

UCHWAŁA Nr 10/26/IX
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 27 marca 2026 r.

**w sprawie przyjęcia informacji o działalności samorządu lekarzy i lekarzy dentystów
za 2025 rok**

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

§ 1.

Przyjmuje się informację o działalności samorządu lekarzy i lekarzy dentystów za 2025 rok, stanowiącą załącznik do uchwały.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ

Grzegorz Wrona

PREZES

Lukasz Jankowski

Informacja o działalności samorządu lekarzy i lekarzy dentystów za 2025 rok.

1. Informacja o strukturze i zadaniach samorządu

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 dentystów oraz sprawowania pieczy nad należyтым wykonywaniem tych zawodów.

Samorząd lekarzy i lekarzy dentystów reprezentowany jest przez Naczelną Izbę Lekarską, 23 okręgowe izby lekarskie oraz Wojskową Izbę Lekarską.

Izby lekarskie realizują zadania wyznaczone wspólnie dla całego samorządu zawodowego.

Organy samorządu lekarskiego stanowią:

- 1) w Naczelnej Izbie Lekarskiej: Krajowy Zjazd Lekarzy, Naczelna Rada Lekarska, Naczelny Sąd Lekarski, Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej oraz Naczelna Komisja Rewizyjna,
- 2) w okręgowych izbach: okręgowy zjazd lekarzy, okręgowa rada lekarska, okręgowy sąd lekarski, okręgowy rzecznik odpowiedzialności zawodowej i okręgowa komisja rewizyjna.

Ustawa z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich powierza Naczelnej Radzie Lekarskiej prawo do działania jako organowi wyższego stopnia w stosunku do okręgowych rad lekarskich w sprawach związanych z przyznawaniem prawa wykonywania zawodu, stwierdzaniem niezdolności do wykonywania zawodu, dokonywaniem wpisu do rejestru organizatorów kształcenia podyplomowego lekarzy oraz innych sprawach, do których zastosowanie znajdują przepisy Kodeksu postępowania administracyjnego.

Ustawa o izbach lekarskich określa zadania samorządu lekarskiego, a za najistotniejsze z nich należy uznać:

- sprawowanie pieczy nad należyтым i sumiennym wykonywaniem zawodów lekarza i lekarza dentysty,

- ustanawianie obowiązujących wszystkich lekarzy i lekarzy dentystów zasad etyki lekarskiej oraz dbanie o ich przestrzeganie,
- reprezentowanie i ochrona zawodów lekarza i lekarza dentysty,
- zajmowanie stanowiska w sprawach stanu zdrowotności społeczeństwa, polityki zdrowotnej państwa oraz organizacji ochrony zdrowia,
- opiniowanie projektów ustaw dotyczących ochrony zdrowia i wykonywania zawodów lekarza i lekarza dentysty,
- prowadzenie lub udział w organizowaniu doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentystów.

2. Liczba członków samorządu

Według danych z Centralnego Rejestru Lekarzy na koniec 2025 roku samorząd lekarski w Polsce zrzeszał 174.372 lekarzy, 47.145 lekarzy dentystów oraz 600 osób posiadających jednocześnie prawo wykonywania zawodu lekarza i prawo wykonywania zawodu lekarza dentysty, co łącznie stanowi 222.117 osób zrzeszonych w 23 izbach okręgowych i Wojskowej Izbie Lekarskiej.

Według stanu na dzień 31 grudnia 2025 roku łączna liczba osób figurujących w Centralnym Rejestrze Lekarzy jako osoby wykonujące zawód lekarza lub lekarza dentysty wynosi 208.441.

W 2025 roku prawo wykonywania zawodu otrzymało 10.586 osób, w tym 2.150 obywateli innych państw.

3. Organy Naczelnej Izby Lekarskiej

W 2025 roku Naczelna Izba Lekarska działała poprzez swoje organy wybrane na okres IX kadencji podczas XV Krajowego Zjazdu Lekarzy obradującego w dniach 12-14 maja 2022 roku.

W roku 2025 Naczelna Rada Lekarska odbyła 7 posiedzeń, na których podjęła 43 uchwały, 12 stanowisk i 4 apele.

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej podjęło w 2025 roku 197 uchwał, 113 stanowisk oraz 16 apeli.

4. Realizacja zadań przejętych od administracji państwowej

Samorząd lekarski wykonuje obowiązki przejęte od administracji państwowej w sprawach:

- przyznawania prawa wykonywania zawodu lekarza i lekarza dentysty, prowadzenia Centralnego Rejestru Felczerów (zadanie przypisane wyłącznie do Naczelnej Rady Lekarskiej),
- prowadzenia postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy i lekarzy dentystów,
- prowadzenia postępowania w przedmiocie niezdolności do wykonywania zawodu lekarza lub w przedmiocie niedostatecznego przygotowania do wykonywania zawodu,
- prowadzenia rejestrów lekarzy, rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą w zakresie praktyk lekarskich na zasadach określonych w przepisach o działalności leczniczej, rejestrów podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe lekarzy oraz rejestrów lekarzy tymczasowo i okazjonalnie wykonujących zawód lekarza,
- przyjmowania przez okręgowe izby lekarskie dokumentacji medycznej po zmarłych lekarzach i lekarzach dentystach wykonujących zawód w formie praktyki zawodowej – lekarskiej lub lekarsko-dentystycznej.

