

UCHWAŁA Nr 16/22/VI
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 8 kwietnia 2022 r.

w sprawie sprawozdania kadencyjnego Naczelnej Rady Lekarskiej

Na podstawie art. 39 ust. 1 pkt 19 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2021 r. poz. 1342) uchwała się, co następuje:

§ 1.

Przedstawia się XV Krajowemu Zjazdowi Lekarzy sprawozdanie z VIII kadencji Naczelnej Rady Lekarskiej, stanowiące załącznik do uchwały.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ


Marek Jodłowski

PREZES


Andrzej Matyja

**SPRAWOZDANIE KADENCYJNE
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ**

za lata 2018-2022

Zadania samorządu lekarskiego szczegółowo określa ustawa z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich. Zadania te w szczególności odnoszą się do sfery reprezentowania interesów środowiska lekarzy i lekarzy dentyków oraz sprawowania pieczy nad należytym wykonywaniem tych zawodów. Cele działania Naczelnej Rady Lekarskiej w czasie VIII kadencji wskazał kierunkowo XIV Krajowy Zjazd Lekarzy. Uchwała Nr 8 XIV Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 21 marca 2014 r. w sprawie programu samorządu lekarskiego dotyczyła zagadnień najbardziej istotnych dla lekarzy i lekarzy dentyków, w tym przede wszystkim zagadnień z obszaru:

- 1) finansowania ochrony zdrowia i uznania finansowania systemu ochrony zdrowia za priorytet wydatków publicznych,
- 2) organizacji opieki zdrowotnej,
- 3) kształcenia lekarzy i lekarzy dentyków,
- 4) ochrony dobrego wizerunku środowiska lekarskiego i dobrego imienia poszczególnych lekarzy i zabiegania o rozwiązania prawne, które będą służyły wolnemu od nacisków administracyjnych, godnemu wykonywaniu zawodów lekarza i lekarza dentyki.

Naczelna Rada Lekarska w okresie VIII kadencji podjęła szereg uchwał, stanowisk i apeli realizujących zadania samorządu lekarskiego, o których mowa w ustawie z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich oraz przez Krajowy Zjazd Lekarzy.

Naczelna Rada Lekarska VIII kadencji odbyła swoje pierwsze posiedzenie w dniu 15 czerwca 2018 r. Na posiedzeniu tym dokonano wyboru Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej.

W roku 2018 Naczelna Rada Lekarska VIII kadencji odbyła łącznie 4 posiedzenia, na których podjęła 38 uchwał, 17 stanowisk i 4 apele.

W roku 2019 Naczelna Rada Lekarska odbyła 9 posiedzeń, na których podjęła 44 uchwały, 19 stanowisk i 3 apele.

W roku 2020 Naczelna Rada Lekarska odbyła 8 posiedzeń, na których podjęła 22 uchwał, 11 stanowisk i 2 apele.

W roku 2021 Naczelna Rada Lekarska odbyła 7 posiedzeń, na których podjęła 31 uchwał, 10 stanowisk i 4 apele.

W roku 2022 Naczelna Rada Lekarska VIII kadencji odbyła 2 posiedzenia, planowane jest jeszcze jedno posiedzenie.

Począwszy od wybuchu pandemii w marcu 2020 roku Naczelna Rada Lekarska podejmowała uchwały także w trybie obiegowym lub na posiedzeniach odbywających się w trybie zdalnym.

Szczegółowe przedstawienie działalności Naczelnej Rady Lekarskiej VIII kadencji w obszarze spraw związanych z wykonywaniem zawodu lekarza dentysty zostało zamieszczone w sprawozdaniu kadencyjnym Komisji Stomatologicznej Naczelnej Rady Lekarskiej.

1. Powołanie Ośrodków Naczelnej Izby Lekarskiej i zmiana niektórych regulaminów

W pierwszym roku VIII kadencji samorządu Naczelna Rada Lekarska dokonała przeglądu celów samorządu oraz sposobów ich realizacji m.in. poprzez powołanie lub nadanie nowych regulaminów działania następującym Ośrodkom:

- 1) Ośrodkowi Doskonalenia Zawodowego Naczelnej Izby Lekarskiej, do którego zadań należy wspieranie członków izb lekarskich w realizacji ustawowego obowiązku doskonalenia zawodowego oraz rozpowszechnianie wytycznych postępowania medycznego opierających się na aktualnej wiedzy medycznej oraz zasadach *evidence based medicine*,
- 2) Ośrodkowi Bioetyki NRL, do którego zadań należy prowadzenie badań w zakresie współczesnych problemów bioetyki, zwłaszcza w zakresie

związanym z wykonywaniem zawodów lekarza i lekarza dentystry; szerzenie wiedzy o problemach bioetycznych w środowisku lekarskim, współpraca z komisjami bioetycznymi powołanymi w trybie odrębnych przepisów w zakresie opracowywania i upowszechniania zasad prowadzenia eksperymentów medycznych;

- 3) Ośrodkowi Współpracy Zagranicznej, do którego zadań należy m.in.: planowanie, organizowanie i koordynowanie bieżącej działalności zagranicznej Naczelnej Izby Lekarskiej, proponowanie kierunków współpracy międzynarodowej i przynależności do międzynarodowych organizacji lekarskich, utrzymywanie łączności i współpraca z polonijnymi organizacjami lekarskimi
- 4) Ośrodkowi Historycznemu Naczelnej Izby Lekarskiej, do którego zadań należy m.in. gromadzenie dokumentacji dotyczącej historii polskich lekarzy, lekarzy dentystrów i ich organizacji, szerzenie wiedzy o historii polskich lekarzy, lekarzy dentystrów i ich organizacji;
- 5) Ośrodkowi ds. Opiniowania Sądowo-Lekarskiego i Orzecznictwa, do którego zadań należy m.in. opracowanie i zgłaszanie inicjatyw w zakresie tworzenia i zmiany przepisów prawnych regulujących status biegłych sądowych z zakresu medycyny, opiniowanie, opracowywanie i zgłaszanie inicjatyw dotyczących warunków wykonywania zadań przez biegłych sądowych z zakresu medycyny, współpraca przy tworzeniu warunków do doskonalenia zawodowego biegłych sądowych z zakresu medycyny.

W pierwszym roku VIII kadencji Naczelnej Rady Lekarskiej podjęto także decyzję o zmianie regulaminu nadawania najwyższego odznaczenia samorządowego – „Meritus Pro Medicis” zwiększając rolę opiniodawczą okręgowych rad lekarskich w procesie przyznawania tego odznaczenia.

W roku 2018 Naczelna Rada Lekarska określiła na nowo zasady wydawania Gazety Lekarskiej i Biuletynu Naczelnej Izby Lekarskiej. Zdecydowano o powołaniu nowego redaktora naczelnego Gazety Lekarskiej oraz powołano Radę Programową Gazety, do której zadań należy określanie strategii polityki redakcyjnej Gazety Lekarskiej z zachowaniem spójności z polityką komunikacyjną Naczelnej Izby Lekarskiej.

2. Zakup nowej siedziby NIL

Naczelna Rada Lekarska już w sierpniu 2018 r. powołała zespół ds. oceny ofert na zakup siedziby Naczelnej Izby Lekarskiej. Była to realizacja wcześniej przyjętego założenia o konieczności zakupu nowej siedziby dla Naczelnej Izby Lekarskiej, na której zakup utworzony został specjalny fundusz celowy. Dotychczasowe pomieszczenia NIL nie są wystarczające do realizacji wszystkich zadań przypisanych organom Naczelnej Izby Lekarskiej. Potrzeba zakupu nowych pomieszczeń dotyczyła przede wszystkim Naczelnego Sądu Lekarskiego i Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej, które to organy funkcjonowały w pomieszczeniach niespełniających standardów właściwych dla pomieszczeń, w których toczy się postępowanie wyjaśniające lub postępowanie sądowe. Rozważano wiele wariantów dotyczących zakupu nowej siedziby NIL, w tym możliwość zakupu nieruchomości gruntowej, zamówienia projektu budowlanego i rozpoczęcie budowy, rozważano także zakup lokali, które po remoncie mogłyby odpowiadać potrzebom działalności NIL lub lokali w stanie deweloperskim, które wymagają adaptacji na potrzeby działalności NIL. Żadna z propozycji nie odpowiadała jednak kryteriom narzuconym warunkami funkcjonowania Naczelnej Izby Lekarskiej czy to z uwagi na niedogodną lokalizację utrudniającą dotarcie do siedziby NIL członkom samorządu i członkom organów NIL, zbyt duże koszty remontu, bądź brak odpowiedniej liczby miejsc parkingowych (co dotyczyło nieruchomości położonych w centrum Warszawy). W rezultacie w grudniu 2019 r. Naczelna Rada Lekarska zdecydowała o zakupie dodatkowego lokalu w budynku dotychczasowej siedziby Naczelnej Izby Lekarskiej przy ul. Sobieskiego 110. Dodatkowy lokal o powierzchni 340 m² zakupiono z przeznaczeniem na stworzenie godnych warunków funkcjonowania Naczelnego Sądu Lekarskiego i Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej. Zakup tego dodatkowego lokalu pozwolił zachować integralność całej struktury NIL pod jednym adresem, a zarazem koszt zakupu był wielokrotnie mniejszy niż koszt zakupu działki i budowy nowego obiektu, czy zakupu innej nieruchomości do remontu. Następnie, na skutek przeprowadzonych dalszych negocjacji z właścicielem kolejnego lokalu, Naczelna Rada Lekarska w podjęła w czerwcu 2020 r. uchwałę nr

5/20/VIII o zakupie kolejnego lokalu o powierzchni 343,43 m² w budynku przy ul. Sobieskiego 110. W lokalu tym przeprowadzono remont i planowane jest uruchomienie nowoczesnego centrum szkoleniowo-konferencyjnego Ośrodka Doskonalenia Zawodowego NIL.

3. Stypendia NIL

W roku 2019 Naczelna Rada Lekarska podjęła decyzję o utworzeniu „Funduszu stypendiów Naczelnej Rady Lekarskiej”, z którego są przyznawane lekarzom i lekarzom denty stom stypendia w celu doskonalenia zawodowego. Stypendia są przeznaczone dla lekarzy, którzy nie ukończyli 35 roku życia i mają na celu wspieranie inicjatyw kształcenia młodych lekarzy. Na wypłatę stypendiów przeznaczono kwotę w wysokości 400 tys. złotych rocznie. Stypendium może wynosić do 10 tys. złotych.

W czasie całej VIII kadencji wypłacone zostały stypendia na łączną kwotę blisko 1,1 miliona złotych. Ze stypendiów skorzystało 126 lekarzy i lekarzy denty stom. Zainteresowanie otrzymaniem stypendium jest bardzo duże, dlatego osoby korzystające ze stypendiów wybierane są w drodze konkursowej po weryfikacji najwyższej liczby punktów kwalifikujących do otrzymania stypendium.

Aby uprościć i ujednoczyć składanie wniosków o stypendium, zobiektywizować wybór osób uprawnionych do otrzymania stypendium według ustalonych przez Naczelną Radę Lekarską kryteriów zamówiono program do obsługi stypendiów. Obecnie wszystkie wnioski o stypendium mogą być składane drogą elektroniczną.

4. Ubezpieczenie OC samorządu

Naczelna Izba Lekarska oraz okręgowe izby lekarskie sprawują pieczę i nadzór nad wykonywaniem zawodu lekarza i lekarza denty stom. Realizując te zadania samorząd lekarski występuje w roli organu wykonującego zadania z zakresu administracji publicznej lub w roli organu prowadzącego postępowania sądowe, w których to może dojść do naruszenia praw i interesów osób, których te postępowania dotyczą.

Stale rosnąca liczba skarg do sądu administracyjnego od decyzji podejmowanych przez organy samorządu lekarskiego oraz rosnąca liczba kasacji od orzeczeń podejmowanych przez sądy lekarskie, a także fakt, że głos Naczelnej Izby Lekarskiej w sprawach dotyczących ochrony zdrowia i bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli

stał się wyraźnie słyszalny, także wśród przeciwników szczepień ochronnych czy zwolenników różnego rodzaju terapii niesprawdzonych naukowo, sprawia, że zaistniała potrzeba objęcia ochroną ubezpieczeniową działań samorządu lekarskiego i jego organów.

W kwietniu 2021 r. zawarto z Inter Polska umowę ubezpieczenia Odpowiedzialności Cywilnej (OC) Naczelnej Izby Lekarskiej, jej organów oraz członków organów, a także wszystkich okręgowych izb lekarskich, ich organów i członków organów. Umowa ta daje samorządowi lekarskiemu ochronę ubezpieczeniową od daty jej zawarcia, ale co istotne pokrywa także wszelkie działania podejmowane przez samorząd lekarski za okres wsteczny, liczony od 1 stycznia 2020 r., dając tym samym ochronę ubezpieczeniową za cały okres działania samorządu w czasie epidemii koronawirusa.

5. Telemedycyna

W czasie VIII kadencji Naczelnej Rady Lekarskiej coraz istotniejszym problemem ochrony zdrowia stało się korzystanie ze zdobyczy technologii komunikacyjnej i zastosowanie jej w postaci świadczeń zdrowotnych udzielanych za pośrednictwem środków porozumiewania się na odległość. Prawodawstwo polskie dopuszcza wyraźnie możliwość udzielania świadczeń zdrowotnych za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności. Dostrzegając potrzebę doprecyzowania zasad, wedle których lekarze mogą udzielać świadczeń telemedycznych w VIII kadencji Naczelnej Izby Lekarskiej, w czerwcu 2018 powołano Zespół Naczelnej Rady Lekarskiej ds. telemedycyny. We wrześniu 2020 r. wyniki prac Zespołu opracowane wspólnie z Telemedyczną Grupą Roboczą zostały przedstawione Naczelnej Radzie Lekarskiej, która w uchwale nr 11/20/VIII przyjęła wytyczne dla udzielania świadczeń telemedycznych. Wytyczne składają się z trzech dokumentów pn. „Wytyczne dla udzielania świadczeń telemedycznych”, „Wytyczne świadczenia telemedycznego uwzględniające aspekty etyczne”, „10 kroków wizyty telemedycznej”. Dokumenty te opisują zasady przetwarzania danych osobowych pacjentów w związku z udzieleniem mu teleporady, zasady udzielania transgranicznej teleporady, opisują realizację praw pacjenta w czasie tej formy udzielania mu świadczenia zdrowotnego, zwracają uwagę na aspekt poufności porady oraz właściwej identyfikacji osoby korzystającej ze świadczenia, wskazują na

potrzebę działania z należytą starannością oraz zgodnie ze aktualnym stanem wiedzy medycznej. Wytyczne regulują też zasady uzyskiwania zgody pacjenta, sposób prowadzenia dokumentacji medycznej oraz wydania różnego rodzaju zaświadczeń, skierowań. W wytycznych wyjaśniono, że lekarz powinien zachować autonomię zawodową przy podejmowaniu decyzji, czy konsultacja telemedyczna jest właściwa, czy też powinna być zapewniona konsultacja osobista. Przyjęte przez Naczelną Radę Lekarską wytyczne w części poświęconej aspektom etycznym wskazują, że lekarz powinien wybrać metodę postępowania, którą uzna za najbardziej właściwą. O tym, czy w danym przypadku lekarz powinien zastosować rozwiązania oparte na telemedycynie, powinien on decydować uwzględniając:

- rodzaj świadczenia,
- okoliczności i problem zdrowotny pacjenta,
- skuteczność i bezpieczeństwo proponowanej metody,
- wskazania aktualnej wiedzy medycznej.

Jeżeli w ocenie lekarza telemedycyna zapewnia wystarczającą możliwość nawiązania kontaktu z pacjentem i oceny jego stanu zdrowia, lekarz powinien móc ją wykorzystać. Przyjęto jednak, że telekonsultacja nie może być nadużywana w przypadkach, gdy nie pozwala na rzetelną ocenę objawów i stanu zdrowia pacjenta.

