowała się powołać Komisję Socjalną jedynie podczas swoich dwóch pierwszych kadencji. W okresie I kadencji Komisja Socjalna NRL pod przewodnictwem dr Ewy Kopacz podjęła szereg działań mających na celu wsparcie i koordynację działań pomocowych prowadzonych przez okręgowe izby lekarskie: przygotowała ankietę na temat sytuacji bytowej lekarzy emerytów, która miała posłużyć izbom okręgowym do zdobycia wiedzy o potrzebach emerytowanych lekarzy na ich terenie; opracowała wzorcowy statut Lekarskiej Kasy Pomocy Koleżeńskiej, mający ułatwić okręgowym izbom lekarskim zakładanie instytucji samopomocowych; wysłała z inicjatywą utworzenia banku ofert pracy dla bezrobotnych lekarzy na podstawie informacji o wolnych stanowiskach nadsyłanych przez izby okręgowe (inicjatywa ta spotkała się z brakiem odzewu ze strony izb okręgowych). Zorganizowano również spotkanie członków Komisji Socjalnej NRL z przedstawicielami komisji socjalnych okręgowych rad lekarskich. Komisja Socjalna NRL I kadencji przygotowała również katalog ofert urlopowych dla lekarzy i ich rodzin⁷⁷⁰. W czasie II kadencji organów samorządu lekarskiego Komisja Socjalna w dalszym ciągu chciała pełnić funkcję koordynatora działań pomocowych kierowanych przez izby okręgowe do swoich członków. Zajęła się opracowaniem ramowego systemu pomocy socjalnej, wspólnego dla wszystkich izb okręgowych, a także podjęła próbę zorganizowania posiedzenia przewodniczących komisji socjalno-bytowych wszystkich izb okręgowych. Obie inicjatywy Komisji Socjalnej NRL nie znalazły uznania ze strony izb okręgowych. Ze względu na znaczne różnice między izbami okręgowymi w liczbie członków, i co za tym idzie, w możliwościach finansowych uznano, iż nie ma sensu organizowanie pomocy materialnej dla lekarzy na poziomie centralnym. Każda izba okręgowa autonomicznie określała skalę i zasady udzielania pomocy swoim członkom⁷⁷¹. Z tego względu, w kolejnych kadencjach organów samorządu lekarskiego Naczelna Rada Lekarska nie powoływała Komisji Socjalnej.

Jak wspomniano wyżej, pomoc materialna dla członków samorządu lekarskiego była domeną izb okręgowych, które na drodze uchwał okręgowych zjazdów lekarzy lub

⁷⁷⁰ Sprawozdanie Komisji Socjalnej NRL, w: Materiały Zjazdowe III Krajowego Zjazdu Lekarzy, cz. I, s. 169 – 176.

⁷⁷¹ Sprawozdanie Komisji Socjalnej NRL, w: Sprawozdania organów Naczelnej Izby Lekarskiej i komisji problemowych Naczelnej Rady Lekarskiej za okres 1993-1997r., Warszawa 1997, s. 128-131.

okręgowych rad lekarskich decydowały o rodzaju i zakresie pomocy udzielanej lekarzom i ich rodzinom.

W przypadku Wielkopolskiej Izby Lekarskiej pomoc materialna adresowana była w pierwszej kolejności do sierot po lekarzach. Zasady przyznawania i wysokość zapomogi pieniężnej dla sierot ustalał Okręgowy Zjazd Lekarzy i Okręgowa Rada Lekarska. Początkowo była ona wypłacana kwartalnie⁷⁷², później zaś co miesiąc⁷⁷³. Wysokość zapomogi sieroczej wynosiła w 1991 r. „2/3 przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sferze materialnej gospodarki społecznej” na okres jednego kwartału⁷⁷⁴, w 1992 r. – 1 mln zł miesięcznie⁷⁷⁵, w 2002 r. – 100 zł miesięcznie⁷⁷⁶. W 2004 r. XX Okręgowy Zjazd Lekarzy WIL podwyższył kwotę zapomogi dla sierot po lekarzach do 1800 zł rocznie⁷⁷⁷. Uprawnionymi do otrzymywania tej pomocy były osierocone dzieci do 18 roku życia. W przypadku osób uczących się zapomoga była przyznawana do ukończenia 25 roku życia⁷⁷⁸. Warto również wspomnieć, iż Okręgowa Rada Lekarska postanowiła objąć pomocą również sieroty po lekarzach zmarłych przed 1 stycznia 1990 r.⁷⁷⁹

Wielkopolska Izba Lekarska, za pośrednictwem Komisji Socjalnej, wypłacała również odprawy pośmiertne po lekarzach oraz zapomogi losowe. W okresie V kadencji organów izb lekarskich odprawy pośmiertne po lekarzach wynosiły 1500 zł, zaś zapomogi losowe, przyznawane w wypadku indywidualnych zdarzeń losowych, klęsk żywiołowych, długotrwałej choroby czy śmierci małżonka lub dziecka, mogły osiągać wysokość do 2100 zł⁷⁸⁰.

⁷⁷² § 1 uchwały nr 4 III Okręgowego Zjazdu Lekarzy Wielkopolskiej Izby Lekarskiej z dnia 26 kwietnia 1991 r. – Archiwum WIL.

⁷⁷³ § 1 ust 1 uchwały IV Okręgowego Zjazdu Lekarzy Wielkopolskiej Izby Lekarskiej z dnia 24 kwietnia 1992 r. zmieniającej uchwałę III OZL w sprawie pomocy materialnej sierotom po lekarzach członkach WIL – Archiwum WIL.

⁷⁷⁴ § 1 uchwały nr 4 III Okręgowego Zjazdu Lekarzy Wielkopolskiej Izby Lekarskiej z dnia 26 kwietnia 1991 r. – Archiwum WIL.

⁷⁷⁵ § 1 ust 1 uchwały IV Okręgowego Zjazdu Lekarzy Wielkopolskiej Izby Lekarskiej z dnia 24 kwietnia 1992 r. zmieniającej uchwałę III OZL w sprawie pomocy materialnej sierotom po lekarzach członkach WIL – Archiwum WIL.

⁷⁷⁶ § 1 uchwały nr 11/2002 XVII Okręgowego Zjazdu Lekarzy Wielkopolskiej Izby Lekarskiej z dnia 23 marca 2002 r. – Archiwum WIL.

⁷⁷⁷ Uchwała nr 17/2004 XX Okręgowego Zjazdu Lekarzy Wielkopolskiej Izby Lekarskiej z dnia 23 marca 2004 r. – Archiwum WIL.

⁷⁷⁸ § 2 uchwały nr 4 III Okręgowego Zjazdu Lekarzy Wielkopolskiej Izby Lekarskiej z dnia 26 kwietnia 1991 r., § 4a uchwały Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej nr 1035/2002 z dnia 19 kwietnia 2002 r. – Archiwum WIL.

⁷⁷⁹ Uchwała Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej nr 42/92 z dnia 12 grudnia 1992 r. – Archiwum WIL.

⁷⁸⁰ § 2 Uchwały Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej nr 1035/2002 z dnia 19 kwietnia 2002 r. – Archiwum WIL.

Tabela 11. Wydatki Wielkopolskiej Izby Lekarskiej na pomoc materialną dla swoich członków i ich rodzin

Rok	Zapomogi sieroce	Odprawy pośmiertne	Zapomogi losowe	Łącznie
1993	406 700 000 zł	180 000 000 zł	227 000 000 zł	813 700 000 zł
1997	76 500 zł	24 000 zł	47 050 zł	147 550 zł
2002	116 314 zł	52 518,80 zł	70 000 zł	238 832 zł
2004	154 800 zł	46 500 zł	86 000 zł	287 300 zł
2008	136 800 zł	54 750 zł	148 000 zł	339 550 zł

Źródło: Opracowanie własne na podstawie sprawozdań Komisji Socjalnej ORL WIL za lata 1993,1997, 2002, 2004 i 2008 – Archiwum WIL.

Jak widać w Tabeli 11 kwota przeznaczana na pomoc materialną dla członków Wielkopolskiej Izby Lekarskiej na przestrzeni pięciu kadencji jej funkcjonowania rosła co świadczy to o poczuciu solidarności wielkopolskich lekarzy.

Ze względu na specyficzne problemy grupy lekarzy – emerytów III Krajowy Zjazd Lekarzy zobowiązał Naczelną Radę Lekarską do „powołania Komisji do spraw emerytów której podstawowym zadaniem byłoby dbanie o wszystkie sprawy tej grupy lekarzy.”⁷⁸¹ Zgodnie z postanowieniem III KZL od II kadencji organów samorządu lekarskiego Naczelna Rada Lekarska powoływała Komisję ds. Lekarzy Emerytów (od III kadencji – Komisja ds. Lekarzy Emerytów i Rencistów). Idąc za przykładem NRL, Wielkopolska Rada Lekarska także od II kadencji powoływała komisję zajmująca się problemami tej grupy lekarzy.

Komisja Naczelnej Rady Lekarskiej ds. Lekarzy Emerytów stawiała sobie ambitne cele jak starania o podwyżki emerytur lekarskich, czy możliwość wystawiania skierowań na badania specjalistyczne przez lekarzy emerytów dla siebie i swoich rodzin, które najczęściej okazywały się niemożliwe do zrealizowania⁷⁸². (Udało się jednak Komisji, w 1995 r., uzyskać od Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej jednoznaczną interpretację przepisów pozwalającą lekarzom emerytom, niepracującym i

⁷⁸¹ Uchwała nr 13 III Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 14 grudnia 1993 r. w sprawie powołania Komisji Naczelnej Rady Lekarskiej do spraw lekarzy emerytów (http://www.nil.org.pl/_data/assets/rtf_file/0004/8176/UCHWAIA_Nr_13.rtf).

⁷⁸² Sprawozdanie z działalności Komisji ds. Lekarzy Emerytów i Rencistów NRL w okresie 20. kwietnia 1994 r. do 15 października 1997 r., w: Sprawozdania organów Naczelnej Izby Lekarskiej i komisji problemowych Naczelnej Rady Lekarskiej za okres 1993-1997r., Warszawa 1997 s. 107 i Sprawozdanie Komisji ds. Lekarzy Emerytów i Rencistów NRL 2001 – 2005 w: VIII Krajowy Zjazd Lekarzy. Sprawozdania organów Naczelnej Izby Lekarskiej oraz komisji i zespołów problemowych Naczelnej Rady Lekarskiej IV kadencji 2001-2005, Warszawa 2005, s. 102 .

nie prowadzącym praktyki prywatnej, wystawiać recepty dla siebie i swoich najbliższych, co ⁷⁸³.) Z tych względów Komisja zajmowała się przede wszystkim współpracą z analogicznymi komisjami okręgowych rad lekarskich, która polegała na propagowaniu dobrych rozwiązań służących lekarzom emerytom w poszczególnych izbach okręgowych ⁷⁸⁴.

Podobnie jak w przypadku komisji socjalnych, to komisje ds. lekarzy emerytów na szczeblu okręgowym zajmowały się pomocą wymagającym jej lekarzom emerytom i rencistom. Komisja Emerytów i Rencistów Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej przede wszystkim opiniowała wnioski lekarzy emerytów o zapomogi losowe wypłacane ze środków Komisji Socjalnej ORL WIL, organizowała konsultacje lekarskie dla lekarzy emerytów (w 1996 r. utworzony został zespół złożony z emerytowanych profesorów poznańskiej Akademii Medycznej udzielający pomocy lekarskiej emerytowanym lekarzom ⁷⁸⁵). W okresie V kadencji Komisja Emerytów i Rencistów organizowała również spotkania noworoczne dla niepracujących emerytów i rencistów. Przy pomocy Komisji Socjalnej ORL WIL przyznawała również zapomogi losowe w wysokości 2100 zł lekarzom emerytom, którzy ukończyli 89 i 90 lat na wydatki związane z poratowaniem zdrowia z uwagi na przewlekłe schorzenia ⁷⁸⁶.

W kwietniu 2007 r. Naczelna Rada Lekarska zobowiązała okręgowe rady lekarskie do zorganizowania systemu pomocy lekarzom, których stan zdrowia ograniczał lub uniemożliwiał wykonywanie zawodu. NRL poleciła izbom okręgowym powołać pełnomocników do spraw zdrowia lekarzy. Była to reakcja władz korporacji lekarskiej na problem pełnienia dyżurów przez lekarzy pod wpływem alkoholu lub narkotyków, którzy niejednokrotnie okazywali się osobami uzależnionymi od tych substancji. Do zadań pełnomocników, którzy mieli być lekarze doświadczenie w leczeniu psychoz i uzależnień, należało zbieranie informacji o faktach nadużywania substancji psychoaktywnych przez członków samorządu lekarskiego, nawiązywanie kontaktu z osobami nadużywającymi substancji psychoaktywnych lub podejrzanymi o uzależnienie w celu zdiagnozowania problemu, organizacja pomocy w znalezieniu właściwej placówki terapii uzależnień oraz monitorowanie przebiegu leczenia (za zgodą

⁷⁸³ Sprawozdanie z działalności Komisji ds. Lekarzy Emerytów i Rencistów NRL w okresie 20 kwietnia 1994 r. do 15 października 1997 r., w: Sprawozdania organów Naczelnej Izby Lekarskiej i komisji problemowych Naczelnej Rady Lekarskiej za okres 1993-1997r., Warszawa 1997 s. 110.

⁷⁸⁴ Sprawozdanie Komisji ds. Lekarzy Emerytów i Rencistów NRL 2001 – 2005 w: VIII Krajowy Zjazd Lekarzy. Sprawozdania organów Naczelnej Izby Lekarskiej oraz komisji i zespołów problemowych Naczelnej Rady Lekarskiej IV kadencji 2001-2005, Warszawa 2005, s. 103.

⁷⁸⁵ Sprawozdanie Komisji ds. Emerytów i Rencistów ORL WIL za 1996 r. – Archiwum WIL.

⁷⁸⁶ Sprawozdanie z działalności Komisji emerytów i rencistów ORL WIL za 2008 rok – Archiwum WIL.

leczącego się lekarza). W przypadku podejrzenia wystąpienia niezdolności do wykonywania zawodu przez lekarza, pełnomocnik do spraw zdrowia lekarzy miał wnioskować o powołanie komisji orzekającej w przedmiocie niezdolności do wykonywania zawodu ze względu na stan zdrowia. Okręgowa rada lekarska miała zaś organizować ewentualne wsparcie finansowe dla rodziny członka samorządu, który podjął leczenie⁷⁸⁷.

Okręgowa Rada Lekarska Wielkopolskiej Izby Lekarskiej 7 grudnia 2007 r., decyzją wydana na podstawie uchwały Naczelnej Rady Lekarskiej nr 7/07/V z dnia 13 kwietnia 2007 r. w sprawie organizacji systemu pomocy lekarzom i lekarzom denty stom, których stan zdrowia ogranicza lub uniemożliwia wykonywanie zawodu⁷⁸⁸, powołała pełnomocnika- koordynatora do spraw zdrowia lekarzy i lekarzy denty stomów - dr Danutę Dudrak, która nieodpłatnie leczyła wymagających pomocy lekarzy.

Ta samopomocowa inicjatywa samorządu lekarskiego miała również wymiar troski o dobro pacjenta. Pomagając uzależnionym lekarzom izby lekarskie zapobiegały szkodom jakie mogliby wyrządzić pacjentom lekarze pracujący pod wpływem alkoholu lub narkotyków.

Jako szczególny rodzaj pomocy wzajemnej świadczonej w ramach korporacji lekarskiej można potraktować opisany w art. 67 Kodeksu Etyki Lekarskiej obyczaj bezpłatnego leczenia innych lekarzy i członków ich najbliższej rodziny, w tym wdów, wdowców i sierot po lekarzach.

Oprócz systematycznej pomocy świadczonej lekarzom w potrzebie korporacja lekarska stara się pomagać swoim członkom w szczególnych wypadkach. Przykładem takiego działania może być przeznaczenie 50 000 zł przez Naczelną Radę Lekarską na pomoc dla lekarzy i ich rodzin poszkodowanych w wyniku powodzi w 2001 r. Pomoc ta rozdzielana była przez władze NIL na podstawie wniosków przewodniczących rad lekarskich izb, na których obszarze działania wystąpiły skutki powodzi⁷⁸⁹.

W sytuacjach kryzysowych, takich jak utrata pracy czy powódź, lekarze za pośrednictwem samorządu wspierali się nawzajem. Odprawy pośmiertne, stypendia dla sierot po lekarzach wypłacane przez izby lekarskie oraz udzielanie nieodpłatnych porad lekarskich członkom rodzin lekarskich oraz emerytowanym kolegom podniesione do

⁷⁸⁷ Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 7/07/V z dnia 13 kwietnia 2007 r. (http://www.nil.org.pl/__data/assets/pdf_file/0007/4021/ru0007-07-V.pdf).

⁷⁸⁸ Archiwum WIL.