Na 2025 rok podpisano umowy między poszczególnymi izbami lekarskimi a Ministrem Zdrowia na przekazanie środków w celu pokrycia kosztów poniesionych przez samorząd lekarski na realizację zadań publicznych wykonywanych przez samorząd.

5. Opiniowanie projektów aktów prawnych

Samorząd lekarski przykładą dużą wagę do opiniowania projektów aktów prawnych dotyczących ochrony zdrowia. Obecnie zakres regulacji prawnej w obszarze medycyny oraz zasad wykonywania zawodu lekarza i lekarza dentysty jest bardzo obszerny, co skutkuje tym, że treść aktów prawnych w znacznej mierze determinuje zasady i warunki wykonywania zawodu lekarza i lekarza dentysty.

W dobie silnego uregulowania medycyny przepisami prawnymi opiniowanie powstających aktów prawnych dotyczących ochrony zdrowia stało się jednym z ważniejszych zadań samorządu – jest ono wymienione w art. 5 pkt 16 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich.

Podobnie jak w latach ubiegłych, najwięcej projektów aktów prawnych dotyczących ochrony zdrowia przedkładał Naczelnej Izbie Lekarskiej do zaopiniowania resort zdrowia.

W 2025 roku do Naczelnej Rady Lekarskiej trafiło do zaopiniowania ok. 230 projektów aktów prawnych dotyczących ochrony zdrowia. W przeważającej większości projektodawcą był Minister Zdrowia. Projekty te zostały poddane opiniowaniu przez Naczelną Radę Lekarską lub jej Prezydium w ramach konsultacji społecznych. W 2025 roku przedmiotem opiniowania przez samorząd lekarski były również zarządzenia wydawane przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.

Odnosząc się do jakości stanowionego prawa w obszarze ochrony zdrowia, samorząd lekarski od lat podkreśla, że uchwała się nadmiernie dużo przepisów oraz dochodzi do nieustannego nowelizowania wcześniej uchwalonych regulacji, co nie sprzyja stabilności prawa i powoduje znaczne trudności w funkcjonowaniu wszystkich uczestników systemu opieki zdrowotnej – przede wszystkim lekarzy, pacjentów oraz osób zarządzających podmiotami leczniczymi. Samorząd lekarski zwraca uwagę, że niekiedy terminy wyznaczane partnerom społecznym na zgłaszanie uwag do projektów aktów prawnych z zakresu ochrony zdrowia pozostają niewystarczające. Problem ten jest sygnalizowany przez Naczelną Radę Lekarską od wielu lat i pomimo dostrzegalnej poprawy, jaką nastąpiła w ostatnim czasie, nadal dochodzi do sytuacji, w których nie jest zachowywany odpowiedni termin na zgłaszanie uwag w ramach konsultacji publicznych. Zdarza się niestety również, że projekty niektórych aktów prawnych dotyczących zasad wykonywania zawodu lekarza czy dostępu do tego zawodu są kierowane do Sejmu RP bez uprzedniego przekazania do zaopiniowania przez Naczelną Radę Lekarską.

W 2025 roku, podobnie jak w latach poprzednich, samorząd lekarski konsekwentnie podkreślał, że nadrzędną wartością pozostają zdrowie i życie pacjentów. W tym kontekście szczególne znaczenie miały stanowiska samorządu lekarskiego dotyczące przyznawania praw wykonywania zawodu lekarza i lekarza dentysty w tzw. uproszczonych trybach.

Samorząd lekarski negatywnie zaopiniował projekt ustawy o zmianie ustawy o pomocy obywatelom Ukrainy w związku z konfliktem zbrojnym na terytorium tego państwa oraz niektórych innych ustaw, w zakresie, w jakim dotyczył on zmian w ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Jednocześnie samorząd domagał się uchylenia przepisów umożliwiających dostęp do zawodu lekarza i lekarza dentysty w uproszczonych trybach. Samorząd lekarski jednoznacznie wskazał, że uproszczone tryby nabywania uprawnień do wykonywania zawodu

lekarza powinny zostać niezwłocznie uchylone, a nie doprecyzowane czy „uszczelniane”. Podkreślono również, że uproszczone tryby nabywania uprawnień do wykonywania zawodu lekarza nie umożliwiają sprawowania właściwego nadzoru nad osobami dopuszczonymi do wykonywania zawodu w tym trybie. W rezultacie możliwość udzielania świadczeń zdrowotnych uzyskują osoby, których kwalifikacje medyczne, w tym dyplom lekarski oraz program kształcenia poprzedzający jego uzyskanie, nie podlegają rzetelnej weryfikacji pod kątem spełniania minimalnych wymogów kształcenia określonych w przepisach Unii Europejskiej. Naczelna Rada Lekarska skierowała w marcu 2025 r. apel do Ministra Zdrowia w sprawie likwidacji uproszczonych trybów nabywania uprawnień do wykonywania zawodu lekarza i lekarza dentysty w Polsce. Podobnej treści apel został w sierpniu 2025 r. skierowany do Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej.