Wytyczne uchwalone przez Naczelna Radę Lekarską były przesłane do Ministerstwa Zdrowia, niestety wydawane w czasie epidemii przez Ministra Zdrowia rozporządzenia określające standard organizacyjny teleporady nie wykorzystywały w pełni rozwiązań opracowanych w samorządzie lekarskim.

6. Ustawa o biegłych sądowych

Naczelna Rada Lekarska od dłuższego czasu obserwuje problemy wymiaru sprawiedliwości w sprawach wymagających specjalistycznej wiedzy medycznej. Problemem jest utrudniona możliwość korzystania z opinii sporządzanych przez biegłych lekarzy posiadających wysokie kwalifikacje i doświadczenie zawodowe, autorytet w środowisku medycznym oraz nienaganną postawę etyczną.

Niewielka liczba biegłych powoduje, że terminy oczekiwania na wydanie opinii są bardzo długie, co ma bezpośrednie przełożenie na długotrwałe prowadzenie postępowań. Z problemami tymi borykają się wszystkie organy wymiaru sprawiedliwości – tak prokuratury, jak i sądy.

Samorząd lekarski widzi potrzebę stworzenia nowej, kompleksowej regulacji normującej zagadnienia zasad wykonywania czynności biegłego i wydawania opinii przez instytucje naukowe lub specjalistyczne w postępowaniach prowadzonych na podstawie ustaw. W ocenie samorządu lekarskiego poprawa tego stanu rzeczy wymaga szeroko zakrojonych zmian legislacyjnych.

Mając powyższe na uwadze w roku 2018 Naczelna Rada Lekarska powołała w swoich strukturach Ośrodek ds. Opiniowania Sądowo-Lekarskiego i Orzecznictwa, którego zadaniem jest m.in. opracowanie i zgłaszanie inicjatyw w zakresie tworzenia i zmiany przepisów prawnych regulujących status biegłych sądowych z zakresu medycyny. Działalność Ośrodka stanowi kontynuację realizowanych już od wielu lat przez samorząd lekarski zadań w zakresie szkoleń dla biegłych sądowych z zakresu medycyny oraz organizowania płaszczyzny współpracy między organami procesowymi a biegłymi sądowymi z zakresu medycyny.

Powołany przez Naczelną Radę Lekarską Ośrodek ds. Opiniowania Sądowo-Lekarskiego i Orzecznictwa, w skład którego powołano biegłych sądowych z wieloletnim doświadczeniem, opracował we współpracy z zawodowym legislatorem, projekt ustawy o biegłych sądowych, który został następnie przyjęty przez Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej w drodze uchwały nr 98/20/P-VIII. W projekcie ustawy zostały zaproponowane kompleksowe rozwiązania dotyczące m.in.:

- 1) wpisywania biegłych na listę biegłych;
- 2) tryb powoływania biegłych uwzględniający pozytywną opinię samorządu zawodowego lub organizacji, do której należy, i długość kadencji biegłego;
- 3) obowiązek szkolenia biegłych w zakresie podstaw formułowania opinii w postępowaniu karnym i cywilnym;
- 4) przesłanki skreślenia z listy biegłych sądowych uwzględniające także wydawanie opinii z niedającym się usprawiedliwić opóźnieniem.
- 5) ubezpieczenia biegłych od odpowiedzialności cywilnej.
- 6) zmiany zasad wynagradzania biegłych sądowych z uwzględnieniem, że wynagrodzenie musi być zachętą do podejmowania się przez doświadczonych lekarzy specjalistów trudnej roli eksperta wydającego opinie na rzecz organów procesowych. Przewidziano możliwość indywidualnego ustalenia wynagrodzenia, które nie byłoby pochodną wyliczenia stawki godzinowej, w sytuacjach gdy np. liczba osób wykonujących zawód w danej specjalizacji jest niewielka i pozyskanie biegłego

gotowego do wydania opinii w rozsądnym dla sądu i stron terminie jest niezwykle trudne lub gdy opinia biegłego dotyczy sprawy o szczególnej wadze lub szczególnie skomplikowanej.

Opracowany w Naczelnej Izbie Lekarskiej projekt ustawy o biegłych sądowych został w styczniu 2021 roku przekazany do Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej Andrzeja Dudy z prośbą o zgłoszenie przez niego inicjatywy legislacyjnej. Wobec braku odpowiedzi ze strony Prezydenta RP w lutym 2022 r. Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej ponownie wystąpił do Prezydenta w tej sprawie.

Niezależnie od tego Naczelna Rada Lekarska w stanowisku nr 2/22/VIII z 28 stycznia 2022 r. skrytykowała zarządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 13 października 2021 r. w sprawie utworzenia Instytutu Ekspertyz Medycznych w Łodzi (Dz.Urz. MS. z 2021 r. poz. 239). Utworzenie tego Instytutu nie rozwiązuje bowiem żadnego z istotnych zagadnień opiniowania sądowno-lekarskiego. W zarządzeniu Ministra Sprawiedliwości nie zamieszczono żadnych konkretnych kryteriów kwalifikacyjnych wymaganych wobec biegłych, w szczególności nie zamieszczono wymogów dotyczących: posiadania specjalizacji, liczby lat pracy w zawodzie lekarza, zrealizowania obowiązku doskonalenia zawodowego. Zarządzenie nie określa czy będzie badana postawa etyczna kandydatów na biegłego. Wątpliwosci budzi także niezależność Instytutu w sytuacji gdy Instytut jako jednostka budżetowa podlega bezpośrednio Ministrowi Sprawiedliwości, który jest obecnie także Prokuratorem Generalnym. Powołanie Instytutu nie rozwiązuje także problemu wynagradzania biegłych sądowych.

7. Medycyna estetyczna

Naczelna Rada Lekarska prowadziła w VIII kadencji konkretne działania systemowe w zakresie uporządkowania kwestii medycyny estetycznej:

1) 25 czerwca 2020 r. odbyła się debata ekspercka w NIL – pt. Medycyna estetyczna:

a. Uzgodniono definicję medycyny estetycznej:

Medycyna estetyczna jest zespołem świadczeń zdrowotnych, wiążących się z ingerencją w tkanki ludzkie, wykonywanych przez lekarzy i lekarzy dentyków,

służącym przywracaniu lub poprawie fizycznego, umysłowego i społecznego samopoczucia pacjenta, poprzez poprawę jego wyglądu.

b. Ustalono, iż w celu potwierdzenia przyjętej definicji wskazane byłoby rozważenie nowelizacji następujących aktów prawnych:

i. ustawy o działalności leczniczej

ii. ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

iii. ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty

c. Ustalono, iż świadczenia zdrowotne z zakresu medycyny estetycznej, mogą być wykonywane przez lekarzy, zgodnie z posiadanymi kompetencjami i aktualną wiedzą medyczną.

d. Do czasu wprowadzenia poprawek do wyżej wymienionych aktów prawnych, proponowane jest przyjęcie przez NRL stanowiska w wyżej wymienionym zakresie.

2) Dnia 4 września 2020 r. odbyło się spotkanie w siedzibie Naczelnej Izby Lekarskiej z przedstawicielami Ministerstwa Zdrowia oraz Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych, którym przewodniczył Minister Maciej Miłkowski na temat dotychczasowych prac samorządu i propozycji przyjęcia definicji medycyny estetycznej oraz zmian definicji świadczenia zdrowotnego;

3) W dniu 29 stycznia 2021 r. podjęto uchwałę Nr 5/21/VIII Naczelnej Rady Lekarskiej w sprawie przyjęcia projektu zmian w ustawie o działalności leczniczej i projekcie ustawy o wyrobach medycznych;

4) W dniu 29 stycznia 2021 r. podjęto stanowisko Nr 1 /21/VIII Naczelnej Rady Lekarskiej w sprawie przyjęcia definicji medycyny estetycznej;

5) W dniu 15 kwietnia 2021 r. podjęto stanowisko Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej Nr 48/21/P-VIII w sprawie uprawnień do wykonywania procedur wchodzących w skład zabiegów z zakresu medycyny estetycznej. Stanowisko to zostało przekazane do Ministerstwa Zdrowia z prośbą o wyznaczenie spotkania w sprawie medycyny estetycznej;

6) Dnia 26 maja 2021 r. Naczelna Izba Lekarska wygrała (w obu instancjach: Sąd Okręgowy w Warszawie – sygn. akt II C 489/19 i Sąd Apelacyjny w Warszawie sygn. akt V ACa 5/21) proces o ochronę dóbr osobistych z firmą prowadzącą szkolenia dla kosmetologów (samorząd lekarski pozwał firmę, która zamieściła na swojej stronie

internetowej informację sugerującą rzekomą weryfikację szkoleń dla kosmetologów przez izby lekarskie o treści: „Uprawnienia prowadzonego Ośrodka do szkoleń Kosmetologów pozytywnie zweryfikowane przez Izbę Lekarską!” „(...) jest wiodącym ośrodkiem (...) jedynym pozytywnie zweryfikowanym do takich szkoleń przez Izbę Lekarską”).

7) Znaczącym wydarzeniem, do którego przyczyniła się działalność Naczelnej Rady Lekarskiej jest neutralizacja poglądu prezentowanego przez środowiska reprezentujące działalność gospodarczą, sugerującego iż nie jest świadczeniem zdrowotnym usługą medycyny estetycznej udzielona osobie zdrowej, niezależnie od stopnia inwazyjności procedury. Orzeczeniem z dnia 26 maja 2021 r. (sygn. I KK 23/21) oddalającym kasację od orzeczenia Naczelnego Sądu Lekarskiego Sąd Najwyższy potwierdził, że czynnikiem decydującym o charakterze świadczenia zdrowotnego jest zarówno charakter zabiegu (jego inwazyjność), jak i wymogi określone w odrębnych przepisach.

8) W dniu 28 stycznia 2022 r. Naczelna Rada Lekarska przyjęła uchwałę Nr 3/22/VIII w sprawie obowiązków lekarzy i lekarzy dentyistów uczestniczących w szkoleniach w roli wykładowcy, w której zabroniono lekarzom udziału w roli wykładowcy w prowadzeniu szkoleń osób, które nie są uprawnione do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej;

9) W trakcie VIII kadencji Naczelnej Rady Lekarskiej złożono trzy zawiadomienia o podejrzeniu przestępstwa dotyczące medycyny estetycznej:

a. Prokuratura Rejonowa Człuchów (nieuprawniony dostęp do leków zawierających toksynę botulinową oraz podawanie leków przez osoby niewykonyjące zawodu medycznego -art. 58 ust. 1 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentyisty) - sprawa w toku;

b. Prokuratura Rejonowa we Wrocławiu (przestępstwo oszustwa z 286 § 1 kk - bezpodstawne powoływanie się na posiadanie akredytacji na prowadzenie kształcenia ustawicznego w formach pozaszkolnych) - sprawa w toku;

c. Prokuratura Rejonowa w Bydgoszczy-Południe (podżeganie do przestępstwa leczenia bez uprawnień z art. 58 ust. 1 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentyisty, niezgodne z prawem prowadzenie kształcenia zawodowego) - sprawa w toku.

oraz jedno zawiadomienie skierowane do Okręgowej Rady Adwokackiej w Warszawie w sprawie nadużycia godności zawodu adwokata podczas działalności zawodowej i publicznej w związku z opublikowanym komentarzem do uchwały Naczelnej Rady Lekarskiej Nr 5/21/VIII z dnia 29 stycznia 2021 r. w sprawie przyjęcia projektu zmian w ustawie o działalności leczniczej i projekcie ustawy o wyrobach medycznych - sprawa w toku.

8. Współpraca z Rzecznikiem Praw Pacjenta

Prezydium NRL uchwałą Nr 27/18/P-VIII z dnia 29 czerwca 2018 r. powołało Zespół ds. współpracy z Rzecznikiem Praw Pacjenta. Zespół uczestniczył w licznych spotkaniach roboczych z Przedstawicielami Rzecznika Praw Pacjenta oraz zapraszany gośćmi. W ramach podejmowanych zadań opracowane zostało zestawienie zagadnień biurokratycznych obciążających lekarzy i lekarzy dentystów oraz personel medyczny wraz z propozycjami zmian, które zostały ujęte we wspólnym wystąpieniu Rzecznika Praw Pacjenta oraz Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej do Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.

W ramach prac Zespołu omawiano także zagadnienia związane z działalnością rzeczników praw pacjenta w szpitalach psychiatrycznych. Działalność tychże rzeczników w niektórych szpitalach psychiatrycznych w przeszłości była przedmiotem sporów na linii środowiska lekarskiego i Rzecznika praw Pacjenta.

Wspólnie z Rzecznikiem Praw Pacjent opracowano kampanię promocyjną „Niezbędne dla zdrowia”, która jest zbiorem rekomendacji mających na celu kształtowanie wśród obywateli poczucia odpowiedzialności za własne zdrowie. Zespół pracował także nad zagadnieniami zmierzającymi do zmiany ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta w kierunku zwiększenia odpowiedzialności pacjentów za swój stan zdrowia, czy reformy systemu zgłaszania i rejestrowania zdarzeń i szkód w ochronie zdrowia na system oparty na zasadzie „no-fault”. Wybuch pandemii koronawirusa w znacznym stopniu ograniczył możliwość bieżącej współpracy z Rzecznikiem Praw Pacjenta.

9. System no-fault

Naczelna Rada Lekarska wskazuje, że tuż po objęciu stanowiska ministra zdrowia Adam Niedzielski był gościem Naczelnej Rady Lekarskiej na posiedzeniu w dniu 4

września 2020 r. Zapowiedział wtedy wprowadzenie systemu no-fault, w którym przyznanie się lekarza do błędu powinno likwidować zagrożenie sankcją karną. Niestety, mimo podejmowanych w tym zakresie starań przez samorząd lekarski, w czasie VIII kadencji Naczelnej Rady Lekarskiej zapowiedzi te wciąż nie zostały zrealizowane, a szanse na ich pełną realizację są niewielkie.

Rzecznik Praw Pacjenta był partnerem samorządu lekarskiego w czasie rozmów toczących się w roku 2021 i 2022 na temat możliwości wprowadzenia w Polsce systemu no-fault. Prace nad projektem ustawy o jakości w ochronie zdrowia wciąż się toczą, a ich przebieg wskazuje na to, że postulaty wprowadzenia systemu no-fault nie zostaną w pełni zrealizowane. Skutki złych regulacji obrócą się przeciwko pacjentom - coraz mniej młodych lekarzy wybiera specjalizacje zabiegowe i jest to poważny sygnał alarmowy.

W czasie VIII kadencji NRL Ministerstwo Zdrowia przedstawiło projekt ustawy o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta zawierający pewne rozwiązania dot. systemu no-fault. Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej w stanowisku z sierpnia 2021 r. zgłosiło wiele uwag do tego projektu ustawy. Samorząd lekarski oczekiwał, że zgłoszenie zdarzenia niepożądanego wyłączy odpowiedzialność za błąd medyczny zarówno karną, dyscyplinarną jak i cywilną osoby, która jest objęta zgłoszeniem. Naczelna Rada Lekarska w późniejszych uwagach sygnalizowała, że osoba zgłaszająca takie zdarzenie niepożądane powinna być chroniona także przed utratą zatrudnienia czy rozwiązaniem kontraktu łączącego ją z placówką ochrony zdrowia. Bez takich regulacji w dalszym ciągu nie będzie ochrony prawnej zgłaszających zdarzenia.