⁷⁸⁹ Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 25/143/01/III z dnia 28 września 2001 r. (http://www.nil.org.pl/__data/assets/pdf_file/0005/9698/Nr13u00160.pdf).

rangi normy kodeksu deontologii zawodowej świadczą dużym znaczeniu jakie korporacja lekarska przywiązywała do tej sfery swojej działalności. Był to wyraz korporacyjnej solidarności, która zasługuje na pozytywną ocenę.

8. Zarządzanie majątkiem i działalnością gospodarczą izb lekarskich

Zgodnie z art. 59 ustawy z dnia 17 maja 1989 r. majątek izb lekarskich stanowiły fundusz oraz ruchomości i nieruchomości. Na fundusz izb lekarskich składały się:

- 1) składki członkowskie,
- 2) zapisy, darowizny, dotacje,
- 3) wpływy z działalności gospodarczej,
- 4) inne wpływy.

Majątkiem i funduszem izb zarządzały okręgowe rady lekarskie i Naczelna Rada Lekarska.

Na szczeblu Naczelnej Izby Lekarskiej zarządzanie finansami leżało niemal całkowicie w kompetencji Naczelnej Rady Lekarskiej. To ona ustalała zasady gospodarki finansowej samorządu lekarzy (art. 35 ust. 1 pkt 8 ustawy z dnia 17 maja 1989 r.), wysokość składki członkowskiej płaconej przez lekarzy na rzecz samorządu (art. 35 ust. 1 pkt 9), a także uchwałała swój budżet i rozpatrywała sprawozdania z jego wykonania (art. 35 ust. 1 pkt 14). Krajowy Zjazd Lekarzy decydował jedynie o sposobie podziału składki członkowskiej pomiędzy okręgowe i Naczelną Izbę Lekarską (art. 33 pkt 7)- w latach 1989 – 2001 okręgowe izby lekarskie przekazywały do NIL 20% wpływów ze składek członkowskich⁷⁹⁰. Od 1 stycznia 2002 r. decyzją VI Krajowego Zjazdu Lekarzy odpis składki członkowskiej na rzecz Naczelnej Izby Lekarskiej wynosił 15%⁷⁹¹. Od 1 stycznia 2004 r. okręgowe izby lekarskie przekazywały na rzecz NIL 15% należnej kwoty składek, obliczonej według ilości członków poszczególnych izb figurujących w Centralnym Rejestrze Lekarzy, a nie jak uprzednio w wysokości odnoszącej się do kwoty ściąganej⁷⁹².

⁷⁹⁰ Uchwała I Krajowego Zjazdu Lekarzy nr III w sprawie zasad podziału składki członkowskiej – Biuletyn Naczelnej Rady Lekarskiej, Rok 1, nr 3, s. 93, uchwała nr 15 III Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 14 grudnia 1993 r. w sprawie zasad podziału składki członkowskiej – (http://www.nil.org.pl/__data/assets/rtf_file/0006/8178/UCHWALA_Nr_15.rtf).

⁷⁹¹ Uchwała nr 17 VI Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 15 grudnia 2001 r. w sprawie podziału składki członkowskiej – (http://www.nil.org.pl/__data/assets/rtf_file/0016/8242/Uchwala_nr_17.rtf).

⁷⁹² Uchwała nr 6 Nadzwyczajnego VII Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia z dnia 20 września 2003 r.

Na podstawie art. 34 ust. 2 ustawy z dnia 17 maja 1989 r. o izbach lekarskich Naczelna Rada Lekarska wybierała ze swojego grona skarbnika, który był członkiem Prezydium NRL. Był on odpowiedzialny za przygotowywanie budżetu Naczelnej Izby Lekarskiej⁷⁹³, składanie półrocznych sprawozdań ze stanu wykonania budżetu⁷⁹⁴ i nadzorowanie terminowego przekazywania przez okręgowe izby lekarskie należnej części składki do Naczelnej Izby Lekarskiej⁷⁹⁵. Był również upoważniony do dysponowania środkami pieniężnymi gromadzonymi na rachunkach bankowych⁷⁹⁶. Skarbnik Naczelnej Rady Lekarskiej we wszystkich pięciu kadencjach był wspierany przez komisję problemową NRL właściwą ds. finansów (w I i II kadencji była to Komisja Finansowa, w kadencjach III – V – Finansowo – Budżetowa – zob. Rozdział III podrozdział 1.2), której zadaniem było opiniowanie projektu budżetu opracowanego przez skarbnika, opiniowanie sprawozdań z jego wykonania i opracowywanie ramowych założeń gospodarki finansowej samorządu na kolejny rok⁷⁹⁷.

W przypadku okręgowych izb lekarskich kompetencje w zakresie finansów zostały podzielone pomiędzy okręgowe zjazdy lekarskie i okręgowe rady lekarskie. Zgodnie z art. 23 pkt 2 ustawy z dnia 17 maja 1989 r. okręgowy zjazd lekarzy ustalał zasady gospodarki finansowej izby oraz uchwalał budżet izby zaś okręgowa rada lekarska odpowiadała za jego wykonanie, z czego przedkładała zjazdowi sprawozdanie (art. 25 pkt 3) oraz zarządzała majątkiem izby i prowadziła działalność gospodarczą (art. 25 pkt 1b).

Podobnie jak w przypadku NRL, okręgowe rady lekarskie także powoływały ze swoich składów skarbników, będących członkami prezydiów właściwych rad okręgowych (art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 17 maja 1989 r. o izbach lekarskich). Zgodnie

w sprawie podziału składki członkowskiej –

(http://www.nil.org.pl/__data/assets/rtf_file/0020/8264/Uchwala_Nr_6_7u.rtf).

⁷⁹³ § 7 uchwały Naczelnej Rady Lekarskiej nr 44/03/IV z dnia 24 lutego 2003 r. –

(http://www.nil.org.pl/__data/assets/rtf_file/0020/8831/ru044-03-IV.rtf).

⁷⁹⁴ § 13 ust. 2 uchwały Naczelnej Rady Lekarskiej nr 44/03/IV z dnia 24 lutego 2003 r. –

(http://www.nil.org.pl/__data/assets/rtf_file/0020/8831/ru044-03-IV.rtf), § 10 ust. 2 uchwały Naczelnej Rady Lekarskiej nr 49/91/I z dnia 27 września 1991 r. – Biuletyn Naczelnej Rady Lekarskiej, Rok 2, nr 5 (11), s. 273.

⁷⁹⁵ § 22 uchwały Naczelnej Rady Lekarskiej nr 44/03/IV z dnia 24 lutego 2003 r. –

(http://www.nil.org.pl/__data/assets/rtf_file/0020/8831/ru044-03-IV.rtf).

⁷⁹⁶ § 9 ust. 2 uchwały Naczelnej Rady Lekarskiej nr 49/91/I z dnia 27 września 1991 r. – Biuletyn Naczelnej Rady Lekarskiej, Rok 2, nr 5 (11), s. 272, § 12 ust. 2 pkt 1 22 uchwały Naczelnej Rady Lekarskiej nr 44/03/IV z dnia 24 lutego 2003 r. –

(http://www.nil.org.pl/__data/assets/rtf_file/0020/8831/ru044-03-IV.rtf).

⁷⁹⁷ § 10 ust. 2 uchwały Naczelnej Rady Lekarskiej nr 49/91/I z dnia 27 września 1991 r. – Biuletyn Naczelnej Rady Lekarskiej, Rok 2, nr 5 (11), s. 273, § 14 uchwały Naczelnej Rady Lekarskiej nr 44/03/IV z dnia 24 lutego 2003 r. – (http://www.nil.org.pl/__data/assets/rtf_file/0020/8831/ru044-03-IV.rtf).

z zapisami uchwał Naczelnej Rady Lekarskiej w sprawie w sprawie zasad gospodarki finansowej samorządu lekarzy (nr 49/91/I i nr 44/03/IV) skarbnicy okręgowych rad lekarskich pełnili analogiczne funkcje co Skarbnik NRL, podobnie jak komisje problemowe okręgowych rad lekarskich właściwych ds. finansów.

Podstawą majątku samorządu lekarskiego w latach 1989 – 2009 były składki członków. Ustalanie ich wysokości leżało w gestii Naczelnej Rady Lekarskiej. Do 1 stycznia 2000 r. wysokość miesięcznej składki dla lekarzy pozostających w stosunku pracy wynosiła 2% zasadniczego uposażenia w podstawowym miejscu pracy i 6% najniższego wynagrodzenia pracowników dla lekarzy wykonujących wyłącznie praktykę prywatną⁷⁹⁸. Z opłacania składek na rzecz izb lekarskich zwolnieni byli niepracujący lekarze emeryci, lekarki w czasie urlopów wychowawczych i lekarze w pierwszym roku po uzyskaniu dyplomu⁷⁹⁹. W 1993 r. do grona zwolnionych z obowiązku uiszczania składki na rzecz samorządu dołączono bezrobotnych lekarzy⁸⁰⁰. Na mocy uchwały Naczelnej Rady Lekarskiej nr 55/99/III z dnia 19 marca 1999 r. w sprawie wysokości składki członkowskiej od 1 stycznia 2000 r. lekarze uzyskujący przychody z tytułu wykonywania zawodu lub innych źródeł zarobkowania zobowiązani byli uiszczać miesięcznie składkę w wysokości 20 zł, zaś lekarze stażyści, zarobkujący emeryci i renciści w wysokości 10 zł⁸⁰¹. Uchwała ta zwalniała z płacenia składek niezarobkujących emerytów i rencistów, osoby przebywające na urlopach wychowawczych i bezrobotnych⁸⁰². Od 1 stycznia 2001 r. wysokość podstawowej składki wzrosła do 30 zł⁸⁰³, zaś od 1 października 2008 r. do 40 zł⁸⁰⁴, co miało związek z utworzeniem Ośrodka Doskonalenia Zawodowego Lekarzy, którego koszty funkcjonowania pokryły środki uzyskane z podniesionej składki⁸⁰⁵. Przychody jakie Naczelna Izba Lekarska notowała z tytułu składek członkowskich w okresie V kadencji

⁷⁹⁸ § 1 uchwały Naczelnej Rady Lekarskiej nr 2/89/I z dnia 18 grudnia 1989 r. – Biuletyn Naczelnej Rady Lekarskiej, Rok 1, nr 3, s. 106.

⁷⁹⁹ § 2 uchwały Naczelnej Rady Lekarskiej nr 2/89/I z dnia 18 grudnia 1989 r. – Biuletyn Naczelnej Rady Lekarskiej, Rok 1, nr 3, s. 106.

⁸⁰⁰ § 1 pkt 2 uchwały Naczelnej Rady Lekarskiej nr 85/93/I z dnia 5 marca 1993 r. – Biuletyn Naczelnej Rady Lekarskiej, Rok 4, nr 2 (20), s. 90.

⁸⁰¹ § 1 uchwały Naczelnej Rady Lekarskiej nr 55/99/III z dnia 19 marca 1999 r. – (http://www.nil.org.pl/__data/assets/pdf_file/0018/9612/Nrl3u00056.pdf).

⁸⁰² § 2 1 uchwały Naczelnej Rady Lekarskiej nr 55/99/III z dnia 19 marca 1999 r. – (http://www.nil.org.pl/__data/assets/pdf_file/0018/9612/Nrl3u00056.pdf).

⁸⁰³ Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 15/99/00/III z dnia 16 czerwca 2000r. – (http://www.nil.org.pl/__data/assets/pdf_file/0007/9655/Nrl3u00117.pdf)

⁸⁰⁴ Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 8/08/V z dnia 4 kwietnia 2008 r. - (http://www.nil.org.pl/__data/assets/pdf_file/0014/4046/ru0008-08-V.pdf).

⁸⁰⁵ Sprawozdanie kadencyjne Naczelnej Rady Lekarskiej za lata 2006-2010, w: Sprawozdania organów Naczelnej Izby Lekarskiej oraz komisji i zespołów problemowych Naczelnej Rady Lekarskiej V kadencji 2006-2010, Projekty uchwał X Krajowego Zjazdu Lekarzy, Warszawa 2010, cz. I, s. 28.

przekraczały 7 mln zł rocznie⁸⁰⁶. Z kolei Wielkopolska Izba Lekarska w okresie V kadencji co roku pozyskiwała z tego źródła ponad 3 mln zł⁸⁰⁷.

W omawianym okresie działania samorządu lekarskiego występowały problemy w przekazywaniu przez okręgowe izby lekarskie właściwej części składek ich członków do Naczelnej Izby Lekarskiej. Do czasu uruchomienia Centralnego Rejestru Lekarzy NIL nie mogła ustalić dokładnej kwoty należnej z poszczególnych izb okręgowych. Jednocześnie izby okręgowe, które realizowały większe inwestycje, nie przekazywały terminowo do Naczelnej Izby Lekarskiej należnych jej kwot⁸⁰⁸ - m. in. Wielkopolska Izba Lekarska w 2005 r. wpłacała swoje zobowiązania z opóźnieniem⁸⁰⁹. Skutkowało to podejmowaniem przez Naczelną Radę Lekarską uchwał wskazujących: terminy, w których należało przekazywać należną NIL część składek i konsekwencje zaniechań tych działań z postępowaniem sądowym włącznie⁸¹⁰.

Drugim ważnym źródłem przychodu samorządu lekarskiego w latach 1989 – 2009 były pochodzące z budżetu państwa środki finansowe na pokrycie kosztów tych czynności określonych w ustawie, które dotychczas były wykonywane przez organy administracji państwowej tj. prowadzenie rejestru lekarzy oraz prowadzenie postępowań w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy, przekazywana na mocy art. 60 ustawy z dnia 17 maja 1989 r. o izbach lekarskich. Przez wszystkie pięć kadencji organów samorządu lekarskiego w latach 1989 - 2009 izba lekarska miała problemy w uzyskaniu refundacji kosztów czynności przejętych od administracji państwowej. Ministerstwo Zdrowia, które zobowiązane było do regulowania tych należności nie pokrywało całości wydatków izb lekarskich na te zadania. Od III kadencji organów samorządu lekarskiego refundacja ta przybrała charakter dotacji, która wynosiła ok. 350 tys. zł, co nie pokrywało nawet połowy kosztów⁸¹¹. Takie

⁸⁰⁶ Ibidem, s. 28.

⁸⁰⁷ Sprawozdanie Skarbnika WIL za okres V kadencji (12/2005 – 11/2009) – Archiwum WIL.

⁸⁰⁸ Sprawozdanie kadencyjne Naczelnej Rady Lekarskiej za lata 1997-2001, w: Sprawozdania organów Naczelnej Izby Lekarskiej oraz komisji problemowych Naczelnej Izby Lekarskiej za okres 1998 – 2001r., Projekty uchwał VI Krajowego Zjazdu Lekarzy oraz materiały pomocnicze, Tom I, s. 95.

⁸⁰⁹ Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 112/05/IV z dnia 16 września 2005 r. – (http://www.nil.org.pl/__data/assets/rtf_file/0004/8905/ru112-05-IV.rtf).

⁸¹⁰ Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 5/89/00/III z dnia 19 lutego 2000 r. – (http://www.nil.org.pl/__data/assets/pdf_file/0004/9643/Nr13u00105.pdf), Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 35/02/IV z dnia 8 listopada 2002 r. – (http://www.nil.org.pl/__data/assets/rtf_file/0020/8822/ru035-02-IV.rtf).

⁸¹¹ Sprawozdanie kadencyjne Naczelnej Rady Lekarskiej za lata 1997-2001, w: Sprawozdania organów Naczelnej Izby Lekarskiej oraz komisji problemowych Naczelnej Izby Lekarskiej za okres 1998 – 2001r., Projekty uchwał VI Krajowego Zjazdu Lekarzy oraz materiały pomocnicze, Tom I, s. 96-97, Sprawozdanie Naczelnej Rady Lekarskiej 2001 – 2005, w: Sprawozdania organów Naczelnej Izby Lekarskiej oraz komisji i zespołów problemowych Naczelnej Rady Lekarskiej IV kadencji 2001 – 2005,

postępowanie Ministra Zdrowia skłoniło Naczelną Radę Lekarską do powołania w okresie IV i V kadencji organów samorządu specjalnych zespołów: d.s. sposobu obliczania kosztów wykonywania czynności przejętych od państwa⁸¹² i d.s. opracowania metod jednolitego ustalania kosztów czynności przejętych od organów administracji państwowej przez Naczelną Izbę Lekarską oraz okręgowe izby lekarskie⁸¹³, efektem działania których było oszacowanie faktycznych kosztów tych działań, które posłużyły do dochodzenia należnej refundacji od Ministra Zdrowia przed sądem⁸¹⁴.

W ramach działalności statutowej okręgowe izby lekarskie czerpały również przychody z opłat za wpis do rejestru praktyk lekarskich, za opinie Komisji Bioetycznej działającej na podstawie Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 11 maja 1999 r. w sprawie szczegółowych zasad powoływania i finansowania oraz trybu działania komisji bioetycznych (Dz. U. 1999 r., nr 47, poz. 480), za szkolenia lekarzy stażystów i, w przypadku Wielkopolskiej Izby Lekarskiej, za wydawanie certyfikatów gabinetom prywatnym⁸¹⁵.