Ponadto Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej negatywnie zaopiniowało ustawę z dnia 5 sierpnia 2025 r. o zmianie ustawy o pomocy obywatelom Ukrainy w związku z konfliktem zbrojnym na terytorium tego państwa oraz niektórych innych ustaw. Samorząd lekarski stanowczo podkreślił, że rządzący, utrzymując tzw. tryby uproszczone, biorą pełną odpowiedzialność za zdrowie i życie pacjentów, którzy trafiają pod opiekę lekarzy wykonujących świadczenia zdrowotne na podstawie decyzji Ministra Zdrowia, często o niższych kwalifikacjach i niewystarczającej znajomości języka polskiego.

Samorząd lekarski negatywnie zaopiniował również projekt ustawy o zmianie niektórych ustaw w celu weryfikacji prawa do świadczeń na rzecz rodziny dla cudzoziemców oraz o warunkach pomocy obywatelom Ukrainy w związku z konfliktem zbrojnym na terytorium tego państwa. Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej ponownie wskazało, że utrzymanie uproszczonego dostępu do zawodu lekarza i lekarza dentysty oznacza m.in. zwolnienie z obowiązku nostryfikacji dyplomu uzyskanego poza obszarem Unii Europejskiej, odbycia stażu podyplomowego oraz złożenia egzaminu z języka polskiego w zakresie niezbędnym do komunikacji z pacjentem i udzielania świadczeń zdrowotnych. Wskazano również, że obowiązujące przepisy doprowadziły do powstania niebezpiecznego zjawiska polegającego na tym, że część osób udziela w Polsce świadczeń lekarskich wyłącznie na podstawie decyzji administracyjnej Ministra Zdrowia, bez uzyskania prawa wykonywania zawodu lekarza. Oznacza to, że mimo iż zawód lekarza jest zawodem zaufania publicznego, osoby te pozostają poza samorządem lekarskim, nie obowiązują ich Kodeks Etyki Lekarskiej, a ich działania nie podlegają odpowiedzialności przed sądem lekarskim. Samorząd lekarski zgłosił również szereg uwag do samego projektu ustawy, zwracając uwagę, że w trakcie prac legislacyjnych

szczególnej ocenie parlamentarzystów powinny zostać poddane projektowane zmiany dotyczące ograniczenia uprawnień obywateli Ukrainy do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Naczelna Rada Lekarska przyjęła również stanowisko w sprawie rekomendacji dotyczących przyznawania warunkowego prawa wykonywania zawodu lekarza lub lekarza dentysty obywatelom Ukrainy na podstawie przepisów ustawy o pomocy obywatelom Ukrainy w związku z konfliktem zbrojnym na terytorium tego państwa. Przyjęcie rekomendacji było związane z rozbieżnościami w praktyce stosowania przepisów po wejściu w życie ustawy z dnia 15 maja 2024 r. zmieniającej ustawę o pomocy obywatelom Ukrainy. Naczelna Rada Lekarska wskazała, że zgodnie z obowiązującymi przepisami możliwość ubiegania się o warunkowe prawo wykonywania zawodu lekarza lub lekarza dentysty w tym trybie była ograniczona do okresu 32 miesięcy od dnia 24 lutego 2022 r., a więc do dnia 24 października 2024 r. Jednocześnie zwrócono uwagę, że przepisy przejściowe mogły prowadzić do niejednolitej interpretacji w zakresie dalszego prowadzenia postępowań. W przyjętych rekomendacjach Naczelna Rada Lekarska uznała, że postępowanie prowadzone przez Ministra Zdrowia w sprawie zgody na wykonywanie zawodu oraz postępowanie prowadzone przez okręgową radę lekarską w sprawie przyznania warunkowego prawa wykonywania zawodu są odrębnymi postępowaniami prowadzonymi przez niezależne organy. W konsekwencji w świetle przepisów ustawy z dnia 15 maja 2024 r. możliwość dalszego prowadzenia postępowania na zasadach dotychczasowych dotyczyła wyłącznie spraw wszczętych przed okręgową radą lekarską najpóźniej do dnia 24 października 2024 r. W ocenie Naczelnej Rady Lekarskiej po tej dacie brak było podstaw do przyznania warunkowego prawa wykonywania zawodu na podstawie nowych wniosków składanych do okręgowych rad lekarskich. Stanowisko to znajduje potwierdzenie w orzecznictwie Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie.