Samorząd lekarski proponował, aby ochrona obejmowała nie tylko lekarza zgłaszającego zdarzenie niepożądane, ale również – w ramach jednego zgłoszenia – osoby współuczestniczące w procesie leczenia i opieki nad pacjentem, co wydaje się oczywiste w warunkach pracy zespołowej, która w szpitalnictwie dominuje.

Pomimo dość przychylniej ze strony Rzecznika Praw Pacjenta atmosfery dyskusji na temat wprowadzenia systemu no-fault, Rzecznik przekazał samorządowi lekarskiemu informację o bardzo silnym sprzeciwie w ramach samej Rady Ministrów wobec tych rozwiązań.

10. Zaostrzenie prawa karnego dotyczącego lekarzy i klauzula dobrego Samarytanina

Ogromny niepokój środowiska lekarskiego w trakcie VIII kadencji Naczelnej Rady Lekarskiej wzbudziła nowelizacja prawa karnego, która miała miejsce w 2019 r. Samorząd lekarski wyraził wówczas stanowczy sprzeciw wobec zmiany treści art. 155 kodeksu karnego dokonanej w uchwalonej przez Sejm Rzeczypospolitej Polskiej 16 maja 2019 r. ustawie o zmianie ustawy – Kodeks karny oraz niektórych innych ustaw. Podwyższono tam zagrożenie karne za przestępstwo nieumyślnego spowodowania śmierci określone w art. 155 kodeksu karnego z dotychczasowego zakresu od 3 miesięcy do 5 lat pozbawienia wolności do wymiaru od 1 roku do 10 lat pozbawienia wolności. Wskazywano, że podniesienie do 1 roku dolnej granicy możliwej sankcji karnej za przestępstwo nieumyślnego spowodowania śmierci w znaczący sposób zmniejszy możliwość orzekania przez sąd warunkowego zawieszenia wykonania kary pozbawienia wolności oraz wykluczy możliwość zastosowania art. 37a kodeksu karnego, przewidującego możliwość orzeczenia kary ograniczenia wolności lub grzywny zamiast kary pozbawienia wolności. Naczelna Rada Lekarska ostrzegała, że po wejściu w życie nowelizacji kodeksu karnego sąd, skazując osobę za nieumyślne spowodowanie śmierci, nie będzie miał co do zasady możliwości wymierzenia innej kary niż kara pozbawienia wolności. W sprawie tej nowelizacji kodeksu karnego przedstawiciele samorządu lekarskiego prowadzili rozmowy z Ministerstwem Sprawiedliwości, Ministerstwem Zdrowia i Prezydentem RP. Ostatecznie Prezydent RP skierował tę ustawę przed jej podpisaniem do Trybunału Konstytucyjnego, który orzekł, że jest ona w całości niezgodna z Konstytucją z uwagi na sposób i tryb jej uchwalenia.

Niestety w Ministerstwie Sprawiedliwości trwają nieustannie prace nad zaostrzeniem przepisów prawa karnego w części, która dotyczy przestępstw przeciwko życiu i zdrowiu.

Z tej przyczyny Naczelna Rada Lekarska zaproponowała wprowadzenie do przepisów prawa na czas epidemii klauzuli dobrego Samarytanina. Naczelna Rada Lekarska uważała, że konieczne jest wprowadzenie regulacji ustawowych modyfikujących ogólnie obowiązujące zasady odpowiedzialności prawnej przedstawicieli zawodów medycznych, zarówno w sferze prawa karnego, cywilnego, jaki i odpowiedzialności zawodowej pracowników służby zdrowia i jednostek opieki

zdrowotnej udzielających świadczeń medycznych w okresie obowiązywania stanu zagrożenia epidemicznego oraz stanu epidemii. Wynikało to z założenia, że opieka zdrowotna na całym świecie zaczynała się uczyć walki z nowym typem koronawirusa SARS-CoV-2 i wywołaną nim chorobą COVID-19. Głębokie zmiany w funkcjonowaniu systemu ochrony zdrowia w Polsce, jakie miały miejsce w czasie epidemii, w istotnej mierze wpłynęły także na sposób wykonywania pracy przez lekarzy i pozostały personel medyczny. Epidemia spowodowała ponadprzeciętne obciążenie przedstawicieli zawodów medycznych licznymi obowiązkami w zakresie leczenia pacjentów oraz zabezpieczenia siebie oraz tychże pacjentów przed ryzykiem zakażenia. Praca lekarzy oraz innych osób wykonujących zawody medyczne w dobie epidemii nierzadko przekracza normy ochronne stosowane dla pracowników. Naczelna Rada Lekarska przedstawiła rozwiązanie ustawowe – projekt ustawy czasowo ograniczającej odpowiedzialność prawną przedstawicieli zawodów medycznych jedynie do przypadków, w których szkoda lub krzywda wyrządzona została przez lekarza w sposób zawiniony lub wskutek co najmniej rażącego niedbalstwa. Niestety rozwiązanie to nie zostało przyjęte, zamiast tego wprowadzono w ustawie z dnia 28 października 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w związku z przeciwdziałaniem sytuacjom kryzysowym związanym z wystąpieniem COVID-19 inny rodzaj wyłączenia odpowiedzialności, który dotyczy tylko odpowiedzialności karnej za niektóre przestępstwa (nie dotyczy odpowiedzialności cywilnej i zawodowej), a dodatkowo do zwolnienia od odpowiedzialności wymaga nie tylko zaistnienia stanu epidemii lub stanu zagrożenia epidemicznego, lecz ponadto wymaga się, aby lekarz działał w szczególnych okolicznościach.

11. Elektroniczna dokumentacja medyczna

W czasie VIII kadencji Naczelnej Rady Lekarskiej prowadzono aktywne działania na polu elektronicznej dokumentacji medycznej. W Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej funkcjonował zespół roboczy ds. elektronicznej dokumentacji medycznej. Znaczącym sukcesem, już w pierwszych miesiącach kadencji było doprowadzenie do uchylecia przepisu (§ 10a rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej), przewidującego obowiązkowość dokumentacji w formie elektronicznej od 1 stycznia 2019 r. we wszystkich placówkach realizujących umowę z NFZ. Wejście w życie tego przepisu

bez przygotowanych założeń technicznych Systemu P1 spowodowałyby zapewne duże straty po stronie placówek medycznych. Postulatem NRL było też umożliwienie lekarzom wystawiania recept elektronicznych za pomocą ogólnodostępnej aplikacji internetowej. Postulat ten został ostatecznie zaakceptowany, a aplikacja została rozbudowana do sprawnie działającego portalu gabinet.gov.pl. Przez cały okres kadencji prowadzono specjalne [podstrony serwisu internetowego NIL poświęcone wprowadzaniu elektronicznej recepty, raportowaniu zdarzeń medycznych i wymiany EDM. W ramach działań dotyczących dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej opiniowano projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania. Samorząd lekarski domagał się m.in. prawnego zabezpieczenia możliwości migracji danych pomiędzy programami służącymi do prowadzenia dokumentacji medycznej w formacie elektronicznym. Samorząd lekarski uważał, że konieczne jest określenie na poziomie przepisów prawa formatu zrzutu danych z aplikacji gabinetowych. W licznej kierowanej do Ministerstwa Zdrowia korespondencji podkreślano jak dużą wagę ma istnienie ustanowionego w przepisach prawa wymogu funkcjonalności eksportu całości danych. Jest to kwestia bezpieczeństwa danych zawartych w dokumentacji medycznej oraz bezpieczeństwa placówek medycznych na wypadek niemożliwości kontynuowania współpracy z dotychczasowym dostawcą oprogramowania lub wręcz zaprzestania przez niego działalności. W związku z tym samorząd lekarski domagał się, aby do projektu rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej dopisano, że system teleinformatyczny, w którym jest prowadzona dokumentacja medyczna, musi zapewniać „funkcjonalność eksportu całości danych w formatach, o których mowa w pkt 6 umożliwiającego odtworzenie ich w innym systemie teleinformatycznym.” Argumentowano, że nie sposób wyobrazić sobie archiwizacji dokumentacji medycznej likwidowanego podmiotu z możliwością wydawania z niej pacjentom lub uprawnionym organom odpisów przez 20 lat bez uprzedniej możliwości eksportu tych danych, najlepiej do zunifikowanego formatu. Uwagi samorządu lekarskiego w tym zakresie zostały uwzględnione w wydanym 6 kwietnia 2020 r. rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania.

Naczelna Rada Lekarska interweniowała także w sprawie obowiązku rozpoczęcia wymiany elektronicznej dokumentacji medycznej (EDM) oraz raportowania zdarzeń medycznych od dnia 1 lipca 2021 r. W stanowisku z czerwca 2021 r. Naczelna Rada Lekarska wskazywała, że wszelkie zmiany przepisów prowadzące do powstania nowych obowiązków po stronie placówek medycznych muszą być poprzedzone okresem przygotowawczym, a stawiane nowe wymagania muszą być odpowiednio wcześniej znane. Warunek, aby nowe wymagania były dostatecznie doprecyzowane i znane odpowiednio wcześniej, powinien dotyczyć zwłaszcza obowiązków wdrożenia nowych technologii czy rozwiązań informatycznych. Ten warunek nie był spełniony w przypadku wdrożenia wymiany EDM i raportowania zdarzeń medycznych. Placówki medyczne nie otrzymały również wystarczającego wsparcia procesu inwestycyjnego niezbędnego do wdrożenia tych nowych funkcjonalności. Wdrożenie tak dużej reformy wiąże się nie tylko z wydatkami na zakup sprzętu informatycznego, oprogramowania, ale także ze znacznym obciążeniem pracą personelu placówek medycznych. Samorząd lekarski argumentował, że bez repozytorium (czyli dostępnych w systemie całodobowym przestrzeniach dyskowych, skąd po upoważnieniu dokonanym przez pacjenta podmiot przejmujący leczenie będzie mógł je pobrać) wymiana danych zawartych w elektronicznej dokumentacji medycznej nie jest możliwa. Jeśli dokumentacja wytworzona w jednym podmiocie ma być udostępniona drugiemu podmiotowi musi istnieć miejsce, z którego to udostępnienie ma nastąpić. Samorząd lekarski wielokrotnie postulował stworzenie dla zainteresowanych placówek medycznych możliwości skorzystania z repozytoriów zbudowanych ze środków publicznych w oparciu o platformy regionalne. Spotkało się to zresztą z akceptacją podczas tworzenia dokumentu „Strategia dla eZdrowia na lata 2021-2025” oraz zostało zadeklarowane w piśmie Podsekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia pani Anny Goławskiej z września 2021 r. .

Naczelna Rada Lekarska zwraca też szczególną uwagę na kwestię bezpieczeństwa danych medycznych pacjenta podczas wymiany dokumentacji medycznej, co wymaga bardzo profesjonalnych zabezpieczeń. Naczelna Rada Lekarska uważa, że model oparty na 180 tys. repozytoriów jest nieracjonalny z punktu widzenia zabezpieczenia danych. O konieczności organizacji repozytoriów siłami władz publicznych Naczelna Izba Lekarska mówiła od początku VIII kadencji, ponieważ nawet z opinii Centrum e-zdrowia wynika, że zagrożenie nieuprawnionym dostępem

do dokumentacji medycznej, jak też utratą dokumentacji jest realne. W czerwcu 2021 r. Naczelna Rada Lekarska wydała w formie Stanowiska oficjalną rekomendację lekarzom prowadzącym podmioty wykonujące działalność leczniczą, doradzającą doprowadzenie do realizowania obowiązku raportowania zdarzeń medycznych, generowania dokumentów EDM, z jednoczesnym powstrzymaniem się od budowania własnych repozytoriów, jeśli warunki organizacyjne ich funkcjonowania były trudne do przewidzenia w dłuższym okresie czasu.

Po spotkaniu Naczelnej Rady Lekarskiej z Rzecznikiem Praw Obywatelskich, które miało miejsce 28 stycznia 2022 r., samorząd lekarski przekazał prośbę o przyjrzenie się przez Rzecznika zagadnieniu bezpieczeństwa danych medycznych udostępnianych za pośrednictwem repozytoriów.

12. Analiza przepisów Kodeksu Etyki Lekarskiej (WW)

W obszarze etyki lekarskiej głównym zagadnieniem którym zajmowała się Naczelna Rada Lekarska był temat ewentualnej nowelizacji Kodeksu Etyki Lekarskiej. Pracami w tym zakresie zajmowała się Komisja Etyki Lekarskiej NRL oraz Zespół roboczy PNRL do spraw analizy przepisów Kodeksu Etyki Lekarskiej.

Do analizy przepisów Kodeksu Etyki Lekarskiej pod kątem jego nowelizacji Naczelna Rada Lekarska została zobowiązana uchwałą nr 1 Nadzwyczajnego XIII KZL z dnia 13 maja 2016 r.

I. Komisja Etyki Lekarskiej VIII kadencji NRL zapoznała się ze Stanowiskiem Zespołu Ekspertów do analizy przepisów Kodeksu Etyki Lekarskiej w przedmiocie nowelizacji Kodeksu Etyki Lekarskiej z dnia 30 marca 2018 r., które zostało złożone Naczelnej Radzie Lekarskiej na koniec VII Kadencji oraz ze zgromadzonymi przez Zespół opiniami na temat nowelizacji Kodeksu Etyki Lekarskiej i uwagami do przepisów Kodeksu nadesłanymi przez komisje etyki lekarskiej okręgowych rad lekarskich, Zgromadzenie Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej, Przewodniczącego Naczelnego Sądu Lekarskiego i zaproszonych do współpracy ekspertów, a także z zestawieniem uwag i wniosków wypracowanych przez Zespół na podstawie analizy zebranego materiału.

Następnie Komisja zwróciła się do wszystkich komisji etyki lekarskiej okręgowych rad lekarskich z prośbą o analizę całokształtu materiału przedstawionego przez Zespół,

oraz o wyrażenie ostatecznej opinii w przedmiocie potrzeby nowelizacji Kodeksu Etyki Lekarskiej, drogą wskazania jednego z niżej wymienionych wariantów:

- 1) braku potrzeby dokonywania zmian w Kodeksie Etyki Lekarskiej.
- 2) braku potrzeby dokonywania zmian w Kodeksie Etyki Lekarskiej, z zastrzeżeniem, że jest wskazane opracowanie przez samorząd lekarski komentarza do poszczególnych, wybranych artykułów Kodeksu, omawiającego szerzej daną problematykę, w szczególności na potrzeby stosowania przepisów Kodeksu przez organy odpowiedzialności zawodowej.
- 3) Kodeks Etyki Lekarskiej wymaga nowelizacji.
- 4) Kodeks Etyki Lekarskiej wymaga nowelizacji oraz opracowania przez samorząd lekarski komentarza do jego przepisów.

Komisja poprosiła również, aby w przypadku uznania, że przepisy Kodeksu Etyki Lekarskiej wymagają zmiany bądź opracowania komentarza do Kodeksu, wskazać, które z przedstawionych uwag są zasadne oraz w jakim zakresie i brzmieniu powinny zostać uwzględnione. Komisja zastrzegła również, że brak uwag w tym terminie zostanie poczytany za akceptację koncepcji wyrażonej w Stanowisku Zespołu Ekspertów do analizy przepisów Kodeksu Etyki Lekarskiej z dnia 30 marca 2018 r.

Większość komisji etyki lekarskiej OIL, która zabrała głos w dyskusji samorządowej, wyraziła zdanie, że Kodeks Etyki Lekarskiej nie wymaga obecnie pilnych, istotnych zmian. Ponadto komisje uznały, że wskazane jest opracowanie komentarza do Kodeksu Etyki Lekarskiej, co może ułatwić interpretację przepisów Kodeksu i uwzględnić wyzwania współczesnej medycyny.