Innym źródłem przychodów samorządu lekarskiego była działalność gospodarcza. W przypadku Naczelnej Izby Lekarskiej było to wpływy uzyskiwane za reklamy zamieszczane w Gazecie Lekarskiej – w 1993 r. wynosiły one, w przeliczeniu na nowe złote, ponad 1 mln zł⁸¹⁶ a w 2008 ponad 4,5 mln zł⁸¹⁷. Pomimo dość znaczących wpływów wydawanie Gazety Lekarskiej było przedsięwzięciem deficytowym. Naczelna Izba Lekarska uzyskiwała również przychody z lokat

Projekty uchwał VIII Krajowego Zjazdu Lekarzy, Warszawa 2005, cz. I, s. 25, Sprawozdanie kadencyjne Naczelnej Rady Lekarskiej za lata 2006-2010, w: Sprawozdania organów Naczelnej Izby Lekarskiej oraz komisji i zespołów problemowych Naczelnej Rady Lekarskiej V kadencji 2006-2010, Projekty uchwał X Krajowego Zjazdu Lekarzy, Warszawa 2010, cz. I, s. 28, Sprawozdanie Naczelnej Komisji Rewizyjnej 2006-2010, w: Sprawozdania organów Naczelnej Izby Lekarskiej oraz komisji i zespołów problemowych Naczelnej Rady Lekarskiej V kadencji 2006-2010, Projekty uchwał X Krajowego Zjazdu Lekarzy, Warszawa 2010, cz. I, s. 65-69.

⁸¹² Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 75/04/IV z dnia 27 lutego 2004 r. (<http://www.nil.org.pl/doc/1293/ru075-04-IV.rtf>).

⁸¹³ Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 3/06/V z dnia 21 stycznia 2006 r. (<http://www.nil.org.pl/doc/1335/ru0003-06-V.rtf>).

⁸¹⁴ Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 21/07/V z dnia 26 października 2007 r. – (http://www.nil.org.pl/__data/assets/pdf_file/0010/4033/ru0021-07-V.pdf).

⁸¹⁵ Sprawozdanie Finansowe Wielkopolskiej Izby Lekarskiej za okres sprawozdawczy 2005 – Archiwum WIL.

⁸¹⁶ Sprawozdanie Skarbnika Naczelnej Izby Lekarskiej, w: Materiały Zjazdowe III Krajowego Zjazdu Lekarzy, cz. I, s. 251.

⁸¹⁷ Sprawozdanie kadencyjne Naczelnej Rady Lekarskiej za lata 2006-2010, w: Sprawozdania organów Naczelnej Izby Lekarskiej oraz komisji i zespołów problemowych Naczelnej Rady Lekarskiej V kadencji 2006-2010, Projekty uchwał X Krajowego Zjazdu Lekarzy, Warszawa 2010, cz. I, s. 28.

bankowych i udostępniania pokoi gościnnych w siedzibie Naczelnej Izby Lekarskiej, które stanowiły ułamek wpływów do kasy NIL⁸¹⁸.

Działaczom samorządu lekarskiego od początku jego istnienia przyświecała idea powołania Banku Lekarskiego i Kas Pomocy Koleżeńskiej⁸¹⁹. Przez pierwsze trzy kadencje próby utworzenia takiej instytucji nie powiodły się. Rozpoczynający IV kadencję organów samorządu VI Krajowy Zjazd Lekarzy zobowiązał Naczelną Radę Lekarską do podjęcia inicjatywy w sprawie utworzenia Spółdzielczej Kasy Oszczędnościowo-Kredytowej (SKOK)⁸²⁰. SKOK Izb Lekarskich powstał w 2002 r., lecz działalność operacyjna rozpoczęła się dopiero w 2004 r.⁸²¹. Ze względu na niewielkie zainteresowanie lekarzy tym przedsięwzięciem w 2008 r. SKOK Izb Lekarskich został przejęty przez SKOK w Wołominie⁸²².

Niepowodzeniem zakończyła się również próba działalności Naczelnej Izby Lekarskiej na rynku ubezpieczeń lekarzy od odpowiedzialności cywilnej. Przejęta w 2006 r. przez NIL i 9 okręgowych izb lekarskich, spółka „Medbroker”, mająca pośredniczyć w sprzedaży polis od odpowiedzialności cywilnej w związku z wykonywaniem zawodu lekarza, nie była w stanie objąć swoim zasięgiem znacznej części środowiska lekarskiego, co wraz z problemami w zarządzaniu i koniecznością wspierania jej finansowo sprawiło, że w 2008 r. do spółki wszedł inwestor strategiczny (spółka April OGB), który przejął większość jej udziałów⁸²³.

Wielkopolska Izba Lekarska również prowadziła działalność gospodarczą lecz zdecydowanie na mniejszą skalę – czerpała dochody z wynajmu pomieszczeń w nieruchomościach WIL i sprzedaży reklam w Biuletynie Wielkopolskiej Izby Lekarskiej⁸²⁴.

⁸¹⁸ Ibidem, s. 28.

⁸¹⁹ Uchwała I Krajowego Zjazdu Lekarzy nr IX w sprawie utworzenia Banku Lekarskiego i kas pomocy koleżeńskiej – Biuletyn Naczelnej Rady Lekarskiej, Rok 1, nr 3, s. 95.

⁸²⁰ Uchwała nr 16 VI Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 14 grudnia 2001 r. w sprawie utworzenia Spółdzielczej Kasy Oszczędnościowo-Kredytowej – (http://www.nil.org.pl/_data/assets/rtf_file/0015/8241/Uchwała_nr_16.rtf).

⁸²¹ Bezpieczny i dynamiczny. Rozmowa z Mariuszem Smolichą, prezesem SKOK IL, *Medicus. Miesięcznik Lubelskiej Izby Lekarskiej*, nr 11, 2004 r. – (http://www.medicus.lublin.pl/2004/11/12_skok.htm).

⁸²² <http://www.skok.wolomin.pl/Aktualnosc/21>.

⁸²³ Sprawozdanie kadencyjne Naczelnej Rady Lekarskiej za lata 2006-2010, w: Sprawozdania organów Naczelnej Izby Lekarskiej oraz komisji i zespołów problemowych Naczelnej Rady Lekarskiej V kadencji 2006-2010, Projekty uchwał X Krajowego Zjazdu Lekarzy, Warszawa 2010, cz. I, s. 30, Sprawozdanie Naczelnej Komisji Rewizyjnej 2006-2010, w: Sprawozdania organów Naczelnej Izby Lekarskiej oraz komisji i zespołów problemowych Naczelnej Rady Lekarskiej V kadencji 2006-2010, Projekty uchwał X Krajowego Zjazdu Lekarzy, Warszawa 2010, cz. I, s. 61-63.

⁸²⁴ Uchwała nr 10/2008 XXVIII Okręgowego Zjazdu Lekarzy Wielkopolskiej Izby Lekarskiej z dnia 31 maja 2008 r. w sprawie budżetu Wielkopolskiej Izby Lekarskiej na 2008 r. – Archiwum WIL.

Zarządzanie majątkiem i działalnością gospodarczą izb lekarskich w latach 1989 – 2009 w przypadku Naczelnej i Wielkopolskiej Izby Lekarskiej należy ocenić pozytywnie. Pomimo braku pełnej refundacji kosztów działania izb lekarskich w zakresie prowadzenia rejestru lekarzy i prowadzenia postępowań w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy przez Ministerstwo Zdrowia, a także sporego wysiłku inwestycyjnego w związku z zakupem siedzib i tworzeniem systemów informatycznych dla obsługi rejestrów prowadzonych przez izby lekarskie, udawało się zarówno Wielkopolskiej i Naczelnej Izbie Lekarskiej utrzymywać dodatni wynik finansowy bez uszczerbku dla prowadzenia działań statutowych⁸²⁵. Jedyne zastrzeżenie jakie można poczynić to zwrócenie uwagi na straconą szansę na potencjalne korzyści wynikające z stworzenia ogólnopolskiego systemu ubezpieczeń OC dla lekarzy, w którym samorząd lekarski mógłby odgrywać rolę pośrednika między firmami ubezpieczeniowymi a członkami korporacji. Zwarzywszy na fakt, że w 2009 r. stan lekarski liczył w Polsce ponad 120 tys. osób wykonujących zawód, zyski z takiej działalności mogłyby być bardzo istotnym punktem po stronie przychodów w budżecie samorządu, co pozwoliłoby izbom lekarskim pobierać niższe składki od swoich członków i przeznaczać większe środki na kształcenie podyplomowe lekarzy i lekarzy dentystów na czym skorzystałoby również pacjenci.

⁸²⁵ Sprawozdanie kadencyjne Naczelnej Rady Lekarskiej za lata 2006-2010, w: Sprawozdania organów Naczelnej Izby Lekarskiej oraz komisji i zespołów problemowych Naczelnej Rady Lekarskiej V kadencji 2006-2010, Projekty uchwał X Krajowego Zjazdu Lekarzy, Warszawa 2010, cz. I, s. 28, Sprawozdanie Skarbnika WIL za okres V kadencji (12/2005 – 11/2009) – Archiwum WIL.

Dyskusja i wnioski

W istniejącej literaturze naukowej poświęconej samorządowi lekarskiemu brak jest prac poświęconych ocenie funkcjonowania izb lekarskich w latach 1989 – 2009. Do dnia dzisiejszego powstały jedynie dwie prace, które prezentują opinie członków dwóch izb okręgowych: OIL w Łodzi i WIL, na temat korporacji lekarskiej. Są to: „Lekarze o Izbie Lekarskiej i Kodeksie Etyki Lekarskiej” autorstwa Jerzego Koniarka wydana w Łodzi w 1993 r. i „Wielkopolska Izba Lekarska i warunki pracy w opiniach lekarzy” pod redakcją Jerzego T. Marcinkowskiego, która ukazała się w Poznaniu w 1999 r. Problemy badawcze jakie postawili sobie autorzy tych prac były odmienne od problemów postawionych na wstępie niniejszej rozprawy, jednak część odpowiedzi na pytania zadane badanym lekarzom odnosi się także do nich.

Pytaniem, które najlepiej obrazowało stopień akceptacji sposobu działania samorządu lekarskiego przez jego członków było pytanie o sens istnienia izb lekarskich w kształcie przewidzianym ustawą z dnia 17 maja 1989 r. o izbach lekarskich. Pytanie to padło zarówno w badaniach z 1993 r. jaki i z 1999 r. Pod koniec I kadencji organów izb lekarskich blisko 70% badanych członków OIL w Łodzi było za istnieniem izb lekarskich⁸²⁶. Sześć lat później, w połowie III kadencji, odsetek wielkopolskich lekarzy, niebędących delegatami na Okręgowy Zjazd Lekarzy WIL, popierających istnienie samorządu był niższy – wynosił 58%, co, zdaniem autorów badania: Jerzego T. Marcinkowskiego i Jarosława Skommera, mogło wiązać się z rozpoczynającą się reformą systemu ochrony zdrowia, którą lekarze oceniali negatywnie i w swoich odpowiedziach na temat samorządu mogli dać temu wyraz⁸²⁷. Niemniej wyniki te pozwalają stwierdzić, że zdecydowana większość lekarzy pozytywnie oceniało zarówno strukturę organizacyjną izb lekarskich jak i ich działalność. Na podstawie własnych badań autor również doszedł do pozytywnej oceny struktury i funkcjonowania samorządu lekarskiego w Polsce w latach 1989 – 2009. Sposób organizacji izb lekarskich był efektywny i zapewniał reprezentację w nich obu zawodów skupionych w izbach lekarskich. Z kolei podział terytorialny okręgowych izb lekarskich zgodny był z ambicjami i potrzebami lokalnych środowisk lekarskich. Izby lekarskie z większości zadań postawionych przed nimi w ustawie z dnia 17 maja 1989 r. o izbach lekarskich wywiązały się dobrze.

⁸²⁶ J. Koniarek, *Lekarze o izbie...*, op. cit., s. 14.

⁸²⁷ *Wielkopolska Izba Lekarska i warunki pracy w opiniach lekarzy*, red. J. T. Marcinkowski, Poznań, 1999, s. 30.

Jeżeli chodzi o mankamenty w działaniu samorządu lekarskiego w latach 1989 – 2009 w Polsce badania przeprowadzone na członkach Wielkopolskiej Izby Lekarskiej i Okręgowej Izby Lekarskiej w Łodzi wskazują na ten sam problem, który wyłania się z analiz dokonanych przez autora niniejszej dysertacji. Problemem tym był niski stopień zainteresowania samych lekarzy działaniami samorządu i niechęć do aktywnego udziału w jego pracach. Według badań J. T. Marcinkowskiego i J. Skommerera blisko 60% badanych lekarzy niebędących delegatami na Okręgowy Zjazd Lekarzy WIL nie interesowało się działalnością WIL w ogóle lub interesowało się nią okazjonalnie⁸²⁸. Z kolei w badaniach J. Koniarka jedynie 30% badanych lekarzy było zainteresowanych działalnością swojej izby okręgowej⁸²⁹. Jeszcze mniej, bo ok. 28% respondentów była gotowa być kandydatem do organów OIL w Łodzi w wyborach w 1993 r.⁸³⁰. Właśnie to niskie zainteresowanie sprawami samorządu przekładało się na decyzje lekarzy o niekorzystaniu zarówno z biernego jak i czynnego prawa wyborczego w wyborach organów izb lekarskich, co z kolei skutkowało koniecznością wielokrotnego modyfikowania regulaminu wyborczego przez Naczelną Radę Lekarską w celu obniżenia wymogów frekwencyjnych koniecznych dla uznania wyborów za ważne.

Analizując dokonania Naczelnej Izby Lekarskiej i Wielkopolskiej Izby Lekarskiej można stwierdzić, że samorząd lekarski w Polsce w latach 1989 – 2009 dobrze realizował swoje zadania wynikające z ustawy z dnia 17 maja 1989 r. o izbach lekarskich. Jednak badając stopień realizacji poszczególnych obowiązków korporacji lekarskiej wyszczególnionych w art. 4 ust. 1 ustawy z dnia 17 maja 1989 r. o izbach lekarskich, w przypadku niektórych można dopatrzeć się pewnych mankamentów.

1. Sprawowanie pieczy i nadzoru nad należyтым i sumiennym wykonywaniem zawodu lekarza przez izby lekarskie

Poprzez przyznawanie prawa wykonywania zawodu lekarza i lekarza dentystry oraz sprawne prowadzenie rejestrów: lekarzy, felczerów, lekarzy ukaranych i praktyk lekarskich, a także organizację i nadzór nad doskonaleniem zawodowym swoich członków, orzekanie w przedmiocie niezdolności lekarza do wykonywania zawodu oraz prowadzenie postępowań w przedmiocie

⁸²⁸ Ibidem, s. 31.

⁸²⁹ J. Koniarek, *Lekarze o izbie...*, op. cit., s. 30.

⁸³⁰ Ibidem, s. 44.

odpowiedzialności zawodowej lekarzy izby lekarskie skutecznie sprawowały pieczę i nadzór nad należyтым i sumiennym wykonywaniem zawodu przez swoich członków, co było zadaniem wykonywanym w imieniu państwa. Warto w tym miejscu jeszcze raz przypomnieć, że większość kosztów finansowych związanych z realizacją tego zadania ponosił sam samorząd, pomimo zapisu ustawy o pełnej refundacji kosztów tych działań przez państwo.

2. Ustanawianie obowiązujących wszystkich lekarzy zasad etyki i deontologii zawodowej oraz dbałości o ich przestrzeganie przez izby lekarskie

W ocenie autora sposób uchwalenia Kodeksu Etyki Lekarskiej oraz praktyka jego stosowania w latach 1991 – 2009 budzi pewne zastrzeżenia. Przyjęcie przez Nadzwyczajny II Krajowy Zjazd Lekarzy Kodeksu zawierającego zapisy dotyczące prokreacji o wyraźnej orientacji światopoglądowej w ocenie autora było niedopuszczalne i przyczyniło się do czasowej dezintegracji środowiska lekarskiego. Podobnie interpretacja zapisów art. 52 KEL przez sądy lekarskie, w sposób uniemożliwiający uzasadnioną krytykę jednego lekarza przez drugiego, było błędem.

3. Reprezentowanie i ochrona zawodu lekarza przez izby lekarskie

Samorząd lekarskich w latach 1989 – 2009 realizował to zadanie poprzez: udział jego przedstawicieli w procesie legislacyjnym oraz w radach naukowych, komisjach egzaminacyjnych i konkursowych, reprezentowanie swoich członków w negocjacjach z Kasami Chorych i Narodowym Funduszem Zdrowia i udzielanie pomocy lekarzom w postępowaniach sądowych. Wykonywanie tego obowiązku obejmowało również działania izb lekarskich w zakresie ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej lekarzy w związku z wykonywaniem zawodu, prezentowanie poglądów środowiska lekarskiego opinii publicznej za pośrednictwem mediów, udział izb lekarskich w protestach i strajkach lekarzy i reprezentowanie polskiego środowiska medycznego za granicą.

Niestety w badanym okresie samorząd lekarski miał problemy ze skutecznym reprezentowaniem swoich członków. Izby lekarskie nie były w stanie przekonać władz państwowych do swoich postulatów, zarówno w drodze opiniowania aktów prawnych, jak i akcji protestacyjnych. W połączeniu z nieskutecznymi działaniami izb lekarskich w zakresie ubezpieczeń lekarzy od

odpowiedzialności cywilnej rzutuje na negatywną ocenę działalności korporacji lekarskiej w tym zakresie.

4. Integrowanie środowiska lekarskiego

W latach 1989 – 2009 izby lekarskie skutecznie działały na rzecz integracji swoich członków, reprezentujących dwa odmienne zawody. Integracja ta odbywała się nie tylko na polu zawodowym ale także poprzez organizację wielu imprez kulturalnych i sportowych. Na pozytywną ocenę zasługuje również fakt podejmowania przez samorząd lekarski działań na włączanie w życie społeczności lekarskiej polskich medyków żyjących i pracujących poza granicami kraju.

5. Zajmowanie stanowiska w sprawach stanu zdrowotności społeczeństwa, polityki zdrowotnej państwa oraz organizacji ochrony zdrowia

Samorząd lekarski w latach 1989 – 2009 wielokrotnie wypowiadał się na temat wyżej wymienionych kwestii. Wynikało to w szczególności z prowadzonych w tamtym czasie reform systemu opieki zdrowotnej w Polsce. Niestety aktywność izb lekarskich w tym zakresie nie przekładała się na realizację zgłaszanych przez samorząd postulatów, o czym mowa w pkt. 3.

6. Współpraca z towarzystwami naukowymi, szkołami wyższymi i jednostkami badawczo-rozwojowymi w kraju i za granicą

Realizacja tego zadania spoczywała głównie na okręgowych izbach lekarskich. W latach 1989 – 2009 Wielkopolska Izba Lekarska nie nawiązała bliższej współpracy z poznańską uczelnią medyczną, co można potraktować jako niewykorzystaną szansę na, korzystne dla obu stron, działania w zakresie kształcenia podyplomowego członków WIL. Autor nie ma informacji na temat analogicznych przedsięwzięć innych izb okręgowych dlatego wnioski dotyczące WIL nie mogą być uogólnione na cały samorząd lekarski. Współpracę izb lekarskich z towarzystwami medycznymi także należy ocenić jako zbyt skromną.

7. Prowadzenie instytucji samopomocowych i innych form pomocy materialnej dla lekarzy i ich rodzin

Zadanie to, w latach 1989 – 2009, samorząd lekarski realizował przede wszystkim na szczeblu okręgowym. Wielkopolska Izba Lekarska, w omawianym okresie, stworzyła system zapomóg adresowanych do wdów i sierot po lekarzach oraz do swoich członków w trudnej sytuacji życiowej, na

finansowanie którego przeznaczają znaczące środki. Działanie tego systemu, w połączeniu z organizowaniem konsultacji lekarskich dla lekarzy-emerytów oraz zwyczajem niepobierania opłat za porady lekarskie od lekarzy i członków ich rodzin, zapisanym w Kodeksie Etyki Lekarskiej, skłania autora do pozytywnej oceny tej sfery działalności korporacji lekarskiej.

8. Zarządzanie majątkiem i działalnością gospodarczą izb lekarskich

Zarówno Naczelna Izba Lekarska, jak i Wielkopolska Izba Lekarska dobrze zarządzały swoim majątkiem. Pomimo braku pełnej refundacji kosztów realizacji zadań zleconych przez administrację państwową i znacznych inwestycji samorząd lekarski osiągał dodatni wynik finansowy. W zakresie prowadzenia działalności gospodarczej zwraca uwagę fakt niewykorzystania przez samorząd lekarski szansy jaką mogło być zorganizowanie systemu ubezpieczenia lekarzy od odpowiedzialności cywilnej w związku z wykonywaniem zawodu, w którym samorząd mógłby odgrywać rolę pośrednika między lekarzami a towarzystwami ubezpieczeniowymi, co mogłoby przynieść korporacji lekarskiej znaczące dochody.

Jednak najistotniejszą kwestią, która rysuje się po analizie funkcjonowania samorządu lekarskiego w latach 1989 – 2009, wydaje się być brak zainteresowania lekarzy działaniami izb lekarskich, co najlepiej oddaje niska frekwencja w wyborach do organów samorządu. Przyczyny tego stanu rzeczy mogły być różne: duże zaangażowanie w obowiązki zawodowe lekarzy czy archaiczny system wyborów oparty o zebrania wyborcze. Jednak w opinii autora poświęcenie jednego dnia raz na 4 lata na odbycie zebrania wyborczego nie jest rzeczą niemożliwą nawet dla bardzo zajętego lekarza.

W latach 1989 – 2009 jedyną odpowiedzią izb lekarskich na problem malejącej frekwencji było obniżanie wymogów uznawania wyborów do organów izb lekarskich za ważne. Autor analizując dokumenty samorządu lekarskiego z tego okresu nie odnalazł żadnych śladów działań mających zachęcić lekarzy do udziału w życiu samorządu. Niepodejmowanie tego typu akcji narażało samorząd na zarzut o bycie jedynie formalną reprezentacją polskich lekarzy.

W ocenie autora działania na rzecz zwiększenia zainteresowania lekarzy swoją korporacją wydają się być jednym z najważniejszych zadań dla organów izb lekarskich VI i kolejnych kadencji.

Bibliografia

I. Materiały Źródłowe

A) Akty prawne

1. Dekret o organizacji samorządu zawodowego lekarskiego, lekarsko-dentystycznego i aptekarskiego (Dz. U. 1946 r., nr 64, poz. 354)
2. Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady 2003/88/WE z dnia 4 listopada 2003 r. dotyczącej niektórych aspektów organizacji czasu pracy (Dz. Urz. UE L 299 z 18.11.2003, str. 9)
3. Dyrektywa Rady 78/686/EWG z dnia 25 lipca 1978 r. dotyczącej wzajemnego uznawania dyplomów, świadectw i innych dokumentów potwierdzających posiadanie kwalifikacji osób wykonujących zawód lekarza dentysty, łącznie ze środkami mającymi na celu ułatwienie skutecznego wykonywania prawa przedsiębiorczości i swobody świadczenia usług (Dz. Urz. WE L 233 z 24.08.1978, z późn. zm.)
4. Dyrektywa Rady 93/16/EWG z dnia 5 kwietnia 1993 r. mającej na celu ułatwienie swobodnego przepływu lekarzy i wzajemnego uznawania ich dyplomów, świadectw i innych dokumentów potwierdzających posiadanie kwalifikacji (Dz. Urz. WE L 165 z 07.07.1993, z późn. zm.)
5. Kodeks karnego (Dz. U. 1997 r., nr 88, poz. 553 z późn. zm.)
6. Kodeks postępowania karnego (Dz. U. 1997 r., nr 89, poz. 555 z późn. zm.)
7. Konwencja o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności (Dz. U. 1993 r., nr 61, poz. 284 ze zm.)
8. Rozporządzenia Ministra Opieki Społecznej z dnia 26 lipca 1934 r. o ustanowieniu śląskiej okręgowej izby lekarskiej (Dz. U. 1934 r., nr 70, poz. 678)
9. Rozporządzenia Ministra Opieki Społecznej z dnia 30 kwietnia 1938 r. o ordynacji wyborczej do rad okręgowych izb lekarsko-dentystycznych (Dz. U. 1938 r., nr 34 poz. 295)
10. Rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych z dnia 20 grudnia 1925 r. w sprawie utworzenia izby lekarskiej wileńsko-nowogródzkiej (Dz. U. 1925 r., nr 129, poz. 931)
11. Rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 2 września 1991 r. w sprawie postępowania dotyczącego pozbawiania prawa wykonywania zawodu

- lekarza z powodu niezdolności do jego wykonywania (Dz. U. 1991 r., nr 83, poz. 379)
12. Rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 5 marca 1992 r. w sprawie rodzaju stanowisk w publicznych zakładach opieki zdrowotnej, których obsadzanie następuje w drodze konkursu, oraz trybu przeprowadzania konkursu (tekst pierwotny: Dz. U. 1992 r., nr 22, poz. 96, tekst jednolity: Dz. U. 1996 r., nr 41, poz. 180)
 13. Rozporządzenia Ministra Zdrowia Publicznego z dnia 17 czerwca 1922 r. w przedmiocie likwidacji Izb Lekarskich we Lwowie i Krakowie (Dz. U. 1922 r., nr 51, poz. 463)
 14. Rozporządzenia Ministra Zdrowia Publicznego z dnia 25 lipca 1922 r. o pierwszych wyborach do rad izb lekarskich (Dz. U. 1922 nr 70 poz. 628)
 15. Rozporządzenia Ministra Zdrowia Publicznego z dnia 9 grudnia 1922 r. w przedmiocie wprowadzenia głosowania na listy i proporcjonalności przy pierwszych wyborach do Rady Izby Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej (Dz. U. 1922 nr 116 poz. 1061)
 16. Rozporządzenie Ministra Opieki Społecznej z 7 kwietnia 1936 r. (Dz. U. RP Nr 29, poz. 239)
 17. Rozporządzenie Ministra Opieki Społecznej z dnia 15 czerwca 1939 r. o ustanowieniu okręgowych izb lekarskich: poznańskiej i pomorskiej (Dz. U. 1939 nr 55 poz. 352)
 18. Rozporządzenie Ministra Opieki Społecznej z dnia 16 stycznia 1939 r. o stosowaniu leków przez lekarzy-dentystów (Dz. U. 1939 r., nr 7, poz. 41)
 19. Rozporządzenie Ministra Opieki Społecznej z dnia 30 kwietnia 1938 r. o ustanowieniu okręgowych izb lekarsko – dentystycznych (Dz. U. 1934 r., nr 34, poz. 296)
 20. Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 2 października 1990 r. w sprawie zasad i trybu powoływania oraz przeprowadzania konkursu na niektóre stanowiska w zakładach społecznych służby zdrowia (Dz. U. 1990 r., nr 70, poz. 416)
 21. Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 24 maja 1999 r. w sprawie stażu podyplomowego lekarza, lekarza stomatologa (Dz. U. 1999 r., nr 54, poz. 571).

22. Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 2 września 1991 r. w sprawie postępowania dotyczącego pozbawiania prawa wykonywania zawodu lekarza z powodu niezdolności do jego wykonywania (Dz. U. 1991 r., nr 83, poz. 379)
23. Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 11 maja 1999 r. w sprawie trybu powoływania i organizacji komisji orzekającej w przedmiocie niezdolności lekarza do wykonywania zawodu albo ograniczenia w wykonywaniu ściśle określonych czynności medycznych oraz trybu orzekania o niezdolności do wykonywania zawodu lekarza (Dz. U. 1999 r., nr 47, poz. 479)
24. Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 19 sierpnia 1998 r. w sprawie szczegółowych zasad przeprowadzania konkursu na niektóre stanowiska kierownicze w publicznych zakładach opieki zdrowotnej, składu komisji konkursowej oraz ramowego regulaminu przeprowadzania konkursu (Dz. U. 1998 r., nr 115, poz. 749)
25. Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 23 kwietnia 1998 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym urządzenia i pomieszczenia, w których można wykonywać indywidualną praktykę lekarską i indywidualną specjalistyczną praktykę lekarską (Dz. U. 1998 r., nr 58, poz. 372)
26. Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki społecznej z dnia 25 marca 1999 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy stomatologów (Dz. U. 1999 r., nr 31, poz. 302)
27. Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 26 września 1990 r. w sprawie postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy (Dz. U. 1990 nr 69 poz. 406)
28. Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 27 kwietnia 1990 r. w sprawie trybu postępowania w sprawach stwierdzania prawa wykonywania zawodu lekarza i prowadzenia rejestru lekarzy (Dz. U. 1990 r. nr 32 poz. 194)
29. Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 5 marca 1992 r. w sprawie rodzaju stanowisk w publicznych zakładach opieki zdrowotnej, których obsadzanie następuje w drodze konkursu, oraz trybu przeprowadzania konkursu (tekst pierwotny: Dz. U. 1992 r., nr 22, poz. 96, tekst jednolity: Dz. U. 1996 r., nr 41, poz. 180)

30. Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 5 marca 1992 r. w sprawie rodzaju stanowisk w publicznych zakładach opieki zdrowotnej, których obsadzanie następuje w drodze konkursu oraz trybu przeprowadzania konkursu (Dz. U. 1992 r., nr 22, poz. 96)
31. Rozporządzenie Ministra Zdrowia Publicznego z dnia 22 września 1922 r. w przedmiocie zmiany rozporządzenia o utworzeniu izb lekarskich (Dz. U. 1922 nr 85 poz. 767)
32. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 marca 2000 r. w sprawie szczegółowych zasad i trybu postępowania w sprawach wydawania zezwoleń i wpisu do rejestru indywidualnych praktyk lekarskich, indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich i grupowych praktyk lekarskich oraz ustalenia danych objętych wpisem i sposobu prowadzenia rejestrów (Dz. U. 2000 r., nr 30, poz. 378)
33. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 11 maja 1999 r. w sprawie szczegółowych zasad powoływania i finansowania oraz trybu działania komisji bioetycznych (Dz. U. 1999 r., nr 47, poz. 480)
34. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 15 marca 1922 r. w przedmiocie utworzenia izb lekarskich (Dz. U. 1922 nr 41 poz. 353)
35. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 marca 2007 r. w sprawie szczegółowego trybu postępowania w sprawach wpisu do rejestrów indywidualnych praktyk lekarskich, indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich i grupowych praktyk lekarskich (Dz. U. 2007 r., nr 60, poz. 409)
36. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2005 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentyków (Dz. U. 2005 r., nr 213, poz. 1779)
37. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 1946 r. o utworzeniu okręgowych izb lekarskich (Dz. U. 1947r., nr 3, poz.14)
38. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 marca 2004 r. w sprawie stażu podyplomowego lekarza i lekarza stomatologa (Dz. U. 2004 r., nr 57, poz. 553).
39. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 5 grudnia 2006 r. w sprawie rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe lekarzy i lekarzy dentyków (Dz. U. 2006 r., nr 239, poz. 1739)
40. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2004 r. w sprawie sposobów dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentyków (Dz. U. 2004 r., nr 231, poz. 2326)

41. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 sierpnia 2001 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy stomatologów (Dz. U. 2001 r., nr 83, poz. 905), § 33 ust. 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2005 w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystów (Dz. U. 2005 r., nr 213, poz. 1779)
42. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 sierpnia 2001 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy stomatologów (Dz. U. 2001 r., nr 83, poz. 905)
43. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia z dnia 20 października 2005 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystów (Dz. U. 2005 r., nr 213, poz. 1779)
44. Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (tekst pierwotny: Dz. U. 1991 r. Nr 91 poz. 408, tekst jednolity: Dz. U. 2007 r. Nr 14 poz. 89).
45. Ustawa z dnia 11 stycznia 1938 r. o izbach lekarsko – dentystycznych (Dz. U. RP Nr 6, poz. 33)
46. Ustawa z dnia 15 marca 1934 r. o izbach lekarskich (Dz. U. RP Nr 31, poz. 275)
47. Ustawa z dnia 10 grudnia 1998 r. o zmianie ustaw: o zakładach opieki zdrowotnej, o zawodzie lekarza, o zawodach pielęgniarki i położnej, o szkolnictwie wyższym oraz o zmianie niektórych innych ustaw (Dz. U. 1998 r., nr 162, poz. 1115)
48. Ustawa z dnia 17 maja 1989 r. o izbach lekarskich (Dz. U. 1989 r. nr 30, poz. 158 z późn. zm.)
49. Ustawa z dnia 18 lipca 1998 r. o zmianie ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym oraz o zmianie niektórych ustaw (Dz. U. z 1998 r., nr 117, poz.756)
50. Ustawa z dnia 2 grudnia 1921 r. o ustroju i zakresie działania Izb Lekarskich (Dz. U. 1921 nr 105, poz. 763)
51. Ustawa z dnia 2 grudnia 1921 r. w przedmiocie wykonywania praktyki lekarskiej w Państwie Polskiem (Dz. U. 1921 nr 105, poz. 762)
52. Ustawa z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. 2009 r., nr 219, poz. 1708)
53. Ustawa z dnia 2 lipca 2004 r. Przepisy wprowadzające ustawę o swobodzie działalności gospodarczej (Dz. U. 2004 r., nr 173, poz. 1808)

54. Ustawa z dnia 20 czerwca 1997 r. o zmianie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej oraz o zmianie niektórych innych ustaw (Dz. U. 1997r., nr 104, poz. 661)
55. Ustawa z dnia 20 kwietnia 2004 r. o zmianie ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. 2004 r., nr 92, poz. 885)
56. Ustawa z dnia 20 lipca 1950 r. o zawodzie felczera (Dz. U. 2004 r., nr 53, poz. 531)
57. Ustawa z dnia 23 listopada 2002 r. o Sądzie Najwyższym (Dz. U. 2002 r., nr 240, poz. 2052)
58. Ustawa z dnia 24 lipca 1998 r. o zmianie niektórych ustaw określających kompetencje organów administracji publicznej - w związku z reformą ustrojową państwa (Dz. U. 1998 r., nr 106, poz.668)
59. Ustawa z dnia 24 sierpnia 2007 r. o zmianie niektórych ustaw w związku z członkostwem Rzeczypospolitej Polskiej w Unii Europejskiej (Dz. U. 2007 r., nr 176, poz. 1238)
60. Ustawa z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz. U. 1999 r., nr 60, poz. 636)
61. Ustawa z dnia 27 kwietnia 1956 r. o warunkach dopuszczalności przerywania ciąży (Dz. U. 1956 r., nr 12, poz. 61)
62. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. 2004r., nr 210, poz. 2135)
63. Ustawa z dnia 28 kwietnia 2011 r. o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz. U. 2011 r., nr 113, poz.658)
64. Ustawa z dnia 28 października 1950 r. o zawodzie lekarza (Dz. U. 1950 r. Nr 50 poz. 458 z późn. zm.)
65. Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o zmianie ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej oraz ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz. U. 2005 r., nr 175, poz. 1461)
66. Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (tekst pierwotny: Dz. U. 1991 r. Nr 91 poz. 408, tekst jednolity: Dz. U. 2007 r. Nr 14 poz. 89)
67. Ustawa z dnia 30 sierpnia 2002 r. Przepisy wprowadzające ustawę - Prawo o ustroju sądów administracyjnych i ustawę - Prawo o postępowaniu przed sądami administracyjnymi (Dz. U. 2002 r., nr 153, poz.1271)

68. Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (tekst jednolity Dz. U. z 2002 r., Nr 21, poz. 204; Nr 76, poz. 691; Nr 152, poz. 1266; Nr 153, poz. 1271, z 2003 r. Nr 90, poz. 845 oraz z 2004 r. Nr 92, poz. 882 i 885, Nr 173, poz. 1808 i Nr 210, poz. 2135)
69. Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza (Dz. U. 1997 r., nr 28, poz.152)
70. Ustawa z dnia 6 kwietnia 1990 r. o Policji (Dz. U. 1990 r., nr 30, poz. 179)
71. Ustawa z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (Dz. U. 1997 r., nr 28, poz. 153)
72. Ustawa z dnia 6 września 2001 r. o zmianie ustawy o zawodzie lekarza oraz o zmianie innych ustaw (Dz. U. 2001 r., nr 126, poz. 1383)
73. Ustawa z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży (Dz. U. 1993 r., nr 17, poz. 78)
74. Ustawa z dnia 8 sierpnia 1996 r. o zmianie niektórych ustaw normujących funkcjonowanie gospodarki i administracji publicznej (Dz. U. 1996 r., nr 106, poz. 496)
75. Ustawa z dnia 9 marca 1990 r. o zmianie ustawy o izbach lekarskich (Dz. U. 1990 r., nr 20, poz. 120)
76. Ustawa z dnia o zniesieniu izb lekarskich i lekarsko-dentystycznych (Dz. U. 1950 nr 36 poz. 326)
77. Ustawa z dnia z dnia 18 lipca 1950 r. o odpowiedzialności zawodowej fachowych pracowników służby zdrowia (Dz. U. 1950 r., nr 36, poz. 332)
78. Ustawa z dnia z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia (Dz. U. 2003 r., nr 45, poz. 391)
79. Ustawa z dnia z dnia 26 października 1995 r. o pobieraniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (Dz. U. 1995 r., nr 138, poz. 682)
80. Zarządzenia Ministra Zdrowia z dnia 13 października 2005 r. w sprawie nadania statutu Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego (Dz. Urz. MZ. 2005 r., nr 16, poz. 82)
81. Zarządzenia Ministra Zdrowia z dnia 24 listopada 2006 r. w sprawie nadania statutu Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego (Dz. Urz. MZ. 2006 r., nr 17, poz. 86)

82. Zarządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 20 stycznia 1997 r. w sprawie nadania statutu Krajowej Radzie Transplantacyjnej (Dz. Urz. MZ. 1997 r., nr 2, poz. 3)
83. Zarządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia z dnia 23 marca 1999 r. w sprawie powołania Krajowej Rady Specjalizacji Lekarskich do realizacji zadań w zakresie kształcenia podyplomowego lekarzy, lekarzy stomatologów (Dz. Urz. MZ 1999 r., nr 1, poz. 1)
84. Zarządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 5 lutego 1996 r. w sprawie statutu Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego (Dz. Urz. MZ 1996 r., nr 2, poz. 7)
85. Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 lipca 2007 r. w sprawie Krajowej Rady Egzaminów Lekarskich (Dz. U. MZ. 2007 r., nr 11, poz. 43).
86. Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 maja 2006 r. w sprawie nadania statutu Krajowej Radzie Transplantacyjnej (Dz. Urz. MZ. 2006 r., nr 84, poz. 584)
87. Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 marca 1999 r. w sprawie powołania Krajowej Rady Egzaminów Lekarskich do realizacji zadań w zakresie stażu podyplomowego oraz szkolenia podyplomowego lekarzy, lekarzy stomatologów (Dz. Urz. MZ. 1999 r., nr 1, poz. 2)
88. Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 listopada 2006 r. w sprawie nadania statutu Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego (Dz. Urz. MZ 2006 r., nr 17, poz. 86)

B) Orzeczenia Trybunału Konstytucyjnego

1. Uchwała Trybunału Konstytucyjnego z dnia 17 marca 1993 r. Sygn. akt (W. 16/92)
2. Postanowienie Trybunału Konstytucyjnego z dnia 7 października 1992 r. Sygn. akt (U. 1/92)
3. Wyrok Trybunału konstytucyjnego z dnia 23 kwietnia 2008 r. Sygn. akt (SK 16/07); M.P. 2008 r., nr 38, poz. 341, M.P. 2008 r., nr 38 poz. 342

C) Dokumenty samorządu lekarskiego z lat 1989 - 2009

1. Uchwała nr 16 VI Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 14 grudnia 2001 r. w sprawie utworzenia Spółdzielczej Kasy Oszczędnościowo-Kredytowej
2. Uchwała I Krajowego Zjazdu Lekarzy w sprawie likwidacji Kolejowej Izby Lekarskiej

3. Uchwała I Krajowego Zjazdu Lekarzy w sprawie regulaminu organów Naczelnej Izby Lekarskiej
4. Uchwała I Krajowego Zjazdu Lekarzy w sprawie zasad podziału składki członkowskiej
5. Uchwała I Krajowego Zjazdu Lekarzy nr I w sprawie nowelizacji ustawy o izbach lekarskich z dnia 17 maja 1989 r.
6. Uchwała I Krajowego Zjazdu Lekarzy nr III w sprawie zasad podziału składki członkowskiej
7. Uchwała I Krajowego Zjazdu Lekarzy nr IX w sprawie utworzenia Banku Lekarskiego i kas pomocy koleżeńskiej
8. Uchwała I Krajowego Zjazdu Lekarzy nr V w sprawie sytuacji ekologicznej Polski
9. Uchwała I Krajowego Zjazdu Lekarzy nr VII w sprawie integracji środowiska lekarskiego
10. Uchwała I Krajowego Zjazdu Lekarzy nr w sprawie utworzenia Banku Lekarskiego i kas pomocy koleżeńskiej
11. Uchwała I Krajowego Zjazdu Lekarzy w sprawie integracji środowiska lekarskiego
12. Uchwała I Krajowego Zjazdu Lekarzy w sprawie nowelizacji ustawy o izbach lekarskich z dnia 17 maja 1989 r.
13. Uchwała I Krajowego Zjazdu Lekarzy w sprawie podjęcia działań zmierzających do odzyskania utraconego majątku izb lekarskich
14. Uchwała I Krajowego Zjazdu Lekarzy w sprawie powołania Rady Seniorów
15. Uchwała I Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 12 grudnia 1989 r. w sprawie regulaminu organów Naczelnej Izby Lekarskiej
16. Uchwała I Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 12 grudnia 1989 r. w sprawie regulaminu organów Naczelnej Izby Lekarskiej
17. Uchwała IV Okręgowego Zjazdu Lekarzy Wielkopolskiej Izby Lekarskiej z dnia 24 kwietnia 1992 r. zmieniającej uchwałę III OZL w sprawie pomocy materialnej sierotom po lekarzach członkach WIL
18. Uchwała Kolegium Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej z dnia 29 maja 1991 r. w sprawie regulaminu czynności rzeczników odpowiedzialności zawodowej i ich zastępców
19. Uchwała Naczelne Rady Lekarskiej nr 112/05/IV z dnia 16 września 2005 r.

20. Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 1/08/V z dnia 8 lutego 2008 r.
21. Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 4/02/IV z dnia 8 lutego 2002 r.
22. Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 41/03/IV z dnia 21 lutego 2003 r.
23. Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 013/97/00/III z dnia 14 kwietnia 2000 r.
24. Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 087/04/IV z dnia 18 czerwca 2004 r.
25. Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 1/07/V z dnia 16 lutego 2007 r.
26. Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 1/119/01III z dnia 20 stycznia 2001 r.
27. Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 1/89/I z dnia 18 grudnia 1989 r.
28. Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 1/98/III z dnia 16 stycznia 1998 r.
29. Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 10/06/V z dnia 17 marca 2006 r.
30. Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 100/04/IV z dnia 17 grudnia 2004 r.
31. Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 101/93/I z dnia 5 czerwca 1993 r.
32. Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 101/97/II z dnia 26 września 1997 r.
33. Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 104/05/IV z dnia 11 lutego 2005 r.
34. Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 104/93/I z dnia 5 czerwca 1993 r.
35. Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 104/97/II z dnia 26 września 1997 r.
36. Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 11/90/I z dnia 27 marca 1990 r.
37. Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 11/98/III z dnia 14 marca 1998 r.
38. Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 113/97/II z dnia 22 listopada 1997 r.
39. Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 114/05/IV z dnia 16 września 2005 r.
40. Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 118/05/IV z dnia 16 grudnia 2005 r.
41. Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 119/05/IV z dnia 16 grudnia 2005 r.
42. Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 12/02/IV z dnia 13 kwietnia 2002 r.
43. Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 12/07/V z dnia 22 czerwca 2007 r.
44. Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 12/08/V z dnia 27 czerwca 2008 r.
45. Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 12/90/I z dnia 27 marca 1990 r.
46. Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 12/94/II z dnia 16 kwietnia 1994 r.
47. Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 12/96/00/III z dnia 14 kwietnia 2000 r.
48. Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 121/93/I z dnia 6 listopada 1993 r.
49. Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 126/93/I z dnia 11 grudnia 1993 r.
50. Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 13/06/V z dnia 18 marca 2006 r.
51. Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 13/08/V z dnia 27 czerwca 2008 r.
52. Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 13/98/III z dnia 14 marca 1998 r.
53. Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 14/02/IV z dnia 13 kwietnia 2002 r.

54. Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 14/08/V z dnia 19 września 2008 r.
55. Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 14/90/I z dnia 27 marca 1990 r.
56. Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 15/07.V z dnia 14 września 2007 r.
57. Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 15/08/V z dnia 19 września 2008 r.
58. Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 15/98/III z dnia 14 marca 1998 r.
59. Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 15/99/00/III z dnia 16 czerwca 2000 r.
60. Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 16/06/V z dnia 21 kwietnia 2006 r.
61. Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 16/08/V z dnia 19 września 2008 r.
62. Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 16/90/I z dnia 5 maja 1990 r.
63. Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 17/135/01/III z dnia 1 czerwca 2001 r.
64. Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 17/90/I z dnia 5 maja 1990 r.
65. Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 18/98/III z dnia 25 kwietnia 1998 r.
66. Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 2/89/I z dnia 18 grudnia 1989 r.
67. Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 2/94/II z dnia 19 lutego 1994 r.
68. Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 20/90/I z dnia 22 czerwca 1990 r.
69. Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 20/98/III z dnia 25 kwietnia 1998 r.
70. Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 21/07/V z dnia 26 października 2007 r.
71. Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 21/08-V z dnia 12 grudnia 2008 r.
72. Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 21/90/I z dnia 23 czerwca 1990 r.
73. Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 21/94/II z dnia 17 czerwca 1994 r.
74. Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 22/94/II z dnia 17 czerwca 1994 r.
75. Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 23/94/II z dnia 18 czerwca 1994 r.
76. Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 25/08/V z dnia 12 grudnia 2008 r.
77. Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 25/143/01/III z dnia 28 września 2001 r.
78. Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 25/94/II z dnia 16 września 1994 r.
79. Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 26/90/I z dnia 5 października 1990 r.
80. Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 27/07/V z dnia 14 grudnia 2007 r.
81. Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 27/111/00/III z dnia 17 listopada 2000 r.
82. Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 27/90/I z dnia 7 grudnia 1990 r.
83. Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 29/02/IV z dnia 6 września 2002 r.
84. Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 29/90/I z dnia 8 grudnia 1990 r.
85. Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 3/06/V z dnia 21 stycznia 2006 r.
86. Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 3/08/V z dnia 8 lutego 2008 r.
87. Uchwała Naczelnej rady Lekarskiej nr 3/087/00/III z dnia 19 lutego 2000 r.

88. Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 3/09/V z dnia 13 lutego 2009 r.
89. Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 30/148/01/III z dnia 10 listopada 2001 r.
90. Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 30/98/III z dnia 25 września 1998 r.
91. Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 31/06/V z dnia 17 listopada 2006 r.
92. Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 31/94/II z dnia 18 listopada 1994 r.
93. Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 33/06/V z dnia 17 listopada 2006 r.
94. Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 33/91/I z dnia 23 lutego 1991 r.
95. Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 34/91/I z dnia 13 kwietnia 1991 r.
96. Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 35/02/IV z dnia 8 listopada 2002 r.
97. Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 35/06/V z dnia 15 grudnia 2006 r.
98. Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 35/98/III z dnia 26 września 1998 r.
99. Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 36/02/IV z dnia 8 listopada 2002 r.
100. Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 36/06/V z dnia 15 grudnia 2006 r.
101. Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 36/91/I z dnia 13 kwietnia 1991 r.
102. Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 37/91/I z dnia 13 kwietnia 1991 r.
103. Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 38/03/IV z dnia 24 stycznia 2003 r.
104. Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 38/91/I z dnia 13 kwietnia 1991 r.
105. Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 39/95/II z dnia 17 marca 1995 r.
106. Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 4/07/V z dnia 16 lutego 2007 r.
107. Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 41/91/I z dnia 14 czerwca 1991 r.
108. Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 42/03/IV z dnia 21 lutego 2003 r.
109. Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 42/91/I z dnia 14 czerwca 1991 r.
110. Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 42/95/II z dnia 18 marca 1995 r.
111. Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 42/98/III z dnia 13 listopada 1998 r.
112. Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 43/91/I z dnia 14 czerwca 1991 r.
113. Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 44/03/IV z dnia 24 lutego 2003 r.
114. Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 44/91/I z dnia 14 czerwca 1991 r.
115. Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 47/03/IV z dnia 11 kwietnia 2003 r.
116. Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 47/91/I z dnia 27 września 1991 r.
117. Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 48/03/IV z dnia 11 kwietnia 2003 r.
118. Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 48/91/I z dnia 27 września 1991 r.
119. Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 49/91/I z dnia 27 września 1991 r.
120. Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 5/06/V z dnia 21 stycznia 2006 r.
121. Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 5/09/V z dnia 13 lutego 2009 r.

122. Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 5/123/01/III z dnia 2 marca 2001 r.
123. Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 5/89/00/III z dnia 19 lutego 2000 r.
124. Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 50/03/IV z dnia 11 kwietnia 2003 r.
125. Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 51/03/IV z dnia 11 kwietnia 2003 r.
126. Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 51/91/I z dnia 28 września 1991 r.
127. Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 52/91/I z dnia 29 listopada 1991 r.
128. Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 52/95/II z dnia 15 września 1995 r.
129. Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 53/91/I z dnia 29 listopada 1991 r.
130. Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 53/95/II z dnia 15 września 1995 r.
131. Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 53/99/III z dnia 22 stycznia 1999 r.
132. Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 53/99/III z dnia 22 stycznia 1999 r.
133. Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 55/91/I z dnia 29 listopada 1991 r.
134. Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 55/99/III z dnia 19 marca 1999 r.
135. Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 56/91/I z dnia 30 listopada 1991 r.
136. Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 56/99/III z dnia 20 marca 1999 r.
137. Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 57/92/I z dnia 15 lutego 1992 r.
138. Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 58/92/I z dnia 15 lutego 1992 r.
139. Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 59/92/I z dnia 15 lutego 1992 r.
140. Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 6/02/IV z dnia 9 lutego 2002 r.
141. Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 6/06/V z dnia 21 stycznia 2006 r.
142. Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 6/07/V z dnia 13 kwietnia 2007 r.
143. Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 6/124/01/III z dnia 2 marca 2001 r.
144. Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 6/90/I z dnia 30 stycznia 1990 r.
145. Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 6/98/III z dnia 17 stycznia 1998 r.
146. Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 62/92/II z dnia 14 czerwca 1996 r.
147. Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 63/92/I z dnia 28 marca 1992 r.
148. Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 64/92/II z dnia 24 czerwca 1996 r.
149. Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 64/96/II z dnia 28 czerwca 1996 r.
150. Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 65/03/IV z dnia 24 października 2003 r.
151. Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 65/99/III z dnia 19 czerwca 1999 r.
152. Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 66/92/I z dnia 27 marca 1992 r.
153. Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 67/92/I z dnia 27 marca 1992 r.
154. Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 67/99/III z dnia 19 czerwca 1999 r.

155. Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 68/92/I z dnia 8 maja 1992 r.
156. Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 69/96/II z dnia 13 września 1996 r.
157. Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 7/07/V z dnia 13 kwietnia 2007 r.
158. Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 7/90/I z dnia 30 stycznia 1990 r.
159. Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 7/94/II z dnia 15 kwietnia 1996 r.
160. Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 70/03/IV z dnia 12 grudnia 2003 r.
161. Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 70/99/III z dnia 19 czerwca 1999 r.
162. Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 71/96/II z dnia 14 września 1996 r.
163. Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 72/92/I z dnia 11 września 1992 r.
164. Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 72/96/II z dnia 15 listopada 1996 r.
165. Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 73/92/I z dnia 12 września 1992 r.
166. Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 73/96/II z dnia 16 listopada 1996 r.
167. Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 75/04/IV z dnia 27 lutego 2004 r.
168. Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 75/92/I z dnia 14 listopada 1992 r.
169. Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 76/04/IV z dnia 23 kwietnia 2004 r.
170. Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 77/96/II z dnia 16 listopada 1996 r.
171. Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 78/93/I z dnia 15 stycznia 1993 r.
172. Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 78/99/III z dnia 14 października 1999 r.
173. Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 79/04/IV z dnia 23 kwietnia 2004 r.
174. Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 79/93/I z dnia 15 stycznia 1993 r.
175. Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 8/08/V z dnia 4 kwietnia 2008 r.
176. Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 8/09/V z dnia 19 czerwca 2009 r.
177. Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 80/99 z dnia 26 listopada 1999 r.
178. Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 81/04/IV z dnia 23 kwietnia 2004 r.
179. Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 82/04/IV z dnia 18 czerwca 2004 r.
180. Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 82/93/I z dnia 16 stycznia 1993 r.
181. Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 82/96/ II z dnia 13 grudnia 1996 r.
182. Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 83/93/I z dnia 16 stycznia 1993 r.
183. Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 84/97/II z dnia 25 stycznia 1997 r.
184. Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 85/93/I z dnia 5 marca 1993 r.
185. Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 87/04/IV z dnia 18 czerwca 2004 r.
186. Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 88/97/II z dnia 15 lutego 1997 r.
187. Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 9/02/IV z dnia 9 lutego 2002 r.

188. Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 91/93/I z dnia 23 kwietnia 1993 r.
189. Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 92/04/IV z dnia 17 września 2004 r.
190. Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 92/93/I z dnia 23 kwietnia 1993 r.
191. Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 93/93/I z dnia 23 kwietnia 1993 r.
192. Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 94/04/IV z dnia 17 grudnia 2004 r.
193. Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 94/93/I z dnia 24 kwietnia 1993 r.
194. Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 95/04/IV z dnia 17 grudnia 2004 r.
195. Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 96/93/I z dnia 24 kwietnia 1993 r.
196. Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 96/97/II z dnia 13 czerwca 1997 r.
197. Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 97/93/I z dnia 4 czerwca 1993 r.
198. Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 97/97/II z dnia 29 sierpnia 1997 r.
199. Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 98/04/IV z dnia 17 grudnia 2004 r.
200. Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 98/93/I z dnia 4 czerwca 1993 r.
201. Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 99/93/I z dnia 5 czerwca 1993 r.
202. Uchwała Nadzwyczajnego II Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 14 grudnia 1991 r. w sprawie projektów ustawy o zawodzie lekarza i ustawy o izbach lekarskich
203. Uchwała Nadzwyczajnego II Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 13 grudnia 1991 r. w sprawie regulaminu Nadzwyczajnego II Krajowego Zjazdu Lekarzy
204. Uchwała Nadzwyczajnego II Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 14 grudnia 1991 r. w sprawie szczegółowych zadań Naczelnej Rady Lekarskiej
205. Uchwała Nadzwyczajnego II Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia z dnia 14 grudnia 1991 r. w sprawie projektów ustawy o zawodzie lekarza i ustawy o izbach lekarskich
206. Uchwała nr 1 Komitetu Organizacyjnego Izb Lekarskich z dnia 4 września 1989 r. w sprawie ustalenia obszaru okręgowych izb lekarskich
207. Uchwała nr 1 Nadzwyczajnego IV Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 11 grudnia 1997 r. w sprawie regulaminu obrad IV Krajowego Zjazdu Lekarzy
208. Uchwała nr 1 Nadzwyczajnego VII Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 19 września 2003 r. w sprawie regulaminu wyborów Przewodniczącego Nadzwyczajnego VII Krajowego Zjazdu Lekarzy
209. Uchwała nr 1 VI Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 13 grudnia 2001 r. w sprawie regulaminu wyborów Przewodniczącego VI Krajowego Zjazdu Lekarzy

210. Uchwała nr 1 VIII Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 5 stycznia 2006 r. w sprawie regulaminu obrad Krajowego Zjazdu Lekarzy
211. Uchwała nr 1 VIII Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 5 stycznia 2006 r. w sprawie regulaminu obrad Krajowego Zjazdu Lekarzy
212. Uchwała nr 1/00/III Nadzwyczajnego V Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 26 kwietnia 2000 r. w sprawie Regulaminu Nadzwyczajnego V Krajowego Zjazdu Lekarzy
213. Uchwała nr 1/00/III Nadzwyczajnego V Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 26 kwietnia 2000 r. w sprawie Regulaminu Nadzwyczajnego V Krajowego Zjazdu Lekarzy
214. Uchwała nr 1/2001 XV Okręgowego Zjazdu Lekarzy Wielkopolskiej Izby Lekarskiej z dnia 4 kwietnia 2001 r. w sprawie przyjęcia regulaminu obrad XV Okręgowego Zjazdu Lekarzy Wielkopolskiej Izby Lekarskiej
215. Uchwała nr 1/95 VIII Okręgowego Zjazdu Lekarzy Wielkopolskiej Izby Lekarskiej z dnia 21 kwietnia 1995 r. w sprawie regulaminu VIII Okręgowego Zjazdu Lekarzy
216. Uchwała nr 10 I Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 11-12 grudnia 1989 r. w sprawie ograniczenia form protestu pracowników służby zdrowia
217. Uchwała nr 10 III Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 12 grudnia 1993 r. w sprawie ustalenia liczby członków organów Naczelnej Izby Lekarskiej
218. Uchwała nr 10 III Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 12 grudnia 1993 r. w sprawie ustalenia liczby członków organów Naczelnej Izby Lekarskiej
219. Uchwała nr 10 IV Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 12 grudnia 1997 r. w sprawie programu samorządu lekarzy w III kadencji
220. Uchwała nr 10 Okręgowego Zjazdu Lekarzy Wielkopolskiej Izby Lekarskiej z dnia 12 marca 1994 w sprawie regulaminu organizacji i trybu działania Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej
221. Uchwała nr 10 VI Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 14 grudnia 2001 r. w sprawie ustalenia liczby członków organów Naczelnej Izby Lekarskiej
222. Uchwała nr 10/2008 XXVIII Okręgowego Zjazdu Lekarzy Wielkopolskiej Izby Lekarskiej z dnia 31 maja 2008 r. w sprawie budżetu Wielkopolskiej Izby Lekarskiej na 2008 r.
223. Uchwała nr 10/91 Okręgowej Rady Lekarskiej w Poznaniu z dnia 17 maja 1991 r.

224. Uchwała nr 10/99 XIII Okręgowego Zjazdu Lekarzy Wielkopolskiej Izby Lekarskiej w Poznaniu z dnia 23 marca 1999 r. w sprawie zmiany Uchwały nr 8/99 XII Okręgowego Zjazdu Lekarzy Wielkopolskiej Izby Lekarskiej w Poznaniu z dnia 31 marca 1998 r. w sprawie udzielenia pomocy finansowej na cele kształcenia medycznego
225. Uchwała nr 11 III Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 14 grudnia 1993 r. w sprawie projektu ustawy o zawodzie lekarza
226. Uchwała nr 11 IV Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 12 grudnia 1997 r. w sprawie przyjęcia projektu nowej ustawy o izbach lekarskich
227. Uchwała nr 11 VI Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 14 grudnia 2001 r. w sprawie programu samorządu lekarskiego na lata 2001-2005
228. Uchwała nr 11/2002 XVII Okręgowego Zjazdu Lekarzy Wielkopolskiej Izby Lekarskiej z dnia 23 marca 2002 r.
229. Uchwała nr 11/95 VIII Okręgowego Zjazdu Lekarzy Wielkopolskiej Izby Lekarskiej w Poznaniu z dnia 21 kwietnia 1995 r. w sprawie zasad przyznawania lekarzom pomocy na cele szkoleniowe
230. Uchwała nr 12 III Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 14 grudnia 1993 r. w sprawie projektu ustawy o izbach lekarskich
231. Uchwała nr 12 VIII Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 6 stycznia 2006 r. w sprawie akcji protestacyjnej
232. Uchwała nr 12/2005 XXII Okręgowego Zjazdu Lekarzy Wielkopolskiej Izby Lekarskiej z dnia 19 listopada 2005 r. w sprawie ustalenia liczby członków organów, liczby delegatów na Krajowy Zjazd Lekarzy oraz liczby członków OKW
233. Uchwała nr 12/2006 XXIII Okręgowego Zjazdu Lekarzy Wielkopolskiej Izby Lekarskiej z dnia 1 kwietnia 2006 r. w sprawie zmian w uchwale nr 8/2001 XV Okręgowego Zjazdu Lekarzy Wielkopolskiej Izby Lekarskiej w Poznaniu z dnia 4 kwietnia 2001 r. w sprawie zasad udzielania pomocy finansowej na cele kształcenia medycznego
234. Uchwała nr 13 III Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 14 grudnia 1993 r. w sprawie powołania Komisji Naczelnej Rady Lekarskiej do spraw lekarzy emerytów
235. Uchwała nr 13/98 IX Okręgowego Zjazdu Lekarzy Wielkopolskiej Izby Lekarskiej z dnia 29 marca 1996 r. w sprawie zmiany regulaminu organizacji i trybu działania Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej w Poznaniu

236. Uchwała nr 14 VI Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 14 grudnia 2001 r. w sprawie powołania Komisji w celu nowelizacji Kodeksu Etyki Lekarskiej
237. Uchwała nr 14 VIII Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 7 stycznia 2006 r. w sprawie uregulowania minimalnej płacy dla lekarzy i lekarzy dentyków
238. Uchwała nr 14/96 IX Okręgowego Zjazdu Lekarzy Wielkopolskiej Izby Lekarskiej z dnia 29 marca 1996 r. w sprawie regulaminu powoływania, organizacji i trybu działania delegatur WIL
239. Uchwała nr 15 III Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 14 grudnia 1993 r. w sprawie zasad podziału składki
240. Uchwała nr 15 VI Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 14 grudnia 2001 r. w sprawie zmiany ustawy o zawodzie lekarza
241. Uchwała nr 15/2004 XX Okręgowego Zjazdu Lekarzy Wielkopolskiej Izby Lekarskiej z dnia 27 marca 2004 r. w sprawie zmiany regulaminu organizacji i trybu działania Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej
242. Uchwała nr 17 VI Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 15 grudnia 2001 r. w sprawie podziału składki członkowskiej
243. Uchwała nr 17/2004 XX Okręgowego Zjazdu Lekarzy Wielkopolskiej Izby Lekarskiej z dnia 23 marca 2004 r.
244. Uchwała nr 17/91 Okręgowej Rady Lekarskiej w Poznaniu z dnia 7 września 1991 r.
245. Uchwała nr 19 III Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 14 grudnia 1993 r. w sprawie zmiany uchwały w sprawie Kodeksu Etyki Lekarskiej
246. Uchwała Nr 2 III Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 12 grudnia 1993 r. w sprawie regulaminu obrad III Krajowego Zjazdu Lekarzy
247. Uchwała nr 2 Komitetu Organizacyjnego Izb Lekarskich z 4 września 1989 r. w sprawie zasad przeprowadzania wyborów delegatów na pierwszy Krajowy Zjazd Lekarzy oraz organów izb lekarskich
248. Uchwała nr 2 Nadzwyczajnego VII Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 19 września 2003 r. w sprawie regulaminu obrad Nadzwyczajnego VII Krajowego Zjazdu Lekarzy
249. Uchwała nr 2 VI Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 13 grudnia 2001 r. w sprawie Regulaminu VI Krajowego Zjazdu Lekarzy

250. Uchwała nr 2/2007 XXV Okręgowego Zjazdu Lekarzy Wielkopolskiej Izby Lekarskiej z dnia 31 marca 2007 r. w sprawie przyjęcia regulaminu obrad XXV Okręgowego Zjazdu Lekarzy Wielkopolskiej Izby Lekarskiej
251. Uchwała nr 2/92 Okręgowej Rady Lekarskiej w Poznaniu z dnia 18 stycznia 1992 r.
252. Uchwała nr 2/93 VI Okręgowego Zjazdu Lekarzy Wielkopolskiej Izby Lekarskiej z dnia 22 października 1993 r. w sprawie regulaminu obrad sprawozdawczo – wyborczego Okręgowego Zjazdu Lekarzy poszerzonego o zapis zawarty w uchwale 1/93 z dnia 22 października 1993 r. VI. Okręgowego Zjazdu Lekarzy
253. Uchwała nr 3 Nadzwyczajnego II Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 14 grudnia 1991 r. w sprawie ogólnopolskiej akcji protestacyjnej Służby Zdrowia
254. Uchwała nr 3 XI Okręgowego Zjazdu Lekarzy Wielkopolskiej Izby Lekarskiej z dnia 14 listopada 1997 r. w sprawie regulaminu obrad sprawozdawczo – wyborczego Okręgowego Zjazdu Lekarzy, ustalenia liczby członków organów WIL i zastępców okręgowych rzeczników odpowiedzialności zawodowej, wyborów członków organów izb lekarskich oraz na stanowiska funkcyjne
255. Uchwała nr 3 XI Okręgowego Zjazdu Lekarzy Wielkopolskiej Izby Lekarskiej z dnia 14 listopada 1997 r. w sprawie regulaminu obrad sprawozdawczo – wyborczego Okręgowego Zjazdu Lekarzy, ustalenia liczby członków organów WIL i zastępców okręgowych rzeczników odpowiedzialności zawodowej, wyborów członków organów izb lekarskich oraz na stanowiska funkcyjne
256. Uchwała nr 4 III Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 12 grudnia 1993 r. w sprawie zatwierdzenia sprawozdania kadencyjnego z działalności Naczelnej Rady Lekarskiej
257. Uchwała nr 4 III Okręgowego Zjazdu Lekarzy Wielkopolskiej Izby Lekarskiej z dnia 26 kwietnia 1991 r.
258. Uchwała nr 4 III Okręgowego Zjazdu Lekarzy Wielkopolskiej Izby Lekarskiej z dnia 26 kwietnia 1991 r., § 4a uchwały Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej nr 1035/2002 z dnia 19 kwietnia 2002 r.
259. Uchwała nr 4 VIII Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 5 stycznia 2006 r. w sprawie ustalenia liczby członków organów Naczelnej Izby Lekarskiej i Krajowej Komisji Wyborczej

260. Uchwała nr 41/92 Okręgowej Rady Lekarskiej w Poznaniu z dnia 12 grudnia 1992 r.
261. Uchwała nr 5 III Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 12 grudnia 1993 r. w sprawie zatwierdzenia sprawozdania kadencyjnego z działalności Naczelnego Sądu Lekarskiego
262. Uchwała nr 5 III Okręgowego Zjazdu Lekarzy Wielkopolskiej Izby Lekarskiej z dnia 26 kwietnia 1991 r. w sprawie wydzielenia części budżetu Izby na finansowanie wydatków na szkolenie medyczne
263. Uchwała nr 5 Nadzwyczajnego II Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 14 grudnia 1991 r. w sprawie Kodeksu Etyki Lekarskiej
264. Uchwała nr 5 Nadzwyczajnego VII Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 20 września 2003 r. zmieniająca uchwałę w sprawie Kodeksu Etyki Lekarskiej
265. Uchwała nr 6 III Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 12 grudnia 1993 r. w sprawie zatwierdzenia sprawozdania kadencyjnego z działalności Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej
266. Uchwała nr 6 III Okręgowego Zjazdu Lekarzy Wielkopolskiej Izby Lekarskiej z dnia 26 kwietnia 1991 r. w sprawie wydzielenia części budżetu Izby na finansowanie wydatków na szkolenie medyczne
267. Uchwała nr 6 Nadzwyczajnego VII Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia z dnia 20 września 2003 r. w sprawie podziału składki członkowskiej
268. Uchwała nr 7 Okręgowej Rady Lekarskiej w Poznaniu z dnia 24 lutego 1990 r.
269. Uchwała nr 7 III Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 12 grudnia 1993 r. w sprawie zatwierdzenia sprawozdania kadencyjnego z działalności Naczelnej Komisji Rewizyjnej
270. Uchwała nr 7/2001 XVI Sprawozdawczo – Wyborczego Okręgowego Zjazdu Lekarzy Wielkopolskiej Izby Lekarskiej z dnia 17 listopada 2001 r. w sprawie ustalenia liczby członków organów oraz delegatów na Krajowy Zjazd Lekarzy
271. Uchwała nr 7/2001 XVI Sprawozdawczo – Wyborczego Okręgowego Zjazdu Lekarzy Wielkopolskiej Izby Lekarskiej z dnia 17 listopada 2001 r. w sprawie ustalenia liczby członków organów oraz delegatów na Krajowy Zjazd Lekarzy i § 1 pkt 3 uchwały nr 12/2005 XXII Okręgowego Zjazdu Lekarzy Wielkopolskiej Izby Lekarskiej z dnia 19 listopada 2005 r. w sprawie ustalenia liczby członków organów, liczby delegatów na Krajowy Zjazd Lekarzy oraz liczby członków OKW

272. Uchwała nr 7/2006 XXIV Nadzwyczajnego Okręgowego Zjazdu Lekarzy Wielkopolskiej Izby Lekarskiej z dnia 4 listopada 2006 r. w sprawie zatwierdzenia trybu działania Okręgowego Sądu Lekarskiego Wielkopolskiej Izby Lekarskiej w Poznaniu
273. Uchwała Nr 8 III Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 12 grudnia 1993 r. w sprawie udzielenia absolutorium Naczelnej Radzie Lekarskiej
274. Uchwała nr 8 IV Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 12 grudnia 1997 r. w sprawie ustalenia liczby członków organów Naczelnej Izby Lekarskiej
275. Uchwała nr 8/2001 XV Okręgowego Zjazdu Lekarzy Wielkopolskiej Izby Lekarskiej w Poznaniu z dnia 4 kwietnia 2001 r. w sprawie zasad udzielania pomocy finansowej na cele kształcenia medycznego
276. Uchwała nr 8/2006 Okręgowego Zjazdu Lekarzy Wielkopolskiej Izby Lekarskiej z dnia 4 listopada 2006 r. w sprawie zatwierdzenia regulaminu Okręgowej Komisji Rewizyjnej
277. Uchwała nr 8/98 XII Okręgowego Zjazdu Lekarzy Wielkopolskiej Izby Lekarskiej w Poznaniu z dnia 31 marca 1998 r. w sprawie zasad udzielania pomocy finansowej na cele kształcenia
278. Uchwała nr 9 IV Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 12 grudnia 1997 r. w sprawie regulaminu organów Naczelnej Izby Lekarskiej
279. Uchwała Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej nr 16/93 z dnia 2 kwietnia 1993 r.
280. Uchwała Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej nr 25/92 z dnia 26 czerwca 1992 r.
281. Uchwała Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej nr 27/92 z dnia 26 czerwca 1992 r.
282. Uchwała Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej nr 26/92 z dnia 26 czerwca 1992 r.
283. Uchwała Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej nr 34/93 z dnia 4 grudnia 1993 r.
284. Uchwała Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej nr 2244/2001 z dnia 9 grudnia 2001 r.
285. Uchwała Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej nr 196/2005 z dnia 9 grudnia 2005 r.

286. Uchwała Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej nr 16/93 z dnia 2 kwietnia 1993 r.
287. Uchwała Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej nr 26/92 z dnia 26 czerwca 1992 r.
288. Uchwała Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej nr 25/92 z dnia 26 czerwca 1992 r.
289. Uchwała Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej nr 27/92 z dnia 26 czerwca 1992 r.
290. Uchwała Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej nr 1/94 z dnia 14 stycznia 1994 r.
291. Uchwała Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej nr 29/96 z dnia 12 kwietnia 1992 r.
292. Uchwała Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej nr 45/94 z dnia 8 kwietnia 1994 r.
293. Uchwała Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej nr 94/94 z dnia 4 listopada 1994 r.
294. Uchwała Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej nr 100/94 z dnia 4 listopada 1994 r.
295. Uchwała Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej nr 16/94 z dnia 11 lutego 1994 r.
296. Uchwała Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej nr 27/94 z dnia 11 marca 1994 r.
297. Uchwała Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej nr 53/95 z dnia 6 października 1995 r.
298. Uchwała Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej nr 799/2000 z dnia 13 października 2000 r.
299. Uchwała Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej nr 207/97 z dnia 19 grudnia 1997 r.
300. Uchwała Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej nr 27/98 z dnia 23 stycznia 1998 r.
301. Uchwała Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej nr 128/98 z dnia 20 marca 1998 r.
302. Uchwała Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej nr 573/98 z dnia 23 października 1998 r.

303. Uchwała Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej nr 413/2000 z dnia 9 czerwca 2000 r.
304. Uchwała Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej nr 41/2002 z dnia 18 stycznia 2002 r.
305. Uchwała Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej nr 360/2003 z dnia 23 maja 2003 r.
306. Uchwała Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej nr 1041/A/2002 z dnia 19 kwietnia 2002 r.
307. Uchwała Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej nr 1041/2002 z dnia 19 kwietnia 2002 r.
308. Uchwała Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej nr 1603/a/2002 z dnia 21 czerwca 2002 r.
309. Uchwała Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej nr 46/2006 z dnia 3 marca 2006 r.
310. Uchwała Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej nr 11/2006 z dnia 27 stycznia 2006 r.
311. Uchwała Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej nr 202/2005 z dnia 9 grudnia 2005 r.
312. Uchwała Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej nr 26/2006 z dnia 3 marca 2006 r.
313. Uchwała Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej nr 481/2007 z dnia 19 października 2007 r.
314. Uchwała Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej nr 106/2006 z dnia 26 maja 2006 r.
315. Uchwała Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej nr 9/2006 z dnia 27 stycznia 2006 r.
316. Uchwała Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej nr 401/2007 z dnia 1 czerwca 2007 r.
317. Uchwała Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej nr 10/2006 z dnia 27 stycznia 2006 r.
318. Uchwała Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej nr 177/2006 z dnia 15 września 2006 r.
319. Uchwała Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej nr 78/2008 z dnia 16 maja 2008 r.

320. Uchwała Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej nr 166/2008 z dnia 5 września 2008 r.
321. Uchwała Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej nr 412/2000 z dnia 9 czerwca 2000 r.
322. Uchwała Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej nr 10/91 z dnia 17 maja 1991 r.
323. Uchwała Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej nr 798/2000 z dnia 14 października 2000 r.
324. Uchwała Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej nr 798/2000 z dnia 14 października 2000 r.
325. Uchwała Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej nr 798/2000 z dnia 14 października 2000 r.
326. Uchwała Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej nr 7 z dnia 24 lutego 1990 r.
327. Uchwała Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej nr 17/91 z dnia 7 września 1991 r.
328. Uchwała Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej nr 41/92 z dnia 12 grudnia 1992 r.
329. Uchwała Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej nr 2/92 z dnia 18 stycznia 1992 r.
330. Uchwała Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej nr 75/95 z dnia 30 września 1994 r.
331. Uchwała Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej nr 43/94 z dnia 8 kwietnia 1994 r.
332. Uchwała Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej nr 302/2000 z dnia 7 kwietnia 2000 r.
333. Uchwała Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej nr 22/93 z dnia 19 września 1990 r.
334. Uchwała Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej nr 2249/2001 z dnia 9 grudnia 2001 r.
335. Uchwała Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej nr 9/96 z dnia 12 stycznia 1996 r.
336. Uchwała Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej nr 46/2007 z dnia 21 września 2007 r.

337. Uchwała Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej nr 44/2002 z dnia 18 stycznia 2002 r.
338. Uchwała Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej nr 1603/2002 z dnia 21 czerwca 2002 r.
339. Uchwała Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej nr 42/92 z dnia 12 grudnia 1992 r.
340. Uchwała Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej nr 1035/2002 z dnia 19 kwietnia 2002 r.
341. Uchwała Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej nr 1328/05/P-IV z dnia 25 listopada 2005 r.
342. Uchwała Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej nr 15/90 z dnia 26 marca 1990 r.
343. Uchwała Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej nr 20/91/I z dnia 21 stycznia 1991 r.
344. Uchwała Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej nr 21/91/I z dnia 17 lutego 1991 r.
345. Uchwała Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej nr 25/92/I z dnia 5 grudnia 1992 r.
346. Uchwała Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej nr 27/93/I z dnia 11 stycznia 1993 r.
347. Uchwała Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej nr 808/2000 z dnia 1 września 2000 r.
348. Apel III Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia z dnia 14 grudnia 1993 r. do Sejmu o przyspieszenie prac legislacyjnych nad ustawą ograniczającą dopuszczalność posiadania narkotyków
349. Apel IV Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 13 grudnia 1997 r. do władz Rzeczypospolitej Polskiej w sprawie reformy ochrony zdrowia
350. Apel Nadzwyczajnego II Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 14 grudnia 1991 r. do Sejmu RP w sprawie ustawy o przeciwdziałaniu ujemnym skutkom palenia tytoniu
351. Apel Nadzwyczajnego II Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 14 grudnia 1991 r. do Sejmu i Senatu w sprawie przyspieszenia reformy systemu ochrony zdrowia w Polsce

352. Apel Nadzwyczajnego II Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 14 grudnia 1991 r. do Sejmu RP w sprawie ustawy o przeciwdziałaniu ujemnym skutkom palenia tytoniu
353. Apel Nadzwyczajnego IX Krajowego Zjazdu Lekarzy nr 6 z dnia 12 stycznia 2008 r. do Naczelnej Rady Lekarskiej
354. Apel nr 1/00/III Nadzwyczajnego V Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 27 kwietnia 2000 r. do Posłów i Senatorów RP o nowelizację ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym
355. Apel nr 3 III Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 14 grudnia 1993 r. do Sejmu o przyśpieszenie prac legislacyjnych nad ustawą ograniczającą dopuszczalność posiadania narkotyków
356. Apel nr 3/2002 Okręgowego Zjazdu Lekarzy Wielkopolskiej Izby Lekarskiej z dnia 23 marca 2002 r. do wszystkich lekarzy w sprawie narkomanii
357. Apel nr 5/00/III Nadzwyczajnego V Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 27 kwietnia 2000 r. do Ministra Zdrowia w sprawie nowelizacji ustawy o zakładach opieki zdrowotnej
358. Apel VIII Krajowego Zjazdu Lekarzy nr 3 z dnia 7 stycznia 2006 roku w sprawie zapewnienia uczelniom środków finansowych niezbędnych do realizacji programu studiów na kierunku lekarsko – dentystycznym poprzez finansowanie świadczeń i procedur objętych programem kształcenia a nie objętych zakresem świadczeń gwarantowanych finansowanych ze środków publicznych
359. Apel VIII Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 7 stycznia 2006 r. w sprawie konieczności określenia polityki zdrowotnej w zakresie stomatologii oraz strategii jej realizacji
360. Stanowisko Naczelnej Rady Lekarskiej nr 21/07/V z dnia 14 grudnia 2007 r.
361. Stanowisko Naczelnej Rady Lekarskiej nr 4/06/V z dnia 21 kwietnia 2006 r. w sprawie kontynuowania ogólnopolskiej akcji protestacyjnej środowisk medycznych
362. Stanowisko Naczelnej Rady Lekarskiej nr 9/07/V z dnia 22 czerwca 2007 r. w sprawie sytuacji w ochronie zdrowia
363. Stanowisko Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 16 maja 1998 r. w sprawie projektu ustawy o zmianie ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym
364. Stanowisko Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 14 września 1996 r. w sprawie odwołania prof. dr hab. n. med. Ryszarda J. Żochowskiego ze stanowiska ministra zdrowia i opieki społecznej

365. Stanowisko Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 16 maja 1998 r. w sprawie akcji protestacyjnej
366. Stanowisko Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 19 czerwca 1992 r. w sprawie wniosku IV Okręgowego Zjazdu Lekarzy Warszawskiej Izby Lekarskiej
367. Stanowisko Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 24 kwietnia 1998 r. w sprawie nowelizacji ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym
368. Stanowisko Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej nr 22/06/P-V z dnia 11 kwietnia 2006 r. w sprawie akcji protestacyjnej pracowników ochrony zdrowia
369. Stanowisko Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej nr 32/06/P-V z dnia 2 czerwca 2006 r. w sprawie akcji protestacyjnej
370. Stanowisko Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej nr 32/06/P-V z dnia 2 czerwca 2006 r. w sprawie akcji protestacyjnej
371. Stanowisko Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej nr 40/07/P-V z dnia 25 maja 2007 r. w sprawie aktualnej sytuacji w systemie ochrony zdrowia
372. Stanowisko Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej nr 43/07/P-V z dnia 11 czerwca 2007 r. w sprawie aktualnej sytuacji w ochronie zdrowia
373. Stanowisko Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 18 maja 1992 r. w sprawie obowiązywania Kodeksu Etyki Lekarskiej na terenie Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie
374. Stanowisko XIII Okręgowego Zjazdu Lekarzy Wielkopolskiej Izby Lekarskiej w Poznaniu z dnia 23 marca 1999 r. w sprawie poszerzenia obszaru działania Wielkopolskiej Izby Lekarskiej
375. Sprawozdanie Finansowe Wielkopolskiej Izby Lekarskiej za okres sprawozdawczy 2005
376. Sprawozdanie kadencyjne Komisji Kultury Wielkopolskiej Izby Lekarskiej lata 2005 – 2009
377. Sprawozdanie kadencyjne Naczelnej Rady Lekarskiej za lata 1993-1997
378. Sprawozdanie kadencyjne Naczelnej Rady Lekarskiej za lata 1997-2001
379. Sprawozdanie kadencyjne Naczelnej Rady Lekarskiej za lata 2006-2010
380. Sprawozdanie kadencyjne z działalności Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej okresie 1 stycznia 1998 r. - 30 czerwca 2001 r.
381. Sprawozdanie Komisji ds. Emerytów i Rencistów ORL WIL za 1996 r.
382. Sprawozdanie Komisji ds. Lekarzy Emerytów i Rencistów NRL 2001 – 2005

383. Sprawozdanie Komisji Kształcenia i Współpracy Międzynarodowej ORL WIL za 2003 r.
384. Sprawozdanie Komisji Kształcenia i Współpracy Międzynarodowej ORL WIL za 2002 r.
385. Sprawozdanie Komisji Kształcenia i Współpracy Międzynarodowej ORL WIL za 2004 r.
386. Sprawozdanie Komisji Kultury i Rekreacji Wielkopolskiej Izby Lekarskiej za rok 2006
387. Sprawozdanie Komisji Stomatologicznej Naczelnej Rady Lekarskiej, Zespołu i Komisji ds. Autonomii Lekarzy Stomatologów oraz Zespołu Negocjacyjnego z Narodowym Funduszem Zdrowia ds. Stomatologii 2001 – 2005
388. Sprawozdanie Komisji Szkolenia Medycznego na IV Okręgowy Zjazd Lekarzy Wielkopolskiej Izby Lekarskiej
389. Sprawozdanie Komisji Szkolenia Medycznego ORL WIL za 1990 r.
390. Sprawozdanie Komisji Współpracy Międzynarodowej Naczelnej Rady Lekarskiej z działalności w okresie 1998 – 2001
391. Sprawozdanie Komisji Współpracy z Zagranicą ORL WIL z działalności za rok 1995
392. Sprawozdanie Komisji Współpracy z Zagranicą ORL WIL z działalności za okres od 1 lutego 1994 r. do 1 lutego 1995 r.
393. Sprawozdanie Komisji Współpracy z Zagranicą ORL WIL z działalności za rok 1995
394. Sprawozdanie Komisji Współpracy z Zagranicą ORL WIL z działalności za rok 1996
395. Sprawozdanie Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej 2006 – 2010
396. Sprawozdanie Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej z działalności od 1 stycznia do 7 marca 1990 r
397. Sprawozdanie Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej z działalności w okresie od 6 października do 7 grudnia 1990 r.
398. Sprawozdanie Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej za rok 1990
399. Sprawozdanie Naczelnego Sądu Lekarskiego za okres 18 grudnia 1990 r. – 18 lutego 1991 r.

400. Sprawozdanie Naczelnej Komisji Rewizyjnej 2006-2010
401. Sprawozdanie Naczelnej Rady Lekarskiej 2001 – 2005
402. Sprawozdanie Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej w Poznaniu za okres od 20 listopada 2005 r. do 25 października 2009 r.
403. Sprawozdanie Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej za okres 1990-1993
404. Sprawozdanie Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej za 1996 r.
405. Sprawozdanie Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej za 2002 r.
406. Sprawozdanie Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej za lata 2005 – 2009
407. Sprawozdanie Okręgowej Komisji Rewizyjnej z kontroli finansowej i gospodarczej WIL za okres 1. 01. – 31. 12. 92 r.
408. Sprawozdanie Ośrodka Współpracy z Polonią Medyczną Naczelnej Rady Lekarskiej 2001 – 2005
409. Sprawozdanie Ośrodka Współpracy z Polonią Medyczną przy Naczelnej Radzie Lekarskiej w latach 1998 – 2001
410. Sprawozdanie Przewodniczącego Naczelnej Komisji Rewizyjnej przedstawione na II plenarnym posiedzeniu NRL w Warszawie
411. Sprawozdanie Skarbnika WIL za okres V kadencji (12/2005 – 11/2009)
412. Sprawozdanie z działalności Komisji ds. Indywidualnych Praktyk Lekarskich za okres 15 stycznia 2003 r. do 15 lutego 2004 r.
413. Sprawozdanie z działalności Komisji ds. Indywidualnych Praktyk Lekarskich za okres 15 lutego 2004 do 15 lutego 2005 r.
414. Sprawozdanie z działalności Komisji ds. Konkursów ORL WIL za okres 19 grudnia 1997 r. – 31 września 2001 r.
415. Sprawozdanie z działalności Komisji ds. Konkursów ORL WIL za okres 2005 -2009
416. Sprawozdanie z działalności Komisji ds. Kształcenia Medycznego ORL WIL za rok 2009
417. Sprawozdanie z działalności Komisji ds. Kultury, Sportu i Rekreacji NRL V kadencji

418. Sprawozdanie z działalności Komisji ds. Lekarzy Emerytów i Rencistów NRL w okresie 20. kwietnia 1994 r. do 15 października 1997 r.
419. Sprawozdanie z działalności Komisji ds. Współpracy z Zagranicą ORL WIL w 1998 r.
420. Sprawozdanie z działalności Komisji ds. Współpracy z Zagranicą ORL WIL w 1998 r.
421. Sprawozdanie z działalności Komisji ds. Współpracy z Zagranicą ORL WIL w 2000 roku
422. Sprawozdanie z działalności Komisji emerytów i rencistów ORL WIL za 2008 rok
423. Sprawozdanie z działalności Komisji Informacji NRL za okres 1989 – 1993
424. Sprawozdanie z działalności Komisji Kadrowej WOIL za okres I kadencji oraz za okres między V Okręgowym Zjazdem Lekarzy a zjazdem sprawozdawczo – wyborczym
425. Sprawozdanie z działalności Komisji Kształcenia Medycznego NRL V kadencji
426. Sprawozdanie z działalności Komisji Kształcenia Medycznego ORL WIL za 1994 r.
427. Sprawozdanie z działalności Komisji Kształcenia Medycznego ORL WIL za okres 1 stycznia – 30 września 1997 r.
428. Sprawozdanie z działalności Komisji Kultury, Sportu i Rekreacji ORL WIL w roku 2004
429. Sprawozdanie z działalności Komisji Kultury, Sportu i Rekreacji ORL WIL za rok 2003
430. Sprawozdanie z działalności Komisji Legislacyjnej Naczelnej Izby Lekarskiej I kadencji samorządu lekarskiego 1989 – 1993
431. Sprawozdanie z działalności Komisji Szkolenia Medycznego ORL WIL za rok 1994
432. Sprawozdanie z działalności Komisji Współpracy z Zagranicą ORL WIL w roku 1997
433. Sprawozdanie z działalności Naczelnego Sądu Lekarskiego za okres 5 października – 7 grudnia 1990 r.
434. Sprawozdanie z działalności Naczelnego Sądu Lekarskiego za okres 19 lutego – 11 czerwca 1991 r.

435. Sprawozdanie z działalności Naczelnej Komisji Rewizyjnej w 1990 r.
436. Sprawozdanie z działalności Naczelnej Rady Lekarskiej za okres czteroletni 1990 – 1993
437. Sprawozdanie z działalności Okręgowego Sadu Lekarskiego za lata 1990 – 30. 09. 1993 r.
438. Sprawozdanie z działalności Okręgowego Sądu Lekarskiego Wielkopolskiej Okręgowej Izby Lekarskiej za okres 24. 10. 1990 r. do 30. 03. 1991 r.
439. Sprawozdanie z działalności Okręgowej Komisji Rewizyjnej Wielkopolskiej Okręgowej Izby Lekarskiej za okres od 1. 01. 1990 r. -31. 12. 1990 r.
440. Sprawozdanie z działalności Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej rok 1995
441. Sprawozdanie z działalności Ośrodka Współpracy z Polonią Medyczną NRL V kadencji
442. Sprawozdanie z działalności Rady Okręgowej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej w okresie od czerwca 1990 r. do marca 1991 r. (przygotowane na III Okręgowy Zjazd Lekarzy w dniu 26. 04. 1991 r.)
443. Sprawozdanie z działalności Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej Wielkopolskiej Okręgowej Izby Lekarskiej w okresie od 1. 06. 1990 r. do 31. 03. 1991 r.
444. Sprawozdanie Zespołu ds. ubezpieczeń OC Lekarzy w okresie 2002-2005
445. Instrukcja postępowania w Naczelnym Sądzie Lekarskim
446. Program rozwoju i doskonalenia zawodowego lekarzy, członków Wielkopolskiej Izby Lekarskiej
447. Lista zastępców Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej w latach 2001 – 2005
448. Lista zastępców Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej w latach 2005 – 2009
449. Listy członków OSL WIL w latach 2001 -2005 i 2005 – 2009
450. Obwieszczenie Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej nr 6/08/V z dnia 1 października 2008 r.

D) Dokumenty Sejmowe

1. Sprawozdanie Stenograficzne z 48 posiedzenia Sejmu Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej w dniu 17 maja 1989 r.
2. Sejm Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej IX kadencja – VI sesja, Druk nr 362.

3. Uzasadnienie do projektu ustawy o zmianie ustawy o zawodzie lekarza oraz o zmianie innych ustaw, Druki Sejmowe III Kadencja, druk 3109
4. Sejm RP, II kadencja – Druk 412
5. Sejm RP, II kadencja – Druk 413
6. Sejm RP, VI kadencja – Druk 2151
7. Biuletyn Komisji Polityki Społecznej, Zdrowia i Kultury Fizycznej nr 184/IX kad.
8. Biuletyn Komisji Polityki Społecznej, Zdrowia i Kultury Fizycznej nr 230/IX kad.
9. Biuletyn Komisji Polityki Społecznej, Zdrowia i Kultury Fizycznej nr 457/IX kad.
10. Biuletyn Komisji Polityki Społecznej, Zdrowia i Kultury Fizycznej nr 680/IX kad.
11. Biuletyn Komisji Polityki Społecznej, Zdrowia i Kultury Fizycznej Nr 927/IX kad.

E) Dziennik Urzędowy Izb Lekarskich

1. Dziennik Urzędowy Izb Lekarskich, Rok VII, nr 1, 1 stycznia 1936 r.
2. Dziennik Urzędowy Izb Lekarskich, Rok VII, nr 2, 1 lutego 1936 r.
3. Dziennik Urzędowy Izb Lekarskich, Rok VII, nr 3, 1 marca 1936 r.
4. Dziennik Urzędowy Izb Lekarskich, Rok VII, nr 4, 1 kwietnia 1936 r.
5. Dziennik Urzędowy Izb Lekarskich, Rok VIII, nr 1, 1 stycznia 1937 r.
6. Dziennik Urzędowy Izb Lekarskich, Rok VIII, nr 2, 1 lutego 1937 r.
7. Dziennik Urzędowy Izb Lekarskich, Rok VIII, nr 3, 1 marca 1937 r.
8. Dziennik Urzędowy Izb Lekarskich, Rok VIII, nr 4, 1 kwietnia 1937 r.
9. Dziennik Urzędowy Izb Lekarskich, Rok IX, nr 4, 1 kwietnia 1938 r.
10. Dziennik Urzędowy Izb Lekarskich, Rok IX, nr 8, 1 sierpnia 1938 r.
11. Dziennik Urzędowy Izb Lekarskich, Rok X, nr 4, 1 kwietnia 1939 r.

F) Materiały prasowe

1. Gazeta Lekarska, nr 1 (108), styczeń 2000
2. Gazeta Lekarska, nr 1 (14), styczeń 1992
3. Gazeta Lekarska, nr 1 (14), styczeń 1992
4. Gazeta Lekarska, nr 1 (217), styczeń 2009
5. Gazeta Lekarska, nr 1 (217), styczeń 2009
6. Gazeta Lekarska, nr 1 (5), styczeń – luty 1991

7. Gazeta Lekarska, nr 11 (58), listopad 1995
8. Gazeta Lekarska, nr 11 (82), listopad 1997
9. Gazeta lekarska, nr 12 (71), grudzień 1996
10. Gazeta Lekarska, nr 2 (133), luty 2002
11. Gazeta Lekarska, nr 2 (15), luty 1992
12. Gazeta Lekarska, nr 2 (38), luty 1994
13. Gazeta Lekarska, nr 2 (61), luty 1996
14. Gazeta Lekarska, nr 3 (183), marzec 2003
15. Gazeta Lekarska, nr 3 (183), marzec 2006
16. Gazeta Lekarska, nr 3 (74), marzec 1997
17. Gazeta Lekarska, nr 3 (98), marzec 1999
18. Gazeta Lekarska, nr 4 (87), kwiecień 1998
19. Gazeta Lekarska, nr 6 (186), czerwiec 2006
20. Gazeta Lekarska, nr 6 (198), czerwiec 2007
21. Gazeta Lekarska, nr 7-8 (90-91), lipiec – sierpień 1998
22. Gazeta Lekarska, numer specjalny, lipiec 1990
23. Gazeta Wyborcza, nr 113, z dnia 17 maja 1993
24. Gazeta Wyborcza, nr 18 z dnia 22 stycznia 2008
25. Gazeta Wyborcza, nr 229, z dnia 1 października 1997
26. Medicus. Miesięcznik Lubelskiej Izby Lekarskiej, nr 11, 2004
27. Polityka, nr 20 (2245) z dnia 13 maja 2000
28. Rzeczpospolita, nr 124 z dnia 25 listopada 1993
29. Służba Zdrowia, nr 15 (1755) z dn. 10 kwietnia 1981
30. Służba Zdrowia, nr 38 (2175) z dn. 17 września 1989
31. Służba Zdrowia, nr 39 (2176) z dn. 24 września 1989
32. Służba Zdrowia, nr 40 (2177) z dn. 1 października 1989
33. Służba Zdrowia, nr 43 (2180) z dn. 22 października 1989
34. Służba Zdrowia, nr 43 (2180) z dn. 22 października 1989
35. Służba Zdrowia, nr 47 (2184) z dn. 19 listopada 1989
36. Służba Zdrowia, nr 52 (2189) z dn. 24 grudnia 1989

II. Książki

1. 70 lat samorządu lekarskiego na Śląsku red. Halina Borgiel-Marek et al., Katowice 2005

2. Antczak S., Geneza, przebieg i konsekwencje tzw. „stanu bezkontaktowego” w Kasach Chorych województw poznańskiego i pomorskiego w 1929 roku, w: Kasy Chorych w Wielkopolsce. Przeszłość i terażniejszość, red. M. Musielak, Poznań 2003
3. Bednorz W., Heimrath T., Kos J. B., Dolnośląska Izba Lekarska 1990 – 1999, Wrocław 1999
4. Brożek K., Polskie stowarzyszenia lekarskie 1805-1951, Warszawa 2005
5. Brzeziński T., Polskie Towarzystwo Lekarskie 1951-2001, Warszawa 2001
6. Durkheim E., O podziale pracy społecznej, Warszawa 1999
7. Etyka i deontologia lekarska, red. T. Kielanowski, Warszawa 1985
8. Finkel L., Zarys historii medycyny starożytnej Mezopotamii, Poznań 1997
9. Grelowski Z., Samorząd specjalny gospodarczy - zawodowy – wyznaniowy według obowiązujących ustaw w Polsce, Katowice 1947
10. Hegel G. W. F., Zasady filozofii prawa, Warszawa 1969
11. Herodot, Dzieje, Warszawa 2002
12. Historia Izb Lekarskich w Polsce, Materiały Seminarium Zespołu Historycznego NIL 23 listopada 1991 r., Warszawa 1993
13. Historia medycyny, red. T. Brzeziński, Warszawa 2004
14. Izdebski H., Historia administracji, Warszawa 2001
15. Kaiser A., Historia Śląskiej Izby Lekarskiej, w: Przeszłość zrozumieć - przyszłość kształtować : Konferencja, 9-11 września 2005, Wrocław : referaty przygotowane na konferencję, Wrocław 2005, s.28-29
16. Koniarek J., Lekarze o izbie lekarskiej i Kodeksie Etyki Lekarskiej, Łódź 1993
17. Leff S., Leff V., Od czarów do medycyny współczesnej, Warszawa 1959
18. Lyons, A. S. Petrucelli R. J. II, Ilustrowana historia medycyny, Warszawa 1996
19. Manteuffel T., Historia Powszechna. Średniowiecze, Warszawa 2005
20. Nasierowski T., Samorząd lekarski w Polsce, Warszawa 1989
21. Nasierowski T., Świat lekarski w Polsce (II poł. XIX w. – I poł. XX w.), Warszawa 1992
22. Odrodzony stan lekarski, red. M. Dolacka, E. Gwiazdowicz, Warszawa 2007
23. Okrągły Stół. Dokumenty i materiały, red. W. Borodziej, A. Garlicki, Warszawa 2004
24. Pollak K., Uczniowie Hipokratesa, Warszawa 1970

25. Prętki K., Przekształcenia systemu ochrony zdrowia w Polsce po II wojnie światowej, Poznań 2007
26. Rutkowska M., Samorządy zawodowe w okresie transformacji w Polsce, Wrocław 2004
27. Rzepecka – Koniarek G., Wybrani. Raport z badania socjologicznego delegatów na III Krajowy Zjazd Lekarzy, Łódź 1994
28. Samorząd w Polsce. Istota, formy, zadania, red. S. Wykrętowicz, Poznań 2008
29. Seyda B., Dzieje medycyny w zarysie, Warszawa 1977
30. Smoktunowicz E., Prawo zrzeszania się w Polsce, Warszawa 1992
31. Szumowski W., Historia medycyny filozoficznie ujęta, Kęty 2008
32. Szumowski W., Historia medycyny, Warszawa 1961
33. Waligórski A., Pawłowski S., Samorząd zawodowy i gospodarczy w Polsce, Poznań 2005
34. Wielkopolska Izba Lekarska i warunki pracy w opiniach lekarzy, red. J. T. Marcinkowski, Poznań, 1999
35. Wielkopolska Izba Lekarska. Tradycja i współczesność 1921-1999 , red. A. Baszkowski, J. T. Marcinkowski, A. Zarzycki, Poznań 2000
36. Więckowska E., Lekarze jako grupa zawodowa w II Rzeczypospolitej, Wrocław 2004
37. Wiśniewski Z., Kronika izb lekarskich w Polsce w latach 1945-2005, Warszawa 2005

III. Artykuły w czasopismach

1. Baszkowski A., Początki samorządu lekarskiego, Biuletyn Informacyjny Wielkopolskiej Izby Lekarskiej nr 7(Lipiec – Sierpień), 2006
2. Dzisiów F., Trudne drogi prowadzące do reaktywowania izb lekarskich w Polsce – wspomnienia i refleksje lekarza, Problemy Lekarskie 1995:34(1)
3. Nowak K. M., Ustrój i zadania samorządu lekarskiego w II Rzeczypospolitej, w: Zeszyty Naukowe Wyższej Szkoły Bankowej w Poznaniu, nr 21, rok 2008
4. Więckowska E., Okręgowe Izby Lekarsko – Dentystyczne oraz Naczelna Izba Lekarsko – Dentystyczna w II Rzeczypospolitej Polskiej, Czasopismo Stomatologiczne, 2004:57(11)

Spis rycin i tabel

1. Rycina 1. Rozmieszczenie siedzib izb lekarskich w II RP, s. 27
2. Rycina 2. Rozmieszczenie siedzib okręgowych izb lekarskich i Naczelnej Izby Lekarskiej w Polsce (1945-1950), s. 37
3. Rycina 3. Internetowy dostęp do zasobów CRL, s. 140
4. Tabela 1. Liczba lekarzy figurujących w rejestrze ukaranych lekarzy w latach 2004 -2009, s. 142
5. Tabela 2. Liczba praktyk lekarskich i lekarsko - dentystycznych zarejestrowanych w WIL, s. 147
6. Tabela 3. Liczba wizytacji praktyk lekarskich przeprowadzanych przez zespoły wizytacyjne Komisji ds. Indywidualnych Praktyk Lekarskich ORL WIL, s. 147
7. Tabela 4. Liczba spraw rozpatrywanych przez okręgowych rzeczników odpowiedzialności zawodowej okresie od I do V kadencji organów samorządu lekarskiego, s. 168
8. Tabela 5. Liczba spraw rozpatrywanych przez okręgowe sądy lekarskie w okresie od I do V kadencji organów samorządu lekarskiego, s. 168
9. Tabela 6. Liczba spraw rozpatrywanych przez Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej w okresie od I do V kadencji organów samorządu lekarskiego, s. 169
10. Tabela 7. Liczba spraw rozpatrywanych przez Naczelny Sąd Lekarski w okresie od I do V kadencji organów samorządu lekarskiego, s. 169
11. Tabela 8. Rozstrzygnięcia spraw rozpatrywanych przez okręgowe sądy lekarskie w V kadencji organów samorządu lekarskiego, s. 170
12. Tabela 9. Rozstrzygnięcia spraw rozpatrywanych przez Naczelny Sąd Lekarski w V kadencji organów samorządu lekarskiego, s. 170
13. Tabela 10. Liczba Komisji powołanych przez Okręgową Radę Lekarską WIL do oceny zdolności do wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentysty, s. 174
14. Tabela 11. Wydatki Wielkopolskiej Izby Lekarskiej na pomoc materialną dla swoich członków i ich rodzin, s. 236