W 2025 roku Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej zwróciło się także do Ministra Zdrowia z apelem o zmianę obwieszczenia z dnia 12 maja 2023 r. w sprawie wykazu dokumentów potwierdzających znajomość języka polskiego przez osoby posiadające obywatelstwo polskie lub obywatelstwo państwa członkowskiego Unii Europejskiej (M.P. z 2023 r. poz. 524). Celem apelu było uchylenie pkt 3 tego obwieszczenia, który dopuszczał potwierdzanie znajomości języka polskiego dokumentem wydanym na terytorium innego państwa członkowskiego Unii Europejskiej. Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej wskazało, że brzmienie pkt 3 obwieszczenia nie odpowiada delegacji ustawowej zawartej w

art. 6 ust. 2b ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, która wymaga, aby Minister Zdrowia w drodze obwieszczenia wskazał skonkretyzowane dokumenty potwierdzające znajomość języka polskiego. Zawarte w pkt 3 ogólne wskazanie na dokumenty zagraniczne uniemożliwia właściwe stosowanie przepisu przez organy samorządu lekarskiego, odpowiedzialne za rozpatrywanie wniosków o przyznanie prawa wykonywania zawodu. Podkreślono, że znajomość języka polskiego w mowie i piśmie przez osoby ubiegające się o prawo wykonywania zawodu lekarza lub lekarza dentysty jest fundamentalnym wymogiem, determinującym bezpieczeństwo pacjentów i prawidłowe funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia.

Naczelna Rada Lekarska w roku 2025 zabiegała o wypełnienie przez Ministra Zdrowia zobowiązania do wdrożenia systemu pozwalającego na automatyzację ustalania stopnia refundacji leków. Postulat samorządu lekarskiego pozostaje od wielu lat niezmienny – lekarze nie powinni być obarczani ustalaniem poziomu odpłatności leku, na który wystawili pacjentowi receptę, a tym bardziej odpowiedzialnością finansową za niewłaściwe ustalenie poziomu refundacji. To nie lekarz wystawiający receptę decyduje jaki jest stopień refundacji leku, lecz określa to Minister Zdrowia w swoich obwieszczeniach w postaci list refundacyjnych. Refundacja leków jest uprawnieniem pacjenta i pacjent uzyskuje realne korzyści z uzyskania leku z danym poziomem refundacji. Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej przekazało do Ministerstwa Zdrowia rekomendacje zawarte w stanowisku Zespołu problemowego ds. automatyzacji ustalania stopnia refundacji leków.

Naczelna Rada Lekarska uczestniczyła także w pracach nad utworzeniem w polskim systemie prawnym instytucji pełnomocnika medycznego. Ministerstwo Zdrowia powołało w tym celu Zespół z udziałem przedstawicieli Naczelnej Rady Lekarskiej. W toku prac Zespołu przyjęto, że pacjent posiadający pełną zdolność do czynności prawnych powinien mieć uprawnienie do tego, aby ustanowić inną osobę swoim pełnomocnikiem medycznym na wypadek trwałej lub przemijającej utraty zdolności do świadomego podejmowania decyzji i komunikowania woli. W ocenie samorządu lekarskiego dla pacjenta lepsza jest sytuacja, w której o zgodzie na leczenie decyduje uprzednio ustanowiona przez niego osoba bliska ciesząca się jego zaufaniem, niż gdy decyzję tę musi podjąć sąd opiekuńczy.

Przedmiotem opiniowania przez samorząd lekarski był również projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie maksymalnego czasu na przyjęcie pacjenta od zespołu ratownictwa medycznego w szpitalach. Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej zwróciło uwagę na wątpliwości konstytucyjne związane z podstawą prawną rozporządzenia tj. art. 45a ustawy

o Państwowym Ratownictwie Medycznym, wskazując, że przepis ten nie zawiera wytycznych dotyczących treści aktu, co może rodzić problemy prawne przy jego stosowaniu i prowadzić do sporów sądowych. Ponadto Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej negatywnie opiniowało mechanizm sztywnego określenia maksymalnego czasu przyjęcia pacjenta w szpitalach do 15 minut. W opinii samorządu wprowadzenie sztywnej granicy czasowej nie uwzględnia rzeczywistej sytuacji medycznej w SOR, może zwiększyć presję na lekarzy dyżurnych, pogłębić problemy z obsadą lekarską i nie rozwiązuje przyczyn nadmiernego obciążenia systemu PRM, przenosząc je na szpitalne oddziały ratunkowe. Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej podkreśliło potrzebę bardziej elastycznej regulacji umożliwiającej odstępstwa w udokumentowanych sytuacjach.