Komisja Etyki Lekarskiej Naczelnej Rady Lekarskiej po zapoznaniu się z całokształtem zgromadzonych materiałów dotyczących nowelizacji Kodeksu Etyki Lekarskiej, oraz po dyskusji na forum Komisji, podjęła Stanowisko Nr 1/2019 z dnia 23 lutego 2019 r. w sprawie zmian w Kodeksie Etyki Lekarskiej oraz opracowania przez samorząd lekarski komentarza do Kodeksu Etyki Lekarskiej. Komisja dostrzegła potrzebę opracowania przez samorząd lekarski Komentarza do przepisów KEL, który byłby zatwierdzony uchwałą Krajowego Zjazdu Lekarzy i służył zarówno organom odpowiedzialności zawodowej, jak i lekarzom w codziennej pracy.

Celem opracowania komentarza miało być przybliżenie i ewentualne uaktualnienie dyrektyw zawartych w poszczególnych przepisach KEL. Tak opracowany Komentarz powinien być ogólnodostępny, opublikowany na stronie internetowej Naczelnej Izby

Lekarskiej. Opracowany zbiór komentarzy do poszczególnych przepisów Kodeksu byłby przestrzenią do dodatkowej refleksji, i mógłby być okresowo aktualizowany, uzupełniany przez kolejne Krajowe Zjazdy Lekarzy, zgodnie z postępem nauki czy zgodnie z aktualnymi potrzebami. Ponadto Komentarz mógłby zawierać omówienie korelacji Kodeksu Etyki Lekarskiej z istotnymi międzynarodowymi dokumentami etycznymi. Tak zaplanowany Komentarz, mógłby realizować zadania:

- dostarczenia lekarzom praktycznego, nowoczesnego i łatwo dostępnego „przewodnika” po standardach etycznych zawodu,
- wzmocnienia roli samorządu w kształtowaniu zasad etycznych zawodu z równoczesną możliwością szybkiego reagowania na wątpliwości etyczne zgłaszane przez lekarzy wobec zmian technologicznych, organizacyjnych i legislacyjnych (bez potrzeby dokonywania ponownych zmian w Kodeksie), a przez to zwiększenie wpływu samorządu na rzeczywiste postawy i postępowanie lekarzy,
- narzędzia opracowanego na potrzeby stosowania przepisów Kodeksu Etyki Lekarskiej przez organy odpowiedzialności zawodowej,
- dokumentu wykorzystywanego w nauczaniu etyki lekarskiej.

Komisja Etyki Lekarskiej Naczelnej Rady Lekarskiej zarekomendowała utworzenie Komentarza do przepisów Kodeksu Etyki Lekarskiej, a do czasu jego opracowania niedokonywanie zmian w KEL.

Stanowisko Komisja złożyła Zespołowi roboczemu PNRL ds. analizy przepisów Kodeksu Etyki Lekarskiej kontynuującemu prace Zespołu działającego w poprzedniej Kadencji.

II.

Zespół roboczy PNRL ds. analizy przepisów Kodeksu Etyki Lekarskiej został powołany Uchwałą Nr 92/18/VIII PNRL z dnia 27 października 2018 r., w której powierzono mu zadanie wypracowania strategii dalszego postępowania w sprawie ewentualnej nowelizacji Kodeksu Etyki Lekarskiej na podstawie materiałów zgromadzonych i opracowanych przez Zespół Ekspertów do analizy przepisów Kodeksu Etyki Lekarskiej działający w VII kadencji, oraz na podstawie opinii KEL NRL bieżącej kadencji a także komisji etyki lekarskiej okręgowych rad lekarskich.

Zespół w toku swoich prac przyjął stanowisko Nr 1/2019 z dnia 9 marca 2019 r., w którym zarekomendował Prezydium NRL niedokonywanie obecnie zmian w Kodeksie

Etyki Lekarskiej oraz opracowanie komentarza do wybranych artykułów Kodeksu Etyki Lekarskiej, do których wpłynęły uwagi.

Efektom prac Zespołu jest przygotowanie dziewięciu projektów komentarzy dotyczących łącznie jedenastu artykułów Kodeksu Etyki Lekarskiej, tj.: z części ogólnej Kodeksu - art. 2 i art. 5, oraz z części szczególnej Kodeksu, dotyczącej postępowania lekarza wobec pacjenta - art. 7, jakości opieki medycznej - art. 9, art. 11, poszanowania praw pacjenta - art. 15, art. 19, tajemnicy lekarskiej - art. 23-25, pomocy chorym w stanach terminalnych - art. 32 KEL.

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej w marcu 2020 r. przedstawiło Delegatom na Krajowy Zjazd Lekarzy zbiór komentarzy wypracowany w toku prac kolejno – Zespołu NRL VII kadencji i Zespołu roboczego PNRL VIII kadencji, z rekomendacją przedstawienia jego tekstu Nadzwyczajnemu XV Krajowemu Zjazdowi Lekarzy.

Z powodu epidemii koronawirusa Nadzwyczajny XV Krajowy Zjazd Lekarzy nie mógł się odbyć.

13. Protest środowisk medycznych

Wobec niesatysfakcjonującego przebiegu rozmów przedstawicieli środowiska medycznego (nie tylko lekarskiego) z Ministerstwem Zdrowia i stroną rządową w ramach Komisji Trójstronnej na temat współczynników wynagrodzenia pracowników ochrony zdrowia, podjęta została decyzja o utworzeniu Ogólnopolskiego Komitetu Protestacyjno-Strajkowego Pracowników Ochrony Zdrowia. We wrześniu 2021 r. Komitet sformułował 8 postulatów dotyczących koniecznych zmian w systemie ochrony zdrowia. Domagano się:

- a) zmiany ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych,
- b) realnego wzrostu wyceny świadczeń medycznych oraz ryczałtów o 30% oraz dobokaretki w systemie Państwowe Ratownictwo Medyczne o 80% oraz zobowiązania AOTMiT do przeprowadzenia ponownej wyceny wszystkich świadczeń do 30 listopada 2022 roku.
- c) zatrudnienia dodatkowych pracowników obsługi administracyjnej i personelu pomocniczego (sekretarki medyczne, rejestratorki, opiekunowie medyczni)

- d) zapewnienia zawodom medycznym statusu funkcjonariusza publicznego i stworzenia systemu ochrony pracowników przed agresją słowną i fizyczną pacjentów.
- e) stworzenia na warunkach chroniących medyków i pacjentów odpowiedniego systemu rejestrowania zdarzeń medycznych niepożądanych (no-fault).
- f) rezygnacji z tworzenia nowych zawodów medycznych przy jednoczesnym efektywniejszym wykorzystaniu obecnych zawodów medycznych poprzez stworzenie możliwości kształcenia podyplomowego i specjalizacyjnego rozszerzających ich kompetencje.
- g) wprowadzenia urlopów dla poratowania zdrowia po 15 latach pracy zawodowej.
- h) uchwalenia ustaw o medycynie laboratoryjnej, zawodzie ratownika medycznego i innych zawodach medycznych.

W ramach tej akcji protestacyjnej w Warszawie we wrześniu 2021 r. odbył się marsz pracowników ochrony zdrowia - około 40 tys. osób wzięło udział w demonstracji. Była to największa demonstracja pracowników ochrony zdrowia. Ustawiono w pobliżu Kancelarii Prezesa Rady Ministrów Białe Miasteczko. Wydarzenie było szeroko komentowane w mediach i w środowisku medycznym. Na uwagę zasługuje fakt, że protest ten zjednoczył zawody medyczne, które dotychczas rzadko mówiły jednym głosem. Ministerstwo Zdrowia przedstawiło informację o rzekomo 100 miliardach złotych kosztów, które byłyby potrzebne do realizacji postulatów protestu, Ministerstwo nie przedstawiło jednak nigdy rzetelnych danych obrazujących sposób wyliczenia tej kwoty.

Pierwotnie domagano się, aby w rozmowach ze stroną medyczną wziął udział Premier Matusz Morawiecki. Postulat ten jednak nie został zrealizowany. Do rozmów wyznaczono Ministerstwo Zdrowia, reprezentowane przez Wiceministra Piotra Brombera.

Rozmowy prowadzone z Ministrem Zdrowia nie zbliżały stron do porozumienia. Wyznaczono specjalne zespoły robocze do omówienia poszczególnych propozycji wymienionych w 8 postulatach. Do pracy w tych zespołach roboczych oddelegowano

przedstawicieli m.in. Naczelnej Izby Lekarskiej. W ramach tych prac przygotowano m.in.:

- propozycję zapisu ustawowego wprowadzającego urlop dla poratowania zdrowia,
- regulację prawną zapewniającą lekarzom i innym osobom zatrudnionym przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych ochronę prawną taką, z jakiej korzystają funkcjonariusze publiczni,
- tabelę współczynników wynagrodzenia pracowników podmiotów leczniczych
- założenia do reformy systemu odpowiedzialności pracowników ochrony zdrowia opartej na systemie no-fault.

Opracowane przez zespoły robocze projekty nie zostały jednak przyjęte, ponieważ strona reprezentująca środowiska medyczne nie mogła zaakceptować propozycji przedstawionych przez Ministerstwo Zdrowia.

W rozmowach nie brał udziału Minister Zdrowia Adam Niedzielski, same rozmowy z oddelegowanym do nich wiceministrem Piotrem Bromberem, przy udziale Prezesa NFZ, Prezesa AOTMiT-u i dyrektorów departamentów z Ministerstwa Zdrowia były jałowe. Samo porozumienie nie było możliwe do zawarcia, ponieważ było krzywdzące dla środowiska medycznego. Przygotowany przez Ministerstwo Zdrowia projekt porozumienia zawierał jedynie intencje i życzenia, a nie konkrety. Zaproponowane przez Ministerstwo współczynniki wynagrodzeń dotyczyły jedynie nadchodzącego roku i to w dodatku od lipca, a nie od stycznia, a ponadto były one takie same jak te już uzgodnione przez Zespół Trójstronny. Dodatkowo propozycje te miały być jeszcze uzgadniane w ramach Zespołu Trójstronnego, co nie dawało żadnej gwarancji ich realizacji. Jednym z najważniejszych postulatów OKP było podniesienie wyceny świadczeń o 30 % i o 80 % w ratownictwie, a projekt porozumienia zakładał jedynie zobowiązanie ministra do intensyfikacji działań mających na celu ponowną taryfikację świadczeń. Co do postulatu wprowadzenia ochrony osób wykonujących zawody medyczne takiej, jak przysługuje funkcjonariuszowi publicznemu, to przewidziano jedynie podjęcie inicjatywy legislacyjnej, ale ochroną medycy mieliby być objęci jedynie w trakcie wykonywania obowiązków w podmiotach wykonujących działalność leczniczą, a przedstawicielom zawodów medycznych chodziło o ochronę przysługującą także w związku z wykonywaniem zawodu. Na poszerzenie ochrony prawnej osób wykonujących

zawody medyczne nie zgodziło się także Ministerstwo Sprawiedliwości. W zakresie no-fault wskazano, że punktem wyjścia ma być niesatysfakcjonujący zapis z projektu ustawy o jakości. Jeśli chodzi o urlop dla poratowania zdrowia dla pracowników ochrony zdrowia zaproponowano wprowadzenie czegoś na kształt zwolnienia lekarskiego wystawianego przez lekarza orzecznika ZUS, ale nie było zobowiązania Ministra Zdrowia do jego wprowadzenia, a jedynie wzmianka o podjęciu pracy z ministrem ds. polityki społecznej i rodziny nad wypracowaniem rozwiązań. Dlatego porozumienia w takim kształcie nie można było podpisać.

Na stronie Komitetu Protestacyjnego zamieszczono propozycję porozumienia oczekiwanego przez stronę reprezentującą interesy pracowników medycznych.

Sukcesem medialnym protestu jest to, że udało się przekonać społeczeństwo, że to nie lekarze, lecz politycy odpowiadają za niewydolność systemu ochrony zdrowia.

14. Epidemia koronawirusa

Niewątpliwie począwszy od marca 2020 roku działalność samorządu lekarskiego VIII kadencji została zdominowana przez wybuch epidemii koronawirusa SARS-CoV-2. Epidemia miała ogromny wpływ na sposób działania całego państwa, na działalność podmiotów leczniczych, na sposób wykonywania zawodu lekarza i lekarza dentystry a także na kształcenie przeddyplomowe i podyplomowe w zawodach lekarza i lekarza dentystry.

Jeśli chodzi o funkcjonowanie Naczelnej Rady Lekarskiej oraz jej Prezydium, to należy wyraźnie podkreślić, że epidemia spowodowała brak możliwości odbywania posiedzeń członków tych organów w siedzibie Naczelnej izby Lekarskiej. Cała działalność organów kolegialnych w początkowej fazie epidemii była prowadzona zdalnie, za pomocą środków porozumiewania się na odległość. W początkowej fazie epidemii – na wniosek Prezesa NRL, Prezydium NRL działało w trybie sztabu kryzysowego, do udziału w którym był zapraszany także Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej, Przewodniczący Naczelnego Sądu Lekarskiego, Przewodnicząca Naczelnej Komisji Rewizyjnej i Przewodnicząca Konwentu Prezesów ORL. Członkowie sztabu kryzysowego i odbywali spotkania praktycznie codziennie, analizując aktualną sytuację w ochronie zdrowia, sytuację lekarzy i lekarzy dentystrów oraz placówek ochrony zdrowia pod kątem przygotowania do walki z rozprzestrzenianiem się epidemii.

Po wybuchu epidemii Naczelna Rada Lekarska i Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej szybko dostrzegły zagrożenia dla lekarzy i lekarzy dentystów oraz dla pacjentów związane z rozprzestrzenianiem się epidemii i brakiem odpowiedniego przygotowania placówek medycznych w zakresie wyposażenia w sprzęt oraz środki ochrony osobistej niezbędnych do prawidłowej realizacji zadań. Naczelna Rada Lekarska oraz powołane przez nią jednostki podejmowały liczne działania, które miały na celu wskazanie władzom państwowym kierunków działania zmierzających do poprawy sytuacji epidemicznej. Wskazywano na konieczne do podjęcia działania legislacyjne, podkreślano konieczność doposażenia placówek medycznych oraz potrzebę ujednoczenia procedur, w tym określających reżim sanitarny placówek udzielających świadczeń zdrowotnych. Zwracano uwagę na konieczność zapewnienia środków ochrony indywidualnej dla personelu, na poprawę warunków pracy lekarzy i pozostałych pracowników medycznych zaangażowanych w walkę z epidemią, na konieczność zapewnienia ochrony ubezpieczeniowej i prawnej osobom podejmującym trud walki z nieznaną dotychczas chorobą.

Z drugiej strony w chwili, kiedy zaczęto notować w Polsce pierwsze przypadki zakażenia i ryzyko szerzenia się epidemii systematycznie wzrastało, samorząd lekarski kierował apele do obywateli wzywając do przestrzegania zaleceń i zasad władz sanitarnych mających na celu ograniczenie rozprzestrzeniania wirusa SARS-CoV-2, w tym zaleceń Ministerstwa Zdrowia, Głównego Inspektoratu Sanitarnego i Światowej Organizacji Zdrowia. Samorząd lekarski apelował do obywateli o rozwagę oraz wzięcie odpowiedzialności za własne zdrowie i zdrowie całego społeczeństwa, o ograniczenie liczby kontaktów sprzyjających szerzeniu infekcji, o niezatajanie informacji o pobycie w krajach dotkniętych koronawirusem lub o kontakcie z osobami zarażonymi.

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej przyjęło apel o radykalne zwiększenie dostępu do badań na wykrycie obecności koronawirusa SARS-CoV-2 obywatelom Rzeczypospolitej Polskiej, którzy mają objawy wskazane w zaleceniach epidemiologicznych.

W pierwszych miesiącach epidemii za szczególnie ważne dla zapewnienia działania systemu opieki zdrowotnej samorząd lekarski uznał, aby zapewnić możliwie najszerszy dostęp do testów na obecność wirusa lekarzom i lekarzom dentystom oraz całemu personelowi medycznemu, który był w kontakcie z zarażonymi.

Dla bezpieczeństwa personelu medycznego Naczelna Rada Lekarska domagała się doposażenia wszystkich podmiotów wykonujących działalność leczniczą w niezbędne wyroby i środki ochrony osobistej. Naczelna Rada Lekarska nie tylko oczekiwała w tym zakresie pomocy ze strony władz państwowych, ale także sama podjęła działania zmierzające do doposażenia w środki ochrony osobistej placówek medycznych i pracujących tam lekarzy. Samorząd lekarski pozyskał dla Fundacji Lekarze Lekarzom znaczne środki finansowe - w kwocie 20 milionów złotych - które zostały przeznaczone na zakup środków ochrony indywidualnej. Naczelna Izba Lekarska przeznaczyła również swoje własne środki finansowe, w tym swój cały dodatni wynik finansowy za rok 2019, na zakup sprzętu i środków ochrony indywidualnej potrzebnych lekarzom walczącym z epidemią koronawirusa. Zakupy dokonane w tych środków były dystrybuowane za pośrednictwem okręgowych izb lekarskich.

Zwrócono się również z apelem o wydanie przez podległe Radzie Ministrów organy i instytucje szczegółowych instrukcji postępowania dla lekarzy, lekarzy dentyistów i innych pracowników medycznych. Wnioskowano, aby przy opracowaniu tych instrukcji wzięto pod uwagę zapewnienie bezpieczeństwa wszystkich korzystających ze świadczeń zdrowotnych (nie tylko zagrożonych COVID-19), zwłaszcza zaś pacjentów wymagających bezzwłocznej pomocy. Samorząd lekarski argumentował, że w ogromnej liczbie powstających oddolnie wytycznych i rekomendacji brakowało ich wzajemnej koordynacji i korelacji wniosków płynących z tych rekomendacji z realnymi możliwościami ich zastosowania. Środowisko lekarskie oczekiwało także wprowadzenia standardów organizacyjnych, jakie powinny być opracowane dla różnych sektorów opieki zdrowotnej, w szczególności dla lekarzy dentyistów oraz specjalności zabiegowych.

Naczelna Rada Lekarska zabiegała o przyznanie dodatkowego wynagrodzenia (tzw. dodatek covidowy) każdemu pracownikowi medycznemu udzielającemu tych świadczeń pacjentom podejrzanym o zakażenie lub zakażonym wirusem SARS-CoV-2. Argumentowano, że „dodatek covidowy” powinien przysługiwać nie tylko pracownikom medycznym, którzy zostali skierowani do pracy przy zwalczaniu epidemii COVID-19 w trybie art. 47 ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, ale wszystkim uczestniczącym w leczeniu pacjentów, u których potwierdzono lub podejrzewano zakażenie wirusem SARS-CoV-2. Postulat

ten został wprowadzicie zrealizowany, niemniej jednak forma prawna, w jakiej go wprowadzono, czyli polecenie wydane przez Ministra Zdrowia Prezesowi Narodowego Funduszu Zdrowia, budził wątpliwości. A nawet prowadził do kierowania sporów na drogę postępowania sądowego.

Wobec braku możliwości prowadzenia normalnej działalności przez wiele placówek opieki zdrowotnej (np. wskutek braku dostępu do odpowiednich środków ochrony indywidualnej) Naczelna Rada Lekarska zwracała uwagę, że należy zrobić wszystko, aby w maksymalnym stopniu ochronić branżę medyczną przed poważnymi perturbacjami natury ekonomicznej. Wskazywano m.in. na konieczne zmiany finansowania świadczeń, aby uwzględnić przy ich rozliczaniu to, że po przywróceniu normalnego trybu przyjęć nie będzie możliwości nagłego zwiększenia liczby porad i zabiegów.

W celu pozyskania specjalistycznej wiedzy i wzmocnienia fachowości swojego działania w czasie epidemii koronawirusa Naczelna Rada Lekarska powierzyła w roku 2020 dr. Pawłowi Grzesiowskiemu rolę eksperta ds. epidemii. Do zadań eksperta należy w szczególności wspieranie Naczelnej Rady Lekarskiej przy realizacji ustawowych zadań samorządu lekarskiego w zakresie opiniowania aktów prawnych, wypowiedzania się o aktualnej sytuacji w ochronie zdrowia w czasie epidemii, pomocy w przygotowywaniu projektów dokumentów dla Naczelnej Rady Lekarskiej i jej Prezydium, udzielanie eksperckich konsultacji w zakresie spraw związanych z rozprzestrzenianiem się epidemii koronawirusa. Dr Paweł Grzesiowski wielokrotnie wpierał Naczelną Radę Lekarską swoją specjalistyczną wiedzą, brał udział w niektórych posiedzeniach organów NIL, prowadził również szkolenia dla lekarzy.

Od samego początku po wprowadzeniu na rynek szczepionek, Naczelna Rada Lekarska bardzo aktywnie włączyła się w propagowanie szczepień przeciwko COVID. Wskazywano, że szczepienie jak największej liczby osób daje szansę na zatrzymanie rozprzestrzeniania się epidemii. Z czasem taka postawa samorządu lekarskiego doprowadziła do tego, że samorząd stanął na celowniku różnego rodzaju organizacji czy ruchów antyszczepionkowych. Osoby reprezentujące postawę antyszczepionkową protestowały pod siedzibą NIL, doszło do wtargnięcia na salę rozpraw Naczelnego Sądu Lekarskiego i do uszkodzenia mienia Naczelnej Izby Lekarskiej, a w konsekwencji do interwencji Policji. Stąd Naczelna Rada Lekarska

apelowała do Ministra Zdrowia i Ministra Sprawiedliwości, aby lekarze i inne osoby, które włączyły się w akcję promowania szczepień przeciwko COVID były objęte ochroną prawną, a wszelkie skierowane przeciwko nim działania mające postać zniesławienia lub znieważenia były ścigane przez aparat państwowy z urzędu, a nie jako czyny prywatnoskargowe. Działania Naczelnej Rady Lekarskiej odniosły ten skutek, że Prokuratura Krajowa pismem z dnia 26 sierpnia 2021 r. rozesłała do prokuratorów regionalnych na terenie całego kraju instrukcję, aby w sprawach dotyczących zniesławienia lekarzy zaangażowanych w program szczepień przeciwko COVID-19 interes społeczny czynił regułą, co uzasadnia prowadzenie w takich sprawach postępowań karnych z urzędu, a nie jako przestępstw ściganych z oskarżenia prywatnego (znak pisma: 1001-2.Ko.270.2021 dot. PR.07.182021.DG).

W związku z epidemią Naczelna Rada Lekarska zwracała uwagę władz państwowych na problem pseudonaukowych metod zwalczania chorób, wyrażając głębokie zaniepokojenie nasilającą się działalnością osób i instytucji, propagujących i oferujących niepotwierdzone naukowo metody diagnozowania i zwalczania chorób. Samorząd lekarski podejmował w tym zakresie zdecydowane działania kierując do administratorów portali internetowych wnioski o zablokowanie materiałów, które negując istnienie epidemii lub szerząc fałszywe informacje na temat rzekomych metod zwalczania koronawirusa, zagrażały życiu czy zdrowiu wielu osób. Do działań Naczelnej Izby Lekarskiej dołączył Rzecznik Praw Obywatelskich, który także wystąpił do największych portali internetowych z podobnym wnioskiem.

Naczelna Rada Lekarska z ubolewaniem stwierdza, że w okresie epidemii znacznie pogorszyła się współpraca z Ministerstwem Zdrowia. Ze strony Ministerstwa nie było woli dialogu ze środowiskiem lekarskim reprezentowanym przez samorząd zawodowy. Wiele decyzji o charakterze kluczowym dla zwalczania epidemii oraz zasad funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej Ministerstwo podejmowało bez najmniejszej nawet próby konsultacji środowiskowej. Rozumiejąc oczywiście wymuszoną przez warunki epidemii potrzebę pilnego działania w niektórych obszarach ochrony zdrowia, samorząd lekarski oczekiwał od Ministerstwa Zdrowia większej współpracy i uzgadniania z samorządem decyzji istotnych dla wykonywania zawodu lekarza i lekarza dentystry. Ostatecznym dowodem potwierdzającym brak woli Rządu wysłuchania głosu ekspertów w walce z epidemią była rezygnacja w styczniu 2022 r. aż 13 członków Rady Medycznej przy Premierze. W rezygnacji tej

wskazano, że Rada Medyczna była niejednokrotnie oskarżana o niedostateczny wpływ na poczynania Rządu. Jednocześnie Rada obserwowała narastającą tolerancję zachowań środowisk negujących zagrożenie COVID-19 i znaczenie szczepień w walce z pandemią, czego wyrazem były również wypowiedzi członków Rządu lub urzędników państwowych. W dniu 24 stycznia 2022 r. Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej prof. Andrzej Matyja spotkał się z członkami Rady Medycznej, którzy złożyli rezygnację. Zaproszenie Prezesa NRL przyjęła zdecydowana większość byłych członków Rady Medycznej. Prezes NRL podziękował członkom Rady za trud, który włożyli w pracę na rzecz poprawy sytuacji epidemicznej w kraju i wskazał, że z obserwacji samorządu lekarskiego wynika, że w sprawach ochrony zdrowia do głosu częściej niż głos ekspertów, dochodzi populizm lub kalkulacja polityczna. Wskazując na dotychczasowy dorobek swojej pracy w ramach Rady Medycznej, eksperci zadeklarowali, że gotowi są wspierać Naczelną Radę Lekarską w wydawaniu opinii i stanowisk dotyczących ochrony zdrowia, szczególnie zaś wspierać samorząd swoją wiedzą w zakresie zwalczania chorób zakaźnych.

15. Wpływ epidemii na pracę biura Naczelnej Izby Lekarskiej

W okresie stanu epidemii znacząco wzrosło zaangażowanie samorządu lekarskiego w wykonywanie zadań, o których mowa w art. 5 pkt 15 i 16 ustawy o izbach lekarskich, który upoważnia samorząd lekarski do zajmowania stanowiska w sprawach stanu zdrowotności społeczeństwa, polityki zdrowotnej państwa oraz organizacji ochrony zdrowia, a także opiniowania projektów aktów prawnych dotyczących ochrony zdrowia i wykonywania zawodu lekarza bądź występowanie o ich wydanie. Naczelna Izba Lekarska stała się organizacją, do której kierowane były liczne zapytania dotyczące stanu epidemii, wnioski o wyjaśnienie, interwencje w sprawach grupowych czy indywidualnych. Epidemia tak znacząco wpłynęła na życie zawodowe lekarzy i lekarzy dentyków oraz na sytuacje pacjentów, że w tych sprawach prowadzona była korespondencja z szeregiem organów i instytucji tak w kraju, jak i za granicą. Od czasu ogłoszenia stanu epidemii istotnie zwiększyło się obłożenie pracą Biura Naczelnej Izby Lekarskiej, które oprócz obsługi administracyjnej pracy Naczelnej Izby Lekarskiej, wykonywało także zadania związane z prowadzeniem dystrybucji środków ochrony osobistej pozyskanych lub zakupionych w związku z epidemią lub innych form pomocy, które były

przekazywane poprzez samorząd lekarski do potrzebujących placówek ochrony zdrowia. Łączna liczba korespondencji wpływającej do Naczelnej Izby Lekarskiej wzrosła o około 50%, w tym liczba spraw, które wymagały udziału Zespołu Radców Prawnych wzrosła z około 1 tys. rocznie w roku 2018 do ponad 1,5 tysiąca rocznie w roku 2020 i 2021.

Naczelna Izba Lekarska w latach 2018-2022 objęła opiniowaniem około 850 projektów aktów prawnych.

16. Nakłady na ochronę zdrowia

Przez cały okres VIII kadencji w licznych wystąpieniach Naczelna Rada Lekarska dawała wyraz przekonaniu środowiska lekarzy i lekarzy dentyistów o konieczności zwiększenia publicznych nakładów na ochronę zdrowia. Zwracano uwagę, że pod względem nakładów na ochronę zdrowia Polska ustępuje nie tylko bogatszym krajom Europy zachodniej, ale także krajom o podobnym potencjale gospodarczym, a nawet biedniejszym. Samorząd lekarski wielokrotnie wskazywał, że wysokość PKB przeznaczanego na ochronę zdrowia nie wzrasta w odpowiednio szybkim tempie, szczególnie biorąc pod uwagę szybko zachodzące w polskim społeczeństwie zmiany demograficzne i szereg innych czynników mających wpływ na zapotrzebowanie finansowe w odniesieniu do tak ważnego obszaru życia publicznego, jakim jest opieka zdrowotna.

Zdaniem NRL zwiększenie finansowania jest potrzebne w każdym obszarze opieki zdrowotnej, wielokrotnie w trakcie VIII kadencji NRL podkreślano m.in. niedofinansowanie szpitali oraz świadczeń stomatologicznych oraz domagano się przyjęcia określonych rozwiązań ze strony rządzących.

W ocenie samorządu lekarskiego kwestia niewystarczających nakładów na ochronę zdrowia jest jednym z kluczowych, i wciąż nierozwiązanych, problemów stojących przed władzami państwowymi.

Naczelna Rada Lekarska VIII kadencji i jej Prezydium opiniowała również projekty ustaw i rozporządzeń dotyczących warunków wynagradzania w ochronie zdrowia. Za szczególnie bulwersujące uznano, że od 1 lipca 2021 płaca lekarza ze specjalizacją – wywalczona w trakcie protestu rezydentów w 2018 r. - wzrosła jedynie o 19 złotych. Tak niewielki wzrost był efektem nieakceptowanych przez samorząd lekarski

kompromisów zawartych w ramach Komisji Trójstronnej. Przyjęte w ramach nowelizacji ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych rozwiązania nie są w stanie realnie poprawić warunków pracy pracowników wykonujących zawody medyczne, zatrzymać ich emigrację oraz zachęcić do wykonywania tych zawodów w ramach publicznego systemu opieki zdrowotnej, szczególnie w szpitalach. Naczelna Rada Lekarska VIII kadencji przypominała przy tym aktualne postulaty środowiska lekarskiego co do wynagrodzeń lekarzy wyartykułowane w apelu Nr 7 Nadzwyczajnego XIII Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 14 maja 2016 r.

Nowelizacja ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych, została przez Naczelną Radę Lekarską uznana za niewystarczającą i znacznie odbiegającą od zasadnych oczekiwań samorządu lekarskiego co do wysokości płac lekarzy.

17. Dostęp do zawodu lekarza i organizacja ochrony zdrowia

Naczelna Rada Lekarska VIII kadencji bardzo wiele uwagi poświęciła zagadnieniom szeroko rozumianej organizacji ochrony zdrowia w Polsce.

Znaczna część pracy samorządu lekarskiego to udział w opiniowaniu projektów aktów prawnych dotyczących ochrony zdrowia. Obecnie zakres regulacji prawnej w obszarze medycyny oraz zasad wykonywania zawodu lekarza i lekarza dentystry jest bardzo obszerny, co skutkuje tym, że treść aktów prawnych w znacznej mierze determinuje zasady i warunki wykonywania zawodu lekarza i lekarza dentystry. W dobie pandemii koronawirusa projekty szczególnych aktów prawnych powstawały w Ministerstwie Zdrowia w niespotykanym tempie, a czas na ich zaopiniowanie przez partnerów społecznych był skracany do minimum.

Podobnie jak w latach ubiegłych, najwięcej projektów aktów prawnych dotyczących ochrony zdrowia przedkładał Naczelnej Radzie Lekarskiej do zaopiniowania resort zdrowia. Należy odnotować, że w roku 2018 do Naczelnej Rady Lekarskiej trafiły do zaopiniowania 194 projekty aktów prawnych dotyczące ochrony zdrowia. W roku 2019 do Naczelnej Rady Lekarskiej trafiły do zaopiniowania 252 projekty aktów prawnych dotyczące ochrony zdrowia. W roku 2020 do Naczelnej Rady Lekarskiej trafiło do zaopiniowania 200 projektów aktów prawnych dotyczących ochrony

zdrowia. W roku 2021 do Naczelnej Rady Lekarskiej trafiło do zaopiniowania 200 projektów aktów prawnych dotyczących ochrony zdrowia. W przeważającej większości projektodawcą tych aktów prawnych był Minister Zdrowia. Projekty te zostały poddane opiniowaniu przez Naczelną Radę Lekarską lub jej Prezydium w ramach konsultacji społecznych.

Z punktu widzenia zasad wykonywania zawodu lekarza i lekarza dentystry najważniejszą zmianą ustawodawczą była nowelizacja ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry – ustawa z dnia 16 lipca 2020 r. o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry oraz niektórych innych ustaw (DZ.U. z 2020 r. poz. 1291). Proces legislacyjny nad tą ustawą trwał dość długo, co wymuszała obszerność regulacji prawnej i dość duża liczba zmian dotyczących kształcenia lekarzy przewidzianych w tym akcie prawnym. Naczelna Rada Lekarska opiniowała ten projekt na każdym etapie prac legislacyjnych począwszy od konsultacji społecznych aż po prace w obu izbach Parlamentu. Przyjęta ustawa w dużej mierze wychodzi naprzeciw oczekiwaniom środowiska lekarskiego dotyczącym kształcenia podyplomowego lekarzy i lekarzy dentystry. Naczelna Rada Lekarska pozytywnie oceniła wprowadzenie wymogu, aby terminy LEK i LDEK dyrektor CEM ogłaszał co najmniej na 6 miesięcy przed planowanym egzaminem. Na pozytywną ocenę zasługuje również, że w trakcie odbywania stażu podyplomowego lekarz będzie mógł przeznaczyć 6 dni, na udział w dodatkowych konferencjach, kursach lub szkoleniach. Pozytywnie oceniono zapis, że lekarz, który został zakwalifikowany do odbywania rezydentury i rozpoczął szkolenie specjalizacyjne, może, bez podawania przyczyny, złożyć ponowny wniosek o odbywanie rezydentury w innej dziedzinie medycyny nie więcej niż jeden raz. Zaaprobowano rozwiązanie, w myśl którego lekarz odbywający specjalizację może pracować w systemie zmianowym tylko jeżeli program danej specjalizacji przewiduje pracę w takim systemie, a także gdy lekarz odbywający szkolenie specjalizacyjne oraz kierownik specjalizacji, pod którego nadzorem jest lekarz, pracują na tej samej zmianie, albo może pracować w równoważnym czasie pracy tylko, jeżeli program danej specjalizacji przewiduje pracę w takim systemie i system ten jest stosowany do wszystkich lekarzy w jednostce akredytowanej.

Poparcie samorządu zyskała regulacja umożliwiająca lekarzowi odbywającemu szkolenie specjalizacyjne wyrażenie braku zgody na pełnienie samodzielnych

dyżurów medycznych przez 1 rok od rozpoczęcia szkolenia specjalizacyjnego oraz rozwiązanie przewidujące, że w przypadku pełnienia dyżuru medycznego objętego programem szkolenia specjalizacyjnego w wymiarze uniemożliwiającym skorzystanie przez lekarza z prawa do co najmniej 11-godzinnego dobowego nieprzerwanego odpoczynku, lekarzowi powinien być udzielony okres odpoczynku bezpośrednio po zakończeniu pełnienia dyżuru medycznego. Co istotne - okres tego odpoczynku nie powoduje wydłużenia szkolenia specjalizacyjnego i wlicza się lekarzowi do podstawowego wymiaru czasu pracy. Naczelna Rada Lekarska pozytywnie oceniła zrealizowanie zgłaszanego od wielu lat postulatu wprowadzenia wynagrodzenia dla kierowników specjalizacji, z zastrzeżeniem, że wysokość tego wynagrodzenia nie jest jednak adekwatna do nakładu pracy kierownika specjalizacji.

Ze zdecydowaną krytyką samorządu lekarskiego spotkały się natomiast forsowane przez Ministerstwo Zdrowia – i ostatecznie uchwalone przez Parlament - regulacje wprowadzające uproszczony tryb przyznawania prawa wykonywania zawodu lekarza i lekarza dentystry osobom posiadającym dyplom uzyskany poza obszarem UE. W ocenie NRL przyjęty w dwóch nowelizacjach ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry tryb przyznawania prawa wykonywania zawodu - głównie cudzoziemcom niebędącym obywatelami państwa członkowskiego UE - jest całkowicie nieuzasadniony zarówno z punktu widzenia bezpieczeństwa polskiego pacjenta, zgodności z prawem Unii Europejskiej, jak również prawidłowości funkcjonowania polskiego systemu ochrony zdrowia. Kwestionowane przepisy nie wskazują odpowiednich kryteriów weryfikacji faktycznej wiedzy i umiejętności zdobytej w ramach kształcenia, które nie jest ujednolicone z kształceniem, jakie zdobywa się w ramach UE, przepisy te nie wskazują również metod weryfikacji znajomości języka polskiego absolutnie potrzebnej do prawidłowego wykonywania tak odpowiedzialnego zawodu, jak lekarz czy lekarz dentysta.

Naczelna Rada lekarska zdecydowała, że od kandydatów ubiegających się o przyznanie uprawnień zawodowych w uproszczonym trybie będzie wymagała potwierdzenia znajomości języka polskiego oraz potwierdzenia, że stan zdrowia pozwala danej osobie na wykonywanie zawodu poprzez zaświadczenie lekarza medycyny pracy. Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 1/21/VIII z dnia 29 stycznia 2021 r. zmieniająca uchwałę Nr 1/17/VII z dnia 13 stycznia 2017 r. w sprawie *szczegółowego trybu postępowania w sprawach przyznawania prawa wykonywania*

zawodu lekarza i lekarza dentysty oraz prowadzenia rejestru lekarzy i lekarzy dentystów, która te wymogi określała, została zaskarżona przez Ministra Zdrowia do Sądu Najwyższego. W dniu 21 grudnia 2021 r. w Sądzie Najwyższym odbyła się rozprawa, która trwała blisko dwie i pół godziny. Naczelna Rada Lekarska przedstawiła stanowisko wskazujące jak kluczową rolę odgrywa znajomość języka polskiego przy sprawowaniu opieki nad pacjentem. Naczelna Rada Lekarska uważa, że wymogi dotyczące znajomości języka polskiego nie są sprzeczne z prawem, wymóg znajomości języka polskiego znajduje swoje odzwierciedlenie w Konstytucji RP i w prawie unijnym, które Polska zobowiązana jest stosować. NRL przekonywała też, że nie jest sprzeczny z prawem wymóg, aby zaświadczenie potwierdzające stan zdrowia kandydata ubiegającego się o PZW na wykonywanie zawodu było wystawione przez lekarza medycyny pracy.

W dniu 29 grudnia 2021 r. SN wydał wyrok, w którym uchylił uchwałę NRL w części dot. wymogu znajomości języka polskiego, nie dopatrył się natomiast sprzeczności uchwały NRL z prawem w części, w której wymaga się przedstawienia zaświadczenia lekarza medycyny pracy.

W trakcie VIII kadencji Naczelna Rada Lekarska zajmowała się m.in. konsekwencjami rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2017/852 z dnia 17 maja 2017 r. w sprawie rtęci oraz uchylającego rozporządzenie (WE) nr 1102/2008. Zgodnie z tym rozporządzeniem podmioty prowadzące gabinety stomatologiczne, w których stosowany jest amalgamat stomatologiczny lub w których usuwane są wypełnienia z amalgamatu stomatologicznego lub zęby zawierające takie wypełnienia, będą zobowiązane do zainstalowania i utrzymywania separatorów amalgamatu. Naczelna Rada Lekarska zwracała się do Ministra Zdrowia o wprowadzenie okresów dostosowawczych dla polskich placówek medycznych udzielających świadczeń z zakresu leczenia stomatologicznego, a także uwzględnienia kosztu zakupu tego urządzenia w wycenie świadczeń stomatologicznych.

Odnośnie do informatyzacji w roku 2019 samorząd lekarski przesyłał do Ministerstwa Zdrowia uwagi, wskazując, że proces cyfryzacji opieki zdrowotnej wymaga pilnych korekt, bez których nie zostaną zrealizowane podstawowe założenia reformy. Postulowano m.in. ogłoszenie przez Ministra Zdrowia przewidzianych w art. 8b

ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia „wymagań funkcjonalnych i technicznych dla systemów teleinformatycznych usługodawców”. Oczekiwano też określenia wymagań związanych z procesem wymiany i udostępniania Elektronicznej Dokumentacji Medycznej (EDM), bowiem bez ich precyzyjnego określenia usługodawcy nie wiedzą, jakie wymogi postawić dostawcom programów informatycznych. Samorząd lekarski podkreślał, że udostępnianie dokumentów EDM nie może polegać na tworzeniu przez usługodawców repozytoriów pełnej dokumentacji.

W czasie VIII kadencji NRL zgłaszała Ministerstwu postulaty poprawy funkcjonowania e-recept, w tym funkcjonalności systemu obsługującego e-receptę. Samorząd lekarski przypomniał postulat, żeby narzędzia informatyczne, które mogą być wprowadzone do systemów informatycznych ochrony zdrowia, zwolniły lekarzy z jakichkolwiek czynności o charakterze niemedyчным. Środowisko lekarskie oczekuje takich rozwiązań, które czynności lekarza związane z wystawieniem recepty ograniczą jedynie do postawienia rozpoznania i przepisania leku. Ustalanie, czy pacjent jest uprawniony do leków refundowanych i w jakim stopniu to uprawnienie mu przysługuje, nie jest czynnością lekarską i nie powinno odwracać uwagi lekarzy od pacjentów.

W roku 2019 opiniowano projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania. Projekt ten w pierwotnym przedłożeniu przewidywał daleko idącą cyfryzację dokumentacji medycznej. Na skutek opinii m.in. samorządu lekarskiego umożliwiono lekarzom, w szczególności lekarzom seniorom oraz lekarzom niemającym kontraktu z NFZ, prowadzenie nadal dokumentacji medycznej w formie papierowej, z uwagi na brak warunków organizacyjno-technicznych do jej prowadzenia w postaci elektronicznej. Udało się również przekonać stronę rządową, że konieczne przy informatyzacji dokumentacji medycznej jest wprowadzenie zapisu, że system teleinformatyczny, w którym jest prowadzona dokumentacja medyczna, musi zapewniać funkcjonalność eksportu całości danych umożliwiające odtworzenie ich w innym systemie teleinformatycznym.

W czasie VIII kadencji NRL opiniowano projekt ustawy o stwierdzaniu, dokumentowaniu i rejestracji zgonów, opracowany w Ministerstwie Zdrowia. Samorząd lekarski pozytywnie ocenił zamiar uregulowania w jednym akcie prawnym

tematyki stwierdzania, dokumentowania i rejestracji zgonu oraz uznał za zasadne wprowadzenie instytucji koronera i wynagradzanie lekarzy stwierdzających zgon, sporządzających protokół zgonu lub kartę zgonu. Szczegółowe rozwiązania zawarte w projekcie ustawy wzbudziły jednak szereg zastrzeżeń samorządu lekarskiego. Sprzeciw budziło m.in. przyznanie kierownikowi zespołu ratownictwa medycznego prawa stwierdzenia zgonu. Niezrozumiała była też konieczność potwierdzania zgonu przez koronera po uprzednim stwierdzeniu zgonu przez lekarza nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, czy lekarza sprawującego opiekę medyczną w podmiocie innym niż podmiot leczniczy, przy jednoczesnym braku takiego obowiązku w przypadku stwierdzania zgonu przez ratownika medycznego.

18. Kształcenie przeddyplomowe i podyplomowe lekarzy i lekarzy dentystów

Naczelna Rada Lekarska aktywnie uczestniczyła w pracach legislacyjnych (na etapie rządowym jak i parlamentarnym) nad wprowadzeniem w życie rozwiązań przyjętych w porozumieniu Ministra Zdrowia z Porozumieniem Rezydentów zawartym 8 lutego 2018 r. W roku 2019 dotyczyło to głównie prac nad projektem o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz niektórych innych ustaw (pierwotny projekt przekazany został samorządowi lekarskiemu przez dr Jarosława Bilińskiego – Przewodniczącą Zespołu do spraw opracowania propozycji nowelizacji ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty przy Ministrze Zdrowia). Samorząd lekarski poparł kierunek głębokiej reformy systemu kształcenia oraz zmian warunków pracy lekarzy i lekarzy dentystów, zainicjowany przez Zespół. Naczelna Rada Lekarska w roku 2019 aż trzykrotnie opiniowała przedstawiane jej projekty tej ustawy, za każdym razem zgłaszając szereg merytorycznych poprawek. Ustawa przewiduje wiele rozwiązań, które są oczekiwane przez środowisko lekarskie, co dotyczy m.in. zmian w zakresie stażu podyplomowego, głębokiej reformy szkolenia specjalizacyjnego, kwestii jawnego dostępu do testów z egzaminów PES i LEK, wynagradzania kierowników specjalizacji. Niestety projekt, który ostatecznie trafił pod obrady Sejmu, nie spełniał wszystkich oczekiwań samorządu lekarskiego, w szczególności zaś budził wątpliwości w zakresie dotyczącym wprowadzonego do ustawy bez konsultacji z samorządem lekarskim uproszczonego trybu przyznawania prawa wykonywania zawodu cudzoziemcowi niebędącemu obywatelem państwa członkowskiego UE. Taki

uproszczony tryb przyznawania prawa wykonywania zawodu cudzoziemcowi niebędącemu obywatelem państwa członkowskiego UE jest w ocenie samorządu lekarskiego całkowicie nieuzasadniony zarówno z punktu widzenia bezpieczeństwa polskiego pacjenta oraz prawidłowości funkcjonowania polskiego systemu ochrony zdrowia.

Naczelna Rada Lekarska zajmowała także stanowisko w sprawie limitu przyjęć na studia lekarskie i lekarsko dentystyczne. W przypadku kierunku lekarskiego samorząd lekarski co roku ponawiał apel o znaczny wzrost limitu miejsc na studiach z uwagi na niedobór lekarzy. Jednocześnie Naczelna Rada Lekarska wnioskowała o zmniejszenie limitu przyjęć na kierunek lekarsko-dentystyczny, gdzie przy ustalaniu limitu powinno się uwzględnić możliwości dydaktyczne uczelni oraz zapotrzebowanie na absolwentów danego kierunku. W ocenie Naczelnej Rady Lekarskiej zwiększane co roku przez Ministerstwo Zdrowia limity przyjęć na kierunek lekarsko-dentystyczny nie odzwierciedlają potrzeb systemu ochrony zdrowia w zakresie udzielania świadczeń stomatologicznych.

W roku 2017 Naczelna Rada Lekarska skierowała do Trybunału Konstytucyjnego wnioski o zbadanie zgodności z Konstytucją przepisów ograniczających lekarzom i lekarzom denty stomom dostęp do pytań egzaminacyjnych z Lekarskiego Egzaminu Końcowego, Lekarsko-Dentystycznego Egzaminu Końcowego i Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego. Dostęp do pytań z lat ubiegłych jest istotną kwestią przy przygotowywaniu się do egzaminu. Naczelna Rada Lekarska uznała, że wprowadzenie ograniczeń w dostępie do pytań z lat ubiegłych narusza konstytucyjną zasadę dostępu do informacji o sprawach publicznych. Trybunał Konstytucyjny już raz uwzględnił wniosek Naczelnej Rady Lekarskiej i w wyroku z dnia 7 czerwca 2016 r. sygn. akt K 8/15 orzekł, że przepisy wyłączające dostęp do pytań, w zakresie, w jakim dotyczą testów i pytań testowych z Lekarskiego Egzaminu Końcowego, Lekarsko-Dentystycznego Egzaminu Końcowego i Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego, które już się odbyły, są niezgodne z art. 61 ust. 3 w związku z art. 31 ust. 3 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej. Wydawało się więc, że rozpatrzenie kolejnego wniosku NRL w sprawie dostępu do pytań z egzaminów zdawanych przez lekarzy i lekarzy denty stomom będzie jedynie formalnością a samo orzeczenie

Trybunału zapadnie szybko. Niestety, pomimo upływu 5 lat od daty złożenia wniosku Trybunał Konstytucyjny nie wyznaczył jeszcze terminu rozpatrzenia sprawy.

Wobec tego, że w Trybunale sprawa nie została rozstrzygnięta, Naczelna Rada Lekarska w lutym 2021 r. wystąpiła do Dyrektora CEM o udostępnienie pytań egzaminacyjnych wraz z poprawnymi odpowiedziami, wykorzystanych na potrzeby Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego, dla wszystkich specjalności, które odbyły się w latach 2016-2020 w sesji wiosennej. Po odmowie ze strony Dyrektora CEM Naczelna Rada Lekarska skierowała skargę do Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego. W dniu 28 września 2021 r. zapadł korzystny dla NRL wyrok WSA w Łodzi z dnia 28 września 2021 r. (sygn. akt II SAB/Łd 62/21). Wyrokiem tym WSA w Łodzi stwierdził, że Dyrektor Centrum Egzaminów Medycznych dopuścił się bezczynności w rozpoznaniu wniosku NIL z dnia 15 lutego 2021 r o udostępnienie informacji publicznej i zobowiązał Dyrektora CEM do jego rozpoznania w terminie 14 dni od dnia zwrotu przez sąd akt administracyjnych organowi wraz z odpisem prawomocnego wyroku. Od tego wyroku Dyrektor CEM złożył skargę kasacyjną do Naczelnego Sądu Administracyjnego, która nie została jeszcze rozpatrzona.

19. Nowy dokument prawa wykonywania zawodu lekarza i lekarza dentystry

Naczelna Rada Lekarska VIII kadencji brała udział w pracach nad wprowadzeniem nowego dokumentu prawo wykonywania zawodu lekarza i prawo wykonywania zawodu lekarza dentystry. Prace nad stworzeniem tego dokumenty w postaci karty poliwęglanowej trwały dość długo, głównie z uwagi na niezadowalające tempo prac w Ministerstwie Zdrowia oraz na konieczność uwzględnienia wprowadzonych w ostatniej chwili zmian odnoszących się do dokumentów dla lekarzy i lekarzy dentystry, którzy posiadają dyplomy uzyskane poza obszarem UE, którzy ubiegają się o prawo wykonywania zawodu w jednym z dwóch uproszczonych trybów.

Wzór nowego dokumentu prawo wykonywania zawodu został określony rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 17 grudnia 2021 r. w sprawie wzorów dokumentów: Prawo wykonywania zawodu lekarza, Prawo wykonywania zawodu lekarza dentystry. Obecnie trwają przygotowania do zawarcia umowy z Polską Wytwórnią Papierów Wartościowych, która te dokumenty będzie wytwarzać.

20. Szkolenia dla lekarzy

Naczelna Izba Lekarska w czasie VIII kadencji prowadziła intensywną działalność na polu szkoleń dla lekarzy i lekarzy dentyków. Prowadzone były w Naczelnej Izbie Lekarskiej zarówno szkolenia finansowane ze środków własnych, jak i ze środków unijnych.

a) Rok 2018

W roku 2018 Naczelna Izba Lekarska poprzez działający w jej strukturach Ośrodek Doskonalenia Zawodowego Lekarzy i Lekarzy Dentyków zorganizowała 28 kursów, w których udział wzięło łącznie 388 uczestników. Zorganizowane kursy dotyczyły kompetencji miękkich, prawa medycznego oraz zarządzania.

Ponadto Naczelna Rada Lekarska zorganizowała szkolenia z zakresu radiologii i laseroterapii dla lekarzy dentyków:

- „Ochrona radiologiczna dla lekarzy dentyków wykonujących medyczne procedury radiologiczne” – 12 kursów
- „Kurs dla osób ubiegających się o nadanie uprawnień inspektora ochrony radiologicznej typu S” – 1 kurs
- „Laseroterapia w praktyce lekarza stomatologa” - 2 kursy
- „Interpretacja zdjęć CBCT w stomatologii” – 1 kurs

Łącznie w kursach z zakresu radiologii wzięło udział 1168 lekarzy dentyków. Wszyscy uczestnicy mieli możliwość przystąpienia do egzaminu przed Komisją Egzaminacyjną powołaną przez Główny Inspektorat Sanitarny.

W roku 2018 Naczelna Izba Lekarska kontynuowała realizację projektów współfinansowanych ze środków unii europejskiej:

- 1) „Zdrowa administracja podstawą skuteczności podmiotów leczniczych”
- 2) „Podnoszenie kwalifikacji lekarzy poprzez przeprowadzenie ogólnopolskich standaryzowanych szkoleń w zakresie postępowania diagnostycznego, terapii oraz profilaktyki”
- 3) „Doskonalenie kwalifikacji zawodowych i kompetencji miękkich fizjoterapeutów”

W 2018 roku zakończono realizację projektu „Razem dla Zdrowia” współfinansowanego przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego, w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój.

b) Rok 2019

W 2019 roku Ośrodek Doskonalenia Zawodowego zorganizował 59 kursów, w których uczestniczyło 793 uczestników. Zorganizowane kursy dotyczyły kompetencji miękkich, prawa medycznego oraz zarządzania.

Ponadto ODZ zorganizował 7 kursów z zakresu radiologii dla lekarzy dentystów pn. „Ochrona radiologiczna dla lekarzy dentystów wykonujących medyczne procedury radiologiczne”. Łącznie w powyższych kursach wzięło udział 502 lekarzy dentystów. Wszyscy uczestnicy mieli możliwość przystąpienia do egzaminu przed Komisją Egzaminacyjną powołaną przez Główny Inspektorat Sanitarny.

ODZ organizował również szkolenia w ramach realizowanych przez Naczelną Izbę Lekarską projektów unijnych. W I połowie 2019 r. ODZ zorganizował 22 szkolenia w ramach projektu „Zdrowa administracja podstawą skuteczności podmiotów leczniczych” realizowanego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój (POWER). W kursach tych uczestniczyły łącznie 533 osoby.

W ramach realizacji projektu pt. „Doskonalenie kwalifikacji zawodowych i kompetencji miękkich fizjoterapeutów” realizowanego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 (POWER), ODZ zorganizował 5 sześciodniowych kursów „Fizjoterapia po mastektomii. Psychoonkologia”, w których udział wzięło łącznie 96 osób.

W ramach realizacji projektu pt. “Podnoszenie kwalifikacji lekarzy poprzez przeprowadzenie ogólnopolskich standaryzowanych szkoleń w zakresie postępowania diagnostycznego, terapii oraz profilaktyki” realizowanego w ramach Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 (POWER), ODZ zorganizował 3 dwudniowe szkolenia.

c) Rok 2020

W 2020 roku Ośrodek Doskonalenia Zawodowego zorganizował 81 kursów, w których wzięło udział 2 473 uczestników. Zorganizowane kursy odbyły się w trybie online i dotyczyły kompetencji miękkich, prawa medycznego, zarządzania, a także

zagadnień z ochrony radiologicznej oraz sytuacji epidemiologicznej w Polsce i na świecie.

ODZ realizował także szkolenia w ramach projektów unijnych prowadzonych przez Naczelną Izbę Lekarską.

Projekt „Doskonalenie kwalifikacji zawodowych i kompetencji miękkich fizjoterapeutów” w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój (PO WER) w roku 2020 pozwolił na przeszkolenie łącznie 305 fizjoterapeutów, w tym 130 osób stacjonarnie, a 175 osób w formule online.

W ramach realizacji projektu pt. “Podnoszenie kwalifikacji lekarzy poprzez przeprowadzenie ogólnopolskich standaryzowanych szkoleń w zakresie postępowania diagnostycznego, terapii oraz profilaktyki” realizowanego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 (POWER), ODZ przeszkolił łącznie 667 lekarzy i lekarzy dentyistów w ramach 6 modułów szkoleniowych:

Wszystkie projekty unijne prowadzone w NIL zostały zakończone z dniem 31 grudnia 2020 roku.

d) Rok 2021

W 2021 roku Ośrodek Doskonalenia Zawodowego Naczelnej Izby Lekarskiej zorganizował 156 szkoleń, w których wzięło udział 10 857 uczestników. Kursy odbyły się w trybie online i dotyczyły kompetencji miękkich, prawa medycznego, zarządzania, zmian podatkowych dla lekarzy i lekarzy dentyistów wprowadzonych w ramach Polskiego Ładu, a także zagadnień z ochrony radiologicznej oraz sytuacji epidemiologicznej w Polsce i na świecie.

W VIII kadencji Ośrodek Doskonalenia Zawodowego NIL realizował także szkolenia w ramach projektów unijnych prowadzonych przez Naczelną Izbę Lekarską. Zawarcie umów na realizację projektów unijnych miało miejsce w poprzednich kadencjach samorządu lekarskiego.

Podczas trwania VIII kadencji zrealizowano łącznie 4 projekty finansowane ze środków unijnych:

- 1) „Zdrowa administracja podstawą skuteczności podmiotów leczniczych”. Cel projektu: szkolenia dla pracowników administracyjnych systemu ochrony zdrowia.
- 2) „Razem dla Zdrowia”. Projekt był realizowany w partnerstwie z Fundacją My Pacjenci, Naczelną Izbą Pielęgniarek i Położnych oraz Naczelną Izbą Aptekarską.
- 3) „Doskonalenie kwalifikacji zawodowych i kompetencji miękkich fizjoterapeutów”. Projekt realizowany w partnerstwie z Centrum Edukacyjnym FUTURE Gałązka Alicja.
- 4) „Podnoszenie kwalifikacji lekarzy poprzez przeprowadzenie ogólnopolskich standaryzowanych szkoleń w zakresie postępowania diagnostycznego, terapii oraz profilaktyki”. Projekt realizowany w partnerstwie z „Medycyną Praktyczną”, Polskim Towarzystwem Onkologii Klinicznej i Polskim Towarzystwem Psychiatrycznym

Wszystkie projekty unijne zostały ostatecznie zakończone z końcem grudnia 2020 roku. NIL wypełniła wszystkie obowiązki jako beneficjent środków funduszy – przedłożyła końcowe sprawozdania z projektów i ich rozliczenia finansowe do jednostki nadzorującej ww. projekty tj. Ministerstwa Zdrowia, które zostały zweryfikowane i zatwierdzone.

21. Analizy w obszarach specjalistycznych

W czasie VIII kadencji Naczelna Rada Lekarska i jej Prezydium korzystały także z pomocy ekspertów w celu opracowania stanowiska samorządu lekarskiego w istotnych kwestiach mających znaczenie w ochronie zdrowia. Należy wskazać m.in. na powołanie przez Prezydium NRL Zespołu ekspertów ds. oceny zgodności z aktualnym stanem wiedzy medycznej stosowania w praktyce medycznej niektórych substancji i metod leczenia (uchwała PNRL nr 145/20/P-VIII z dnia 20 listopada 2020 r.). Zadaniem Zespołu było dokonanie przeglądu aktualnego stanu wiedzy opartej na badaniach naukowych dotyczącego zgodności z aktualnym stanem wiedzy medycznej stosowania w praktyce medycznej niektórych substancji i metod pod kątem ustalenia czy istnieją dowody naukowe na skuteczność wlewów dożylnych substancji 1) Artesunat, 2) Witamina C, 3) Resweratrol, 4) DMSO, 5) Salinomycyna, 6) Kurkumina w postaci wlewów dożylnych oraz czy istnieją dowody naukowe na skuteczność 1) tlenoterapii dożylnych, 2) naświetlania laserowego krwi, 3) akupunktury laserowej, 4) hipertermii ogólnoustrojowej, 5) terapii fotodynamicznej (PDT), 6) galwanoterapii jako leczenia niefarmakologicznego w leczeniu chorób

nowotworowych. Na podstawie opinii tego Zespołu Naczelna Rada Lekarska wydała stanowisko Nr 2/21/VIII z dnia 12 marca 2021 r. w sprawie bezwartościowych lub szkodliwych metod leczenia w chorobach onkologicznych. Naczelna Rada Lekarska uznała stosowanie wymienionych sposobów terapii i postępowania w chorobach onkologicznych za niezgodne z Evidence Based Medicine. NRL uznała, że poniższe substancje stosowane we wlewach dożylnych oraz wykorzystywane w lecznictwie terapii nie znajdują w świetle aktualnej wiedzy medycznej, naukowych podstaw do ich stosowania w onkologii:

- 1) Artesunat,
- 2) stosowanie wlewów dożylnych z dużymi dawkami Witaminy C,
- 3) Resweratrol,
- 4) DMSO,
- 5) Salinomycyna,
- 6) Kurkumina,
- 7) tlenoterapia dożylna,
- 8) naświetlanie laserowe krwi,
- 9) akupunktura laserowa,
- 10) galwanoterapia,
- 11) hipertermia ogólnoustrojowa.

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej powołało także na mocy uchwały nr 108/20/P-VIII z dnia 3 września 2020 r. Zespół roboczy do spraw opracowania dokumentu dotyczącego seksualności człowieka i edukacji dzieci w tym zakresie z udziałem znakomitych ekspertów z zakresu seksuologii i psychiatrii. Zespół pracował nad stworzeniem opartego na naukowych podstawach dokumentu dotyczącego seksualności człowieka i edukacji dzieci i młodzieży w tym zakresie. W opinii Zespołu przypomniano, że zgodnie z art. 3 Kodeksu Etyki Lekarskiej lekarz powinien zawsze wypełniać swoje obowiązki z poszanowaniem człowieka bez względu na wiek, płeć, rasę, wyposażenie genetyczne, narodowość, wyznanie, przynależność społeczną, sytuację materialną, poglądy polityczne lub inne uwarunkowania. Nie akceptuje się postępowania lekarzy uwarunkowanego wiekiem, płcią, narodowością, wyznaniem, światopoglądem, sytuacją materialną, poglądami politycznymi pacjentów. Postępowaniem lekarza powinna zawsze kierować przede wszystkim rzetelna

wiedza medyczna. Wskazano również, że edukacja powinna obejmować rzetelną wiedzę o seksualności człowieka, wolną od uprzedzeń, stygmatyzacji czy osobistych poglądów.

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej uchwałą nr 63/21/P-VIII PNRL z dnia 14 maja 2021 r. powołało Zespół ekspertów ds. terapii komórkowych i komórek macierzystych. W skład zespołu wchodzi znakomici przedstawiciele nauk medycznych. Zespół działał pod przewodnictwem Wiceprezesa NRL, Artura Drobnika oraz z aktywnym udziałem Wiceprezesa NRL, Krzysztofa Madeja. Zadaniem Zespołu było dokonanie przeglądu aktualnego stanu wiedzy opartej na badaniach naukowych dotyczącego stosowania tzw. medycyny regeneracyjnej, w szczególności z wykorzystaniem komórek macierzystych, przygotowanie stanowiska na ten temat wraz z zaleceniami dotyczącymi eksperymentów leczniczych z wykorzystaniem komórek macierzystych. Zespół przygotował stanowisko ws. komercyjnego oferowania zabiegów z wykorzystaniem komórek określanych jako macierzyste, w tym przeprowadzanych w ramach medycznych eksperymentów leczniczych, propozycję zaleceń dla komisji bioetycznych oraz propozycję wskazówek dla pacjentów. W dniu 31 marca 2022 r. w siedzibie Naczelnej Izby Lekarskiej odbyła się w Konferencja Naukowa pt. Terapie komórkowe - sukcesy i zagrożenia. W konferencji udział wzięło prawie 90 osób. Uroczyste otwarcie Konferencji poprowadził Prezes NRL, prof. Andrzej Matyja jednocześnie inaugurując otwarcie nowej sali Ośrodka Doskonalenia Zawodowego NIL. Podsumowanie prac Zespołu przedstawione zostanie podczas posiedzenia NRL planowanego na 8 kwietnia 2022 r.

W dniu 20 listopada 2020 r. uchwałą nr 146/20/P-VIII Prezydium NRL powołało Zespół roboczy ds. określenia modelu leczenia interwencyjnego udaru niedokrwiennego mózgu w Polsce. Przed Zespołem postawiono zadanie opracowania opartego na naukowych podstawach dokumentu określającego model leczenia interwencyjnego udaru niedokrwiennego mózgu. Po otrzymaniu opracowania przygotowanego przez ww. Zespół, Prezydium NRL w stanowisku nr 23/21/P-VIII z dnia 25 lutego 2021 r. stwierdziło, że leczenie interwencyjne udaru niedokrwiennego mózgu w przebiegu okluzji dużych naczyń jest metodą nowoczesną

i daleko skuteczniejszą od dotychczasowych, a wdrożone w odpowiednio wcześniej pozwala zminimalizować szkody neurologiczne powodowane niedokrwieniem. Zdaniem Prezydium NRL w interesie chorych leży rozpowszechnienie tej metody leczenia i umożliwienie szybkiego skorzystania z niej, co oznacza potrzebę powstania w kraju zdecydowanie większej liczby ośrodków oferujących całodobowo leczenie interwencyjne udarów tak, aby możliwe było skrócenie czasu od wystąpienia objawu do zabiegu. Dalsze przedłużenie dotychczasowego pilotażu trombektomii i wskazywanie przez Ministra Zdrowia ośrodków, które mogą wykonywać tę procedurę, powoduje w istocie administracyjne ograniczenie liczby wykonywanych zabiegów ze szkodą dla chorych. Prezydium NRL oczekiwało wobec tego zakończenia pilotażu i wprowadzenia procedury do finansowania przez NFZ jako sposobu leczenia udarów mózgu o skuteczności potwierdzonej najwyższą klasą dowodów naukowych.

22. Fundusz Wydawniczy

Fundusz Wydawniczy Naczelnej Rady Lekarskiej został powołany uchwałą Nr 15/20/VIII Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 16 października 2020 r. Celem utworzenia Funduszu Wydawniczego było umożliwienie współfinansowania wydawnictw książkowych lub audiowizualnych, których autorami są lekarze i lekarze dentyści. Fundusz Wydawniczy wspiera wydawanie w formie papierowej oraz audiowizualnej prac z zakresu historii zawodów medycznych i medycyny ze szczególnym uwzględnieniem dziejów samorządu lekarskiego oraz literatury pięknej. Zadania z zakresu obsługi Funduszu wykonuje pięcioosobowy Zespół Wydawniczy, powoływany przez Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej na okres kadencji Naczelnej Rady Lekarskiej. Wysokość środków przekazywanych do Funduszu Wydawniczego corocznie określana jest w budżecie Naczelnej Izby Lekarskiej, na wniosek Przewodniczącego Funduszu.

Dotychczas ze środków Funduszu Wydawniczego dofinansowano wydanie dziewięciu publikacji. Większość dofinansowanych przez Naczelną Izbę Lekarską publikacji została już wydana i jest dostępna na rynku wydawniczym.

23. Współpraca międzynarodowa

Mając na względzie rosnące znaczenie współpracy międzynarodowej Naczelna Rada Lekarska w listopadzie 2018 r. przyjęła uchwałę w sprawie określenia zasad prowadzenia działalności zagranicznej Naczelnej Izby Lekarskiej. Prowadzenie działalności zagranicznej NIL, która odbywa się we współpracy z okręgowymi izbami lekarskimi, powierzono Prezydium NRL, a realizacja tych zadań odbywa się za pośrednictwem powołanego przez Naczelną Radę Lekarską Ośrodka Współpracy Zagranicznej.

Naczelna Rada Lekarska dokładała starań, aby polskie środowisko lekarskie miało swoją reprezentację w najważniejszych międzynarodowych organizacjach skupiających lekarzy i lekarzy dentystów.

Naczelna Izba Lekarska jest członkiem następujących głównych międzynarodowych organizacji lekarskich i lekarsko-dentystycznych na świecie i w Europie:

- Światowego Stowarzyszenia Lekarskiego (WMA)
- Światowej Federacji Dentystycznej (FDI)
- Europejskiej Regionalnej Organizacji Światowej Federacji Dentystycznej (ERO/FDI)
- Stałego Komitetu Lekarzy Europejskich (CPME)
- Europejskiej Unii Lekarzy Specjalistów (UEMS)
- Rady Europejskich Lekarzy Dentystów (CED)

W roku 2018 i 2019 przedstawiciele samorządu lekarskiego brali udział we wszystkich posiedzeniach plenarnych powyższych organizacji, jak również w niektórych spotkaniach funkcjonujących w ich ramach grup roboczych. Reprezentanci NIL uczestniczyli w pracach nad stanowiskami i uchwałami dotyczącymi wielu spraw związanych z ochroną zdrowia, wykonywaniem zawodu lekarza i lekarza dentysty oraz kształceniem przed i podyplomowym.

NIL utrzymywała regularny kontakt z biurami powyższych organizacji, analizując prowadzone prace, przygotowując i przekazując stanowiska NRL w poszczególnych sprawach, opracowując różnego rodzaju materiały, a także udzielając informacji na temat sytuacji w Polsce.

Rok 2020 także w zakresie współpracy międzynarodowej był rokiem szczególnym – ograniczenia związane z pandemią COVID-19 wpłynęły na zakres i sposób prowadzenia współpracy międzynarodowej przez samorząd lekarski.

W 2020 r. nie odbyły się posiedzenia plenarne powyższych organizacji w formie tradycyjnej, czyli z osobistym udziałem przedstawicieli organizacji członkowskich. Posiedzenia planowane na wiosnę 2020 r. zostały w ogóle odwołane, zaś niektóre posiedzenia w terminie późniejszym odbyły się w formie zdalnej. Reprezentanci NIL uczestniczyli w tych posiedzeniach, które odbywały się zdalnie, jak również w szeregu zdalnych spotkań roboczych poświęconych sytuacji epidemicznej w Europie. Kwestie, które omawiano na tych spotkaniach, dotyczyły dostępności środków ochrony indywidualnej, leków, personelu medycznego, zakażeń wśród lekarzy i zasad testowania pracowników ochrony zdrowia, warunków pracy w ochronie zdrowia na poziomie UE.

W grudniu 2018 r. 9 największych europejskich organizacji lekarskich (m.in. CPME oraz UEMS) przyjęło wspólne stanowisko wspierające szczepienia ochronne (European Medical Organisations' Statement on Supporting Vaccination), które ma charakter ogólnoeuropejski. Z inicjatywą przyjęcia takiego stanowiska wystąpiła NIL, uznając, że podważanie zasadności i skuteczności szczepień jest problemem ogólnoeuropejskim i lekarze z całej Europy powinni się na ten temat jednoznacznie wypowiedzieć oraz zaapelować do władz o podejmowanie właściwych działań.

W ramach członkostwa w CPME w dniu 4 grudnia 2019 r. NIL gościła w swej siedzibie uczestników 2. międzynarodowej debaty dotyczącej wdrażania idei Jednego Zdrowia w kształceniu przeddyplomowym lekarzy, lekarzy dentystów, farmaceutów oraz lekarzy weterynarii (Implementation of One Health in undergraduate education).

Ponadto, kontynuując wieloletnią już tradycję, przedstawiciele samorządu lekarskiego brali udział w Europejskim Forum Stowarzyszeń Medycznych (EFMA), będącym corocznym spotkaniem krajowych organizacji lekarskich ze wszystkich państw europejskich (zgodnie z definicją regionu europejskiego WHO) mającym na celu wymianę poglądów na tematy dotyczące zdrowia i wykonywania zawodu lekarza, które w 2018 r. odbyło się w Azerbejdżanie, a w 2019 r. w Podgoricy w Czarnogórze. Trzy główne bloki tematyczne Forum dotyczyły migracji pracowników ochrony zdrowia, warunków pracy lekarzy oraz edukacji medycznej.

W dniu 14 czerwca 2019 r. 21. już spotkanie ENMCA odbyło się w siedzibie NIL. W spotkaniu w Warszawie udział wzięło 23 przedstawicieli organów z 14 państw, m.in.

Danii, Francji, Holandii, Niemiec, Irlandii, Szwecji, Wlk. Brytanii. W imieniu NIL zabranych powitał Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej dr Grzegorz Wrona, podkreślając znaczenie tego rodzaju współpracy, która z jednej strony służy lekarzom ubiegającym się o uznanie kwalifikacji, a z drugiej przyczynia się do zapewniania bezpieczeństwa pacjentów. Podczas całodziennego spotkania omawiano m.in. kwestię stażu podyplomowego jako uzupełnienia studiów akademickich, zastrzeżeń Komisji Europejskiej co do prawidłowości wdrożenia niektórych przepisów w poszczególnych państwach.

Przedstawiciele samorządu lekarskiego uczestniczyli w 26. Sympozjum Izb Lekarskich Państw Europy Środkowej i Wschodniej (ZEVA) w dniach 27 - 28 września 2019 r. w Budapeszcie.

W 2021 roku Światowy Parlament Stomatologiczny Światowej Federacji Dentystycznej FDI, tradycyjnie odbywający się wraz ze Światowym Kongresem Dentystycznym FDI, po raz pierwszy w historii odbył się całkowicie w formie zdalnej. Organizatorzy – FDI oraz Australijskie Stowarzyszenie Stomatologiczne (wg pierwotnych planów Kongres miał się odbyć w Sydney) – przygotowali specjalną platformę internetową umożliwiającą interaktywny udział w poszczególnych wydarzeniach, zarówno delegatom reprezentującym krajowe organizacje stomatologiczne (z 97 państw), jak i lekarzom dentystom, którzy zarejestrowali się w celu skorzystania z oferty edukacyjnej (ponad 2 000 osób). Delegaci przyjęli 8 nowych stanowisk FDI, m.in. w sprawie poprawy dostępu do opieki stomatologicznej, roli lekarzy dentystów w rzucaniu palenia, roli lekarzy dentystów w trakcie epidemii, zarządzania odpadami związanymi z amalgamatem i rtęcią, bezpiecznego stosowania amalgamatu i stopniowego zmniejszania jego zużycia.

W dniu 19 listopada 2021 r. w Brukseli odbyło się drugie w 2021 r. posiedzenie ogólne CED – po raz pierwszy od jesieni 2019 r. delegaci mogli w nim uczestniczyć osobiście. Delegaci przyjęli aktualizację stanowiska w sprawie doskonalenia zawodowego lekarzy dentystów (continuing professional development of dentists) w oparciu o informacje zebrane przez grupę roboczą CED ds. edukacji i kwalifikacji zawodowych, z których wynika, że istotnymi obecnie zagadnieniami w stomatologii są antybiotykooporność, e-zdrowie i cyfryzacja opieki zdrowotnej, zagrożenia dla zdrowia publicznego.

W dniach 26 – 27 listopada 2021 r. w Oslo odbyło się posiedzenie Stałego Komitetu Lekarzy Europejskich CPME – po raz pierwszy od jesieni 2019 r. duża część delegatów mogła w nim uczestniczyć osobiście (część osób uczestniczyła zdalnie). Delegaci przyjęli m.in. jednogłośnie stanowisko CPME w sprawie kadr w ochronie zdrowia (CPME policy on health workforce). CPME wskazuje w nim, m.in. że:

- planowanie kadr ochrony zdrowia musi mieć na celu stworzenie warunków do wykonywania zawodu, które poprawią jakość opieki i bezpieczeństwo pacjentów oraz zapewnią dostępność usług; brak odpowiedniej liczby pracowników ochrony zdrowia nie jest uzasadnionym powodem obniżania kwalifikacji i standardów kształcenia;
- krajowe organizacje lekarskie muszą być zaangażowane w proces planowania kadr ochrony zdrowia; niezbędne jest zapewnienie, aby każdy krajowy system opieki zdrowotnej był przygotowany do tego, aby móc wykształcić i wyszkolić odpowiednią liczbę pracowników ochrony zdrowia w zakresie zaspokajającym jego przyszłe potrzeby; rekrutacja pracowników z zagranicy nie powinna być traktowana jako proste narzędzie łagodzenia niedoborów pracowników ochrony zdrowia wykształconych w kraju;
- systemy planowania kadr muszą również uwzględniać zmieniające się oczekiwania pracowników dotyczące równowagi między życiem zawodowym a prywatnym.

Naczelna Izba Lekarska prowadzi także dwustronną współpracę z organizacjami lekarzy i lekarzy dentyistów w innych państwach, ze szczególnym uwzględnieniem samorządów lekarskich i lekarsko-dentystycznych z państw sąsiadujących z Polską. Przedstawiciele NIL brali udział w kilku zjazdach zagranicznych izb lekarskich i lekarsko-dentystycznych oraz spotkaniach dotyczących zawodów lekarza i lekarza dentyisty, m.in. byli gośćmi na corocznym Zjeździe Niemieckich Lekarzy.

Kontynuowane były kontakty z Polonią Medyczną, szczególnie w Europie Wschodniej i Stanach Zjednoczonych. W październiku 2018 r. delegacja NIL uczestniczyła w konferencji z okazji XX-lecia działalności Stowarzyszenia Polonijnych Organizacji Medycznych w Mołdawii.

Jednocześnie Naczelna Izba Lekarska współpracuje z instytucjami Unii Europejskiej oraz właściwymi urzędami w innych państwach UE w zakresie spraw związanych z uznawaniem kwalifikacji zawodowych oraz wykonywaniem zawodów lekarza i lekarza dentyisty.

Sprawozdania przygotowywane przez osoby uczestniczące w posiedzeniach międzynarodowych organizacji lekarskich oraz lekarsko-dentystycznych są na bieżąco publikowane na stronie Naczelnej Izby Lekarskiej w części poświęconej współpracy zagranicznej, a z materiałów tych nierzadko korzystają w swych serwisach informacyjnych niektóre portale medyczne.

W ramach działania jako organ właściwy w rozumieniu przepisów Unii Europejskiej regulujących zasady automatycznego uznawania kwalifikacji zawodowych, Naczelna Rada Lekarska wydawała zaświadczenia związane z uznawaniem kwalifikacji lekarzy i lekarzy dentystów będącymi obywatelami państw członkowskich UE, zamierzających wykonywać zawód na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej. Zadania te wykonywał działający w Naczelnej Izbie Lekarskiej Ośrodek Uznawania Kwalifikacji, którego podstawowym zadaniem jest zapewnienie jednolitości działania wszystkich okręgowych rad lekarskich w zakresie zadań związanych z uznawaniem kwalifikacji lekarzy i lekarzy dentystów. W ramach swojej działalności ośrodek m.in. wydaje opinie w sprawie wniosków o uznanie kwalifikacji lekarzy i lekarzy dentystów uzyskanych w innym państwie członkowskim UE.