

Koło Lekarzy Prywatnie Praktykujących, DIL Wrocław
Artykuł dot. składki członkowskiej i postulatów

lek. dent. prywatnie praktykujących

20.10.2014 r.

artykuł przekazano do :

- Komisji stom. NIL
- Przewodniczącego Zespołu Prywatnych Praktyk NIL
- Rzecznika Prasowego NIL
- Komisji Stomatologicznej DIL

Składka członkowska

Podniesienie o 50% obowiązkowej składki członkowskiej na samorząd lekarski wg Uchwały NRL nr 27/14/VII z dn. 5.09.2014r. jest negatywnie oceniane przez lekarzy z Koła Lekarzy Prywatnie Praktykujących DIL i naszym zdaniem nieuzasadnione.

Dołączamy nasz głos do ponad 12-tysięcznej grupy lekarzy, którzy podpisali już petycję, w której nie zgadzają się na podniesienie składki.

Obecnie składka wynosi 40zł miesięcznie, tj. 480zł za rok, po 1.01.2015 r. ma być to 60zł za miesiąc, czyli 720 zł rocznie.

Jest zapis w przedmiotowej Uchwale, iż zwolnieni będą automatycznie lekarze, którzy ukończyli 75 lat (to oczywiście - Ci lekarze na pewno nie powinni płacić już składki) oraz zwolnieni są wszyscy lekarze, którzy nie osiągają przychodu - ten zapis powinien być poddany pod dyskusję.

W DIL do chwili obecnej - lekarze emeryci, którzy zwrócili się do DRL z odpowiednim wnioskiem i dokumentami mogli płacić niższe składki.

Uważamy, że wszyscy lekarze emeryci powinni płacić pomniejszone składki i to niezależnie od tego, czy osiągają - lub nie - przychody z tytułu wykonywania zawodu lekarza.

Prezes NIL tłumaczy, że Uchwałę w sprawie zmiany sposobu płacenia i ściągalności składki podjął ostatni Krajowy Zjazd Lekarzy, ale przecież chodziło o lepszą ściągalność składek, a nie podwyżkę.

Ta Uchwała została przekazana Konwentowi Prezesów Okręgowych Izb Lekarskich i to on przygotował projekt uwzględniający podniesienie składki, a następnie we wrześniu na NRL został przegłosowany: 31 głosami za, 11- przeciw i 8 - wstrzymującymi się od głosu.

Szkoda, że ten projekt nie został poddany pod dyskusję dla większej grupy lekarzy, choćby delegatów Izb lekarskich. Uniknęlibyśmy może tej gorącej, medialnej dyskusji, że samorząd niewiele robi, że pieniądze idą na rauty i bale?

Zamiast podwyżki składki oczekivalibyśmy najpierw poprawy skuteczności działania samorządu

1. Dyskusji i konsultacji przynajmniej z delegatami Izby, rzetelnych wyliczeń i informacji na co będą przeznaczone te pieniądze.

2. Konstruktywnych działań ze strony Izby w kierunku ułatwienia lekarzom prowadzenia działalności m.in. odciążenia od wielu biurokratyczno - urzędowych obowiązków.
3. Reprezentowania interesów i wsparcia lekarzy tych „na dole”- pracujących w małych, często 1-osobowych gabinetach lekarskich, które są jedynym miejscem ich pracy, jak i lekarzy emerytów, którzy wciąż jeszcze pracują i dorabiają do skromnych świadczeń emerytalnych oraz ulg i łagodniejszych przepisów dla ww. praktyk - a nie dodatkowych obciążeń finansowych.
4. Podjęcia stosownych uchwał, aby lekarze (a przynajmniej lekarze emeryci) w placówkach medycznych, szpitalach przyjmowani byli poza kolejnością, mieli ułatwiony dostęp do lekarzy specjalistów, badań, czy zabiegów rehabilitacyjnych.
5. Zwolnienia 1- osobowych praktyk lekarskich z obowiązku prowadzenia dokumentacji w formie elektronicznej i dopuszczenia możliwości w tych praktykach prowadzenia dokumentacji w formie papierowej (jest jeszcze czas do sierpnia 2017r. - kiedy ma wejść ten obowiązek - może uda się to załatwić?).

Do leczenia naszych pacjentów wystarcza nam dokładnie zebrany wywiad i wypełniona przez pacjenta, dość rozbudowana karta dotycząca stanu zdrowia (np. dla dentysty - do leczenia zachowawczego zębów, a prawdopodobnie dla innych specjalności także) i nie musimy sięgać do bazy dokumentacji elektronicznej pacjenta, a pacjentowi - jeśli jest taka potrzeba zawsze możemy wydać dokumentację medyczną.

Prowadzenie dokumentacji w formie elektronicznej wiąże się z dodatkowymi dużymi kosztami. Nie licząc zakupu komputera i dostępu do internetu w gabinecie, jest jeszcze koszt programu służącego do prowadzenia dokumentacji elektronicznej tj.800-1000 zł na rok i ewentualnego szkolenia w jego obsłudze.

Koszt usługi przechowywania dokumentacji w formie elektronicznej w Medycznym Centrum Przetwarzania Danych(MCPD) zaczynałby się od kilkuset złotych na miesiąc. Koszt urządzeń, sieci i zabezpieczeń dla gabinetów, to co najmniej 10 tys. zł na rok, a po 5 latach sprzęt trzeba podobno wymieniać.

Dochodzi do tego jeszcze w związku z ochroną danych osobowych (wymogi GIODO) wdrożenie i opracowanie dość skomplikowanej Instrukcji Zarządzania Systemem Informatycznym.

Dla lekarza praktykującego prywatnie w małym gabinecie - to naprawdę duże obciążenie!

6. Zwolnienia z obowiązku posiadania kas fiskalnych lekarzy wykonujących działalność w niewielkim zakresie, lekarzy emerytów oraz jak było do teraz, tych którzy nie osiągają obrotów powyżej 20 tys. zł.

Z niecierpliwością czekamy, co z kolejnym stanowiskiem NRL z dn. 3.10.2014 r. w sprawie projektu Ministra Finansów w sprawie zwolnienia z obowiązku prowadzenia ewidencji przy zastosowaniu kas rejestrujących. Cieszy nas, że Prezydium podtrzymało tym stanowiskiem negatywną ocenę projektu likwidacji obecnie obowiązującego zwolnienia .

Posiadanie kasy fiskalnej to:

- koszty związane z zakupem kasy (choć są częściowo dofinansowane),
- uciążliwa procedura legalizacji i stosowania kasy,
- koszty obsługi kasy,
- niejednoznaczne stanowiska Urzędów Skarbowych dotyczące opisywania paragonów

Rozporządzenie Ministra Finansów z dn. 14.03.2013 r.(Dz.U.z 2013 r.,poz. 363) w sprawie kas rejestrujących nakazuje umieszczać na paragonie nazwę towaru lub usługi pozwalającą na jednoznaczną ich identyfikację (podobno najlepiej, aby było - co w cenniku, to na paragonie).

Naszym zdaniem na paragonie powinien wystarczyć wpis - „usługa medyczna”, czy „usługa stomatologiczna” - pozostałe informacje dotyczące usługi, pacjent lub osoba kontrolująca znajdzie w dokumentacji medycznej.

Jeśli nawet rozszerzymy nasz wpis i będzie np. stomatologia zachowawcza, leczenie protetyczne, endodoncja, chirurgia, to również te nazwy nie będą identyfikowały sprzedawanej usługi w sposób wystarczająco jednoznaczny i precyzyjny, gwarantujący pacjentowi, czy Urzędowi Skarbowemu, otrzymania dokumentu potwierdzającego jakiego rodzaju usługę nabył, gdyż te opisy będą dotyczyły bardzo szerokiej grupy usług nie pozwalającej na ich jednoznaczną identyfikację.

Mamy wątpliwości, bo skoro wywoływanie pacjenta po nazwisku do gabinetu jest naruszeniem prawa do intymności i godności, co wynika z art. 20 ust 1 UPP (Ustawa o Prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta), a od strony powinnościowej zagadnienie to normuje m.in. art. 36 ust 1 UZL (Ustawa o Zawodzie Lekarza i Lekarza Dentysty), z kolei art.12 ust.1 KEL mówi „lekarz powinien życzliwie i kulturalnie traktować pacjenta, szanując jego godność osobistą, prawo do intymności i prywatności”.

Naruszenie prawa do intymności polega m.in. na wywoływaniu poczucia wstydu - to czy wpisanie na paragonie np.: ekstrakcja zęba, proteza, korona, leczenie kanałowe ,leczenie protetyczne – nie jest naruszeniem intymności??

Powinniśmy nie zgadzać się na takie wpisy (tym mogliby zająć się prawnicy zatrudnieni w Izbach), bowiem naruszenie jakiegokolwiek z praw pacjenta stanowi podstawę dochodzenia przez niego zadośćuczynienia pieniężnego na zasadach określonych w art. 4 UPP, a ponadto może uzasadniać odpowiedzialność zawodową, a nawet karną, jak to ma miejsce w wypadku ujawnienia tajemnicy medycznej - art.266 kk.

7. Dążenie do sytuacji, aby wszyscy lekarze mogli wejść do systemu NFZ.

Obecnie liczba lekarzy dentyków czynnie wykonujących zawód w województwie dolnośląskim wynosi 3050. NFZ w województwie dolnośląskim podpisał na lata 2013-2015 - 907 umów. Część placówek ma po kilka kontraktów. Te liczby pokazują, że większość dentyków pracuje bez kontraktów.

Na początku zapewniano nas - zwłaszcza dentyków, którzy jako pierwsi zostali sprywatyzowani, że stworzony zostanie system, w którym „ pieniądze idą za pacjentem”. Tak się nie stało.

Chcielibyśmy, aby było tak, jak jest teraz w opiece transgranicznej tzn.pacjenci, którzy skorzystają z odpłatnych świadczeń zdrowotnych w innym państwie UE, będą mogli ubiegać się o zwrot kosztów tych świadczeń na podstawie rachunku wystawionego przez tamtego lekarza. Jeżeli pacjent trafi do naszego gabinetu, też mógłby otrzymać rachunek z wymienieniem procedur refundowanych przez NFZ i tam otrzymać zwrot kosztów za leczenie.

Skoro na obecną chwilę, nie wszyscy jak wiadomo mogą wejść do systemu kontraktów NFZ liczylibyśmy na to, że Izby Lekarskie pomogą w inny sposób lekarzom prywatnie praktykującym (tym bez umów z NFZ), bo obecnie jest to bardzo nierówne traktowanie.

Nie znaczy to wcale, że Izby mają być Policją dla lekarzy (jak nie raz słyszymy), ale o przestrzeganie prawa przez wszystkich.

Dotyczy to np.:

- a) niezgodnej z przepisami formy reklamowania usług - a więc nieprzestrzegania Uchwał NRL w sprawie ogłaszania się lekarzy. Może należałoby w takim razie tę Uchwałę zmienić – albo zacząć egzekwować.
- b) gabinety finansowane przez NFZ są na pewno w lepszej sytuacji finansowej (bo za poszczególne świadczenia otrzymują zapłatę z Funduszu) i stać je na reklamy i strony internetowe.
- c) często też zdarza się, że lekarze, pomimo, że nie mają już kontraktu z NFZ nie zdejmują tablic z napisem „gabinet świadczy usługi w ramach NFZ” chcąc dalej przyciągać pacjentów.
- d) niestety lekarze często pobierają dopłaty do świadczeń - choć nie wolno im tego robić. To doprowadza do nierówności wśród dentyków. Oczywiście jest, że pacjent wybierze gabinet, w którym mniej zapłaci za leczenie. Jest to działanie na pewno sprzeczne z artykułami Ustawy o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji. Tworzy to sytuacje korupcyjne, narusza zasady etyki lekarskiej, godzi w dobre imię lekarzy. Art.1 KEL stanowi, iż „lekarz ma dbać o godność zawodu”, „naruszeniem godności zawodu jest każde postępowanie lekarza, które podważa zaufanie do zawodu.”
- e) może nie należy łączyć „państwowego z prywatnym” - tzn. łączyć kontraktu i udzielania świadczeń prywatnych - niegwarantowanych w jednym gabinecie, a jeżeli już - to pomiędzy godzinami pracy zakontraktowanymi oraz pracy odpłatnej zachować przerwę. Pacjenci prywatni byliby przyjmowani po godzinach pracy kontraktowej. Taka jest obecnie decyzja np. śląskiego NFZ.

Lekarze rodzinni mając podpisane umowy z NFZ, w swoich praktykach nie przyjmują prywatnych pacjentów i nie pobierają dopłat.

Argumentacja podwyżki składki członkowskiej nie do końca nas przekonuje.

1. Podobno chcemy więcej szkoleń jak wynika z różnych badań.

Od dawna zgłaszamy wnioski na zjazdach, aby zmniejszyć ilość punktów edukacyjnych z 200 przynajmniej do 100 pkt. Niech to nie będzie zbieractwo punktów. Mniej wówczas wydamy na szkolenia izbowe.

Po drugie - 200 pkt na 4 lata, średnio licząc za szkolenie 4 pkt, to 50 dni szkoleniowych w 4-letnim okresie rozliczeniowym, czyli 12,5 dni na rok. To dużo, zwłaszcza dla lekarzy prywatnie praktykujących, którzy w tym czasie zamykają swoje gabinety i nie pracują.

2. Adwokaci płacą wyższe składki.

Adwokatów w Polsce jest ok. 12,5 tysiąca. Lekarzy czynnych zawodowo ok. 165 tysięcy, a wszystkich członków Izby Lekarskiej ok. 182 tysięcy. Te liczby mówią same za siebie, ile pieniędzy ze składek trafia na porównywane samorządy. Skoro nas się porównuje do adwokatów - to informujemy, że adwokaci też się szkolą i w okresach porównywalnych mają: 12 punktów szkoleniowych na rok, czyli na 4 lata 48 punktów szkoleniowych.

3. Pomoc socjalna dla ubogich lekarzy.

To smutne, że doszło do takiej sytuacji w Polsce, że lekarze są biedni. Oczywiście jesteśmy za tym, aby pomagać. W życiu dotyczą nas różne trudne przypadki losowe. Jednakże nie tylko tego oczekujemy od Izby. Wielu lekarzy nie prosi o wsparcie finansowe, bo po pierwsze jest to dla nich upokarzające zwracać się do Rady Lekarskiej o taką pomoc i dodatkowo „dokumentować biedę”. Po drugie lekarze, przynajmniej Ci, którym jeszcze zdrowie i sytuacja rodzinna na to pozwala wolą pracować. Tylko pozwólmy im na to. Szukajmy sposobów, aby nie byli kolejnymi ubogimi lekarzami.

Jako samorząd lekarski posiadający bazę w postaci Izb Lekarskich wspieramy, walczymy o ulgi i dużo łagodniejsze przepisy dotyczące prowadzenia gabinetów lekarskich, a zanim zostaną wprowadzone kolejne finansowe obciążenia - przyjrzyjmy się dokładnie, policzmy jakie to są wydatki. Duże firmy medyczne poradzą sobie, ale małe gabinety - na pewno nie!

4. Zarobki lekarzy w ciągu ostatnich 6 lat wzrosły i to znacznie.

a) Wsłuchując się w głos Koleżanek i Kolegów z naszego środowiska mamy inne informacje. Po pierwsze nie wszystkim, a na pewno nie lekarzom prywatnie praktykującym zwłaszcza dentystom, co potwierdzają chociażby te badania:

Wg opracowania Sedlak&Sedlak (maj 2014r.) na podstawie danych GUS:

Zarobki dentystów w sektorze publicznym są wyższe niż praktykujących prywatnie;

Z raportu wynika, że niecała połowa lekarzy zarabia do 3900 zł, 1/4 dentystów: 3900 - 5840 zł, ponad 1/4 dent.: 5840 zł.

W analizie zaprezentowano również graniczne kwoty 20% najslabiej opłacanych dentystów - poniżej 2488 zł i 20% najlepiej opłacanych powyżej 6503 zł.

b) Dla porównania: Jeden etat w NFZ dla lekarza dentysty to 18 tysięcy punktów - a wartość punktu waha się różnie, w zależności od oferty konkursowej od 0,98 gr. do 1,09 zł. (tj. od 17.640 zł do 19.620 zł za etat).

c) Według dziennikarzy „Faktu” oraz serwisu Bankier.pl, którzy powołują się na dane Ministerstwa Zdrowia - lekarzom wyraźnie się polepszyło.

Wg tych danych lekarze w szpitalach mają wysokie zarobki (to dobrze), a przecież szpital, to często nie jedyne miejsce pracy, jak jest w przypadku lekarza prywatnie praktykującego, którego mało kto chce zatrudniać z obawy, że będzie ściągał pacjentów do swojego gabinetu. Oczywiście wiemy, że lekarze też różnie zarabiają, bo reguluje to rynek pracy, dyrektorzy i możliwości szpitali, czy przychodni, dlatego nie podajemy kwot podanych przez ww. źródła.

Dobrze, że wreszcie lekarze w szpitalach za swoją trudną i jakże odpowiedzialną pracę są dobrze wynagradzani. Nasze środowisko lekarzy - delegatów Izb, zawsze głosowało za polepszeniem warunków płacowych dla tych lekarzy. Teraz chcielibyśmy, aby i nasze problemy – lekarzy pracujących tylko prywatnie zostały zauważone przez samorząd lekarski.

5. Nasza składka jest jedną z najmniejszych w UE.

Składka musi korespondować z zarobkami lekarzy w danym kraju, zarobki w zachodniej Europie są znacząco wyższe.

6. Pomoc prawna Izb Lekarskich.

Oczekiwaliśmy od prawników zatrudnionych w Izbie większego zaangażowania - niż tylko podawania obowiązujących rozporządzeń. Mamy też pomoc prawną wynikającą z OC obowiązkowego lekarzy,

jednakże zdarza się, że lekarze w trudnych sprawach roszczeniowych i tak muszą prywatnie korzystać z pomocy profesjonalnych pełnomocników.

Przewodnicząca KLPP

lek.dent. Teresa Bujko

Podajemy adres strony internetowej podany przez Rzecznika prasowego NIL, na który można kierować wszystkie komentarze i uwagi w sprawie składki członkowskiej :

e-mail: skladki@hipokrates.org