Przedmiotem opiniowania przez samorząd lekarski był również projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniający rozporządzenie w sprawie standardów organizacyjnych opieki zdrowotnej w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej wykonywanej za pośrednictwem systemów teleinformatycznych. Samorząd lekarski pozytywnie ocenił kierunek proponowanych zmian, uznając, że zwiększają one bezpieczeństwo pacjentów i jakość świadczeń. W szczególności poparto przyznanie lekarzowi możliwości decyzji o czasie i sposobie zakończenia badania tomografii komputerowej, wymaganie obecności lekarza przy badaniach z kontrastem i dostęp do zespołu szybkiego reagowania, a także zapewnienie możliwości kontaktu w czasie rzeczywistym z lekarzem wykonującym świadczenia teleradiologiczne. Zastrzeżenia samorządu budziły natomiast przepisy nakładające obowiązek utrzymania systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji według normy ISO/IEC 27001, rejestracji rozmów telefonicznych oraz ograniczenie wykonywania świadczeń teleradiologicznych dla więcej niż jednego podmiotu. Samorząd wskazał, że te przepisy mogą prowadzić do dodatkowych kosztów, ograniczenia dostępu do usług dla mniejszych podmiotów i indywidualnych praktyk oraz niejednoznaczności interpretacyjnej w zakresie zakazu świadczenia usług dla kilku podmiotów przy różnych kategoriach pilności pacjentów.

W 2025 roku samorząd lekarski monitorował także kwestie kształcenia lekarzy i lekarzy dentystów, opiniując projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie limitu przyjęć na studia na kierunkach lekarskim i lekarsko-dentystycznym. Samorząd lekarski podkreślił znaczenie wysokiego standardu kształcenia, stanowiącego gwarancję bezpieczeństwa pacjentów. Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej podtrzymało wcześniej wyrażane stanowisko, że należy wspierać przede wszystkim rozwój i zwiększanie naboru w uczelniach o profilu ogólnoakademickim, gdzie jakość kształcenia została już pozytywnie zweryfikowana

i zapewnia wysoki standard kształcenia lekarzy i lekarzy dentystów. Podkreślono, że zapewnienie właściwej jakości kształcenia wymaga odpowiednio wykwalifikowanej kadry dydaktycznej oraz dostępu do bazy klinicznej. Samorząd lekarski ponowił również postulat, aby polityka państwa w zakresie kształcenia lekarzy i lekarzy dentystów była elementem długofalowej strategii opartej na rzetelnych danych i rzeczywistych potrzebach systemu ochrony zdrowia, a nie wyłącznie na corocznie ustalanych limitach przyjęć. Wskazano przy tym, że zarówno niedobór lekarzy, jak i ich nadmierna liczba mogą być niekorzystne dla prawidłowego funkcjonowania państwa. Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej zwróciło uwagę, że zgodnie z ustawą Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce Minister Zdrowia, ustalając limity przyjęć, powinien uwzględniać zarówno możliwości dydaktyczne uczelni, jak i zapotrzebowanie na absolwentów tych kierunków. W ocenie samorządu lekarskiego z uzasadnienia projektu nie wynika jednak, w jaki sposób proponowane limity odnoszą się do zapotrzebowania na absolwentów studiów lekarskich i lekarsko-dentystycznych. Zwrócono również uwagę, że projekt rozporządzenia wpisuje się w trend zwiększania liczby miejsc na studiach lekarskich, podczas gdy według ekspertyzy przygotowanej w Naczelnej Izbie Lekarskiej może to doprowadzić do sytuacji, w której już w 2032 r. liczba lekarzy w Polsce przekroczy prognozowany popyt na świadczenia. Podobne zastrzeżenia zgłoszono wobec zwiększania liczby miejsc na kierunku lekarsko-dentystycznym. Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej podkreśliło ponadto, że problem kolejek do świadczeń opieki zdrowotnej nie wynika wyłącznie z liczby lekarzy, lecz także z nieefektywności systemu oraz znacznych obciążeń biurokratycznych, które ograniczają czas pracy lekarzy z pacjentami. Zwrócono również uwagę na potrzebę uwzględnienia niedoborów wśród innych kadr medycznych.

Przedmiotem opiniowania przez samorząd lekarski był również projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie Lekarskiego Egzaminu Końcowego i Lekarsko-Dentystycznego Egzaminu Końcowego. Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej, zgłosiło uwagi dotyczące zachowania dotychczasowego zakresu problematyki pytań testowych LEK i LDEK oraz liczby pytań z poszczególnych dziedzin medycyny i stomatologii, które pozostały bez zmian w stosunku do rozporządzenia z 27 kwietnia 2021 r. Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej zaproponowało rozważenie włączenia pytań z neurologii klinicznej do puli pytań LEK, przy poszanowaniu praw zdających i bez wprowadzania zmiany od najbliższej sesji egzaminacyjnej. W uzasadnieniu podkreślono znaczenie neurologii jako istotnego obszaru medycyny, wskazując na wysoki udział chorób naczyniowych ośrodkowego układu nerwowego w przyczynach zgonów oraz prognozowany

wzrost zapadalności na choroby układu nerwowego w związku ze zmianami demograficznymi. Zwrócono uwagę na konsekwencje społeczne tych chorób oraz postęp w diagnostyce i leczeniu. Samorząd lekarski wyraził także zastrzeżenia wobec planowanego podwyższenia opłaty za przystąpienie do LEK lub LDEK po raz drugi i kolejny z 100 zł do 250 zł.

Przedmiotem opiniowania był również projekt rozporządzenia Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego zmieniający rozporządzenie w sprawie standardów kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu lekarza, lekarza dentysty, farmaceuty, pielęgniarki, położnej, diagnosty laboratoryjnego, fizjoterapeuty i ratownika medycznego. Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej negatywnie oceniło sposób pracy nad projektem, zwracając uwagę, że 7-dniowy termin na zgłoszenie opinii nie pozwalał na zebranie uwag od reprezentatywnej grupy środowiska lekarskiego oraz ich rzetelne rozważenie. Odnosząc się do proponowanych zmian w standardzie kształcenia lekarzy, samorząd lekarski negatywnie zaopiniował m.in.: zwiększenie liczebności grup w zajęciach klinicznych z 5 do 6 osób, dopuszczenie realizacji zajęć klinicznych w symulowanych warunkach do 15% godzin (poza naukami morfologicznymi), bez określenia standardu i jakości symulatorów, co może obniżać efektywność kształcenia oraz wpływać na bezpieczeństwo pacjentów. W zakresie standardu kształcenia lekarzy dentystów negatywnie oceniono zwiększenie liczebności grup w zajęciach klinicznych niezabiegowych i zabiegowych, a także zajęć praktycznych (grupy H). Pozytywnie natomiast przyjęto wprowadzenie wybranych zagadnień z medycyny regeneracyjnej oraz narzędzi stomatologii cyfrowej do nauczania protetyki. Samorząd lekarski wskazał również ograniczenia obecnego modelu nauczania w symulowanych warunkach klinicznych, w tym niską jakość i ograniczoną dostępność fantomów stomatologicznych, co nie zapewnia prawidłowego odwzorowania warunków naturalnych.

W 2025 roku samorząd lekarski monitorował stan systemu ochrony zdrowia w Polsce oraz podejmował działania na rzecz bezpieczeństwa i ochrony praw lekarzy i innych pracowników medycznych. Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej odnotowało brak spójnej, długofalowej strategii reform systemowych, niespójne i doraźne działania Ministerstwa Zdrowia oraz niezrealizowane apele środowiska lekarskiego. Samorząd lekarski zwrócił uwagę na nierozwiązane kwestie ochrony personelu medycznego, w tym brak mechanizmów ścigania agresji wobec lekarzy i pracowników ochrony zdrowia, brak rejestru agresji i ustandaryzowanych procedur reagowania na przemoc oraz brak objęcia wszystkich pracowników ochroną prawną przysługującą funkcjonariuszom publicznym. Samorząd lekarski podkreślił ryzyko obniżenia jakości kształcenia w wyniku zwiększania limitów przyjęć

na kierunki lekarskie bez zapewnienia odpowiednich warunków nauczania, kadry dydaktycznej, infrastruktury i standardów klinicznych, a także wskazał zagrożenia wynikające z niekontrolowanego powstawania nowych szkół medycznych i uproszczonych trybów dostępu do zawodu. Ponadto Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej zwróciło uwagę na problemy w obszarze jakości opieki medycznej i finansowania świadczeń, w tym brak spójnej koncepcji finansowania ochrony zdrowia, niewystarczającą wycenę świadczeń, nierówności kontraktowe oraz brak zapewnienia finansowania usług stomatologicznych i profilaktycznych. Samorząd lekarski deklarował gotowość współpracy z Ministerstwem Zdrowia, podkreślając konieczność działań realnie służących dobru pacjentów i bezpieczeństwu lekarzy.

W 2025 roku samorząd lekarski podejmował działania w obronie bezpieczeństwa i godności lekarzy, reagując na przejawy hejtu i agresji wobec środowiska medycznego. W związku z powyższym samorząd lekarski wystosował apel do Marszałka Sejmu RP dotyczący podjęcia niezwłocznych działań celem wyeliminowania i usunięcia skutków mowy nienawiści skierowanej przeciwko lekarzom na terenie Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej. Apel dotyczył wypowiedzi r.pr. Anny Kubali, Prezes Fundacji Fiat Iustitia, wygłoszonej podczas posiedzenia Parlamentarnego Zespołu ds. Ochrony Życia i Zdrowia Polaków w dniu 4 lutego 2025 roku, w której wskazywano, że lekarze zabijają pacjentów. Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej w apelu wyraziło stanowczy sprzeciw wobec dopuszczania na terenie Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej zachowań noszących znamiona przestępstwa.

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej zajęło również stanowisko wobec zabójstwa lekarza w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym w Krakowie, dokonanego przez napastnika, który wtargnął do miejsca pracy ofiary. W stanowisku podkreślono, że zdarzenie to stanowiło rażące naruszenie prawa, norm moralnych i etycznych oraz stwarzało zagrożenie dla pacjentów i personelu medycznego. Zwrócono uwagę na konieczność zapewnienia bezpieczeństwa lekarzom i pacjentom, wskazując, że ochrona osób wykonujących zawód lekarza jest kluczowa dla prawidłowego funkcjonowania opieki medycznej i spokojnego przebiegu hospitalizacji. Podkreślono, że ataki na lekarzy powinny być traktowane ze szczególną surowością, a działania organów państwa powinny zmierzać do zapobiegania podobnym zdarzeniom w przyszłości. W stanowisku zaznaczono również potrzebę natychmiastowej reakcji organów państwa, w tym Marszałka Sejmu, Prezesa Rady Ministrów oraz Ministra Sprawiedliwości, w odniesieniu do zdarzeń zagrażających zdrowiu i życiu lekarzy oraz pacjentów pozostających pod ich opieką.

Przedmiotem opiniowania przez samorząd lekarski były również przepisy prawne dotyczące procedury przerywania ciąży. Samorząd wielokrotnie wskazywał na niejasności

przepisów i związane z nimi zagrożenia zarówno dla kobiet ciężarnych, jak i dla lekarzy. Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej podkreśliło, że brak jednoznacznych regulacji ustawowych zmusza lekarzy do dokonywania ocen prawnych, mogących prowadzić do daleko idących konsekwencji prawnych, przy jednoczesnym narażeniu pacjentek na niepewność i ryzyko wynikające z niejednoznaczności prawa. Samorząd lekarski zwrócił uwagę, że aktualny stan przepisów jest niespójny, pozostawia szeroki margines interpretacyjny i nie spełnia oczekiwań obywateli względem prawa w tak istotnej społecznie kwestii. Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej wielokrotnie apelowało do środowisk politycznych o pilny dialog i podjęcie prac legislacyjnych, mających na celu jednoznaczne uregulowanie procedury przerywania ciąży. Zwrócono uwagę na działania podejmowane w 2024 roku, w tym wydanie przez Prokuratora Generalnego „Wytycznych Nr 9/24 w sprawie zasad postępowania powszechnych jednostek organizacyjnych prokuratury w zakresie odmowy dokonania przerwania ciąży” oraz przez Ministra Zdrowia „Wytycznych w sprawie obowiązujących przepisów prawnych dotyczących dostępu do procedury przerwania ciąży”. Samorząd lekarski wskazał jednak, że jednostronne wytyczne nie rozwiązują wszystkich wątpliwości i nie zapewniają bezpieczeństwa prawnego ani pacjentkom, ani lekarzom, a dodatkowo nie wiążą sądów w zakresie wykładni prawa. Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej podkreśliło, że problematyka przerywania ciąży wymaga uregulowania na poziomie ustawy, a nie wytycznych administracyjnych, aby zapewnić jasność, spójność i bezpieczeństwo w stosowaniu prawa. Samorząd lekarski w dalszym ciągu apeluje o pilny dialog parlamentarny i współpracę ze społeczeństwem w celu opracowania rozwiązań prawnych umożliwiających właściwe uregulowanie tej kwestii w akcie rangi ustawowej. Ponadto Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej w pełni poparło działania Polskiego Towarzystwa Ginekologów i Położników zmierzające do unormowania stanu prawnego, w tym interpelację z dnia 10 kwietnia 2025 roku, oraz podkreślało, że wytyczne postępowania medycznego powinny być tworzone i zatwierdzane przez gremia merytoryczne, takie jak towarzystwa naukowe, na podstawie kryteriów medycznych. Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej stanowczo sprzeciwiało się wszelkim przejawom agresji wobec lekarzy, którzy w takich warunkach wykonywali swój zawód, w tym mowie nienawiści i hejtowi internetowemu skierowanemu do autorytetów medycznych, w tym członków zarządu Polskiego Towarzystwa Ginekologów i Położników. Samorząd lekarski podkreślał, że błędy i zaniedbania polityków, odpowiedzialnych za stan przepisów, nie mogą obciążać wizerunku lekarzy wykonujących swój zawód zgodnie z wiedzą medyczną i własnym sumieniem, przy jednoczesnej trosce o dobro pacjentek oraz dobrostan płodu.

Samorząd lekarski poparł kierunek proponowanych zmian w standardach akredytacyjnych dla całodobowych i stacjonarnych świadczeń szpitalnych. Zmiany przewidywały m.in. możliwość odstąpienia od codziennej oceny lekarskiej u kobiety po porodzie fizjologicznym, dopuszczenie zastąpienia tej oceny wpisem dokonany wyłącznie przez położną, przekazywanie karty informacyjnej pacjentce wraz z zaleceniami przez położną oraz przeprowadzanie badania podmiotowego i przedmiotowego pacjentki do porodu fizjologicznego wyłącznie przez położne. Samorząd lekarski uznał rozważenie tych propozycji za zasadne.

Samorząd lekarski zajął także stanowisko wobec petycji dotyczącej wprowadzenia całkowitego zakazu stosowania przymusu bezpośredniego wobec osób z zaburzeniami psychicznymi, sprzeciwiając się takiemu rozwiązaniu. Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej podkreśliło, że przymus bezpośredni jest narzędziem stosowanym wyłącznie w wyjątkowych sytuacjach, gdy zachowanie pacjenta zagraża jego życiu, zdrowiu lub bezpieczeństwu innych osób, a całkowite wyeliminowanie jego stosowania mogłoby prowadzić do zagrożenia dla pacjentów i personelu medycznego. Samorząd lekarski wskazał jednocześnie na potrzebę poprawy nadzoru nad stosowaniem przymusu oraz lepszego przygotowania personelu poprzez skuteczniejsze mechanizmy kontrolne i programy szkoleniowe. Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej postulowało rozwijanie alternatywnych metod terapeutycznych oraz dodatkowych środków edukacyjnych, przy zachowaniu możliwości stosowania przymusu w wyjątkowych i uzasadnionych przypadkach, zaznaczając, że proponowane w petycji rozwiązania nie uwzględniają realiów pracy w ochronie zdrowia psychicznego i mogą negatywnie wpłynąć na bezpieczeństwo pacjentów i personelu.

W 2025 roku samorząd lekarski reagował na zmiany w finansowaniu świadczeń w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej (AOS). Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej stanowczo sprzeciwiło się mechanizmowi obniżania finansowania placówek AOS wprowadzonemu zarządzeniem nr 85/2025/DSOZ Prezesa NFZ, wskazując, że dotyka on placówki prawidłowo realizujące kontrakt, a jego stosowanie prowadzi do nieuczciwego obniżenia wynagrodzenia za wykonane świadczenia. Samorząd lekarski podkreślił, że przyjęte rozwiązania nie zwiększą dostępności pacjentów do specjalistów, a wręcz mogą wydłużyć kolejki poprzez konieczność dostosowania liczby wizyt kontrolnych. Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej wskazało, że w celu poprawy dostępności pacjentów do specjalistów NFZ powinien stosować mechanizmy zachęt, a nie sankcji finansowych, i wzywało do

natychmiastowego odstąpienia od stosowania obniżonego współczynnika korygującego wobec prawidłowo działających placówek AOS.

Ponadto w 2025 roku w związku z pojawiającymi się w przestrzeni publicznej informacjami o możliwych zmianach ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych Naczelna Rada Lekarska ponownie wskazała, że od lat środowisko lekarskie postuluje ustalenie wysokości wynagrodzeń lekarzy i lekarzy dentystów zgodnie z uchwałami Krajowego Zjazdu Lekarzy. Zgodnie z apelem Nr 7 Nadzwyczajnego XIII Krajowego Zjazdu Lekarzy, minimalne wynagrodzenie powinno wynosić: dla lekarza bez specjalizacji i lekarza rezydenta – dwukrotność średniej krajowej, dla lekarza ze specjalizacją – trzykrotność średniej krajowej, dla lekarza z pierwszym stopniem specjalizacji – 2,5-krotność średniej krajowej, a dla lekarza stażysty – jedną średnią krajową. Samorząd lekarski podkreślił, że postulaty te, mimo wielokrotnego zgłaszania, wciąż nie zostały zrealizowane.

Przedmiotem opiniowania przez samorząd lekarski był również projekt zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia zmieniający zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie świadczenia w szpitalnym oddziale ratunkowym oraz w zakresie świadczenia w izbie przyjęć. Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej poparło kierunek proponowanych zmian zmierzający do zwiększenia stawek ryczałtów dobowych, jednak zwróciło uwagę, że nawet podwyższone stawki nie zapewniły pełnego finansowania działalności SOR i izb przyjęć. Samorząd lekarski przypomniał, że segregację medyczną wykonują pielęgniarki lub ratownicy systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne, a pacjenci w kategoriach pilności zielonej i niebieskiej mogli być kierowani do podstawowej opieki zdrowotnej bez udziału lekarza. W związku z tym karty segregacji medycznej powinny być podpisywane przez osobę przeprowadzającą segregację, bez wymogu autoryzacji przez lekarza, a taki wymóg nie powinien być stosowany w rozliczeniach z NFZ.

6. Sytuacja w ochronie zdrowia

Rok 2025 był dla Naczelnej Izby Lekarskiej okresem wzmożonej aktywności merytorycznej, organizacyjnej i komunikacyjnej. Samorząd lekarski konsekwentnie wzmacniał swoją rolę jako reprezentant środowiska lekarskiego oraz partner w debacie publicznej dotyczącej ochrony zdrowia. Działania podejmowane przez Naczelną Izbę Lekarską miały charakter systemowy i interwencyjny, przy czym kluczowe było utrzymanie przemyślanej

obecności w mediach branżowych i ogólnopolskich. W 2025 roku Naczelna Izba Lekarska reagowała na polaryzację debaty publicznej wokół ochrony zdrowia oraz próby upraszczania problemów systemowych poprzez przerzucanie odpowiedzialności na personel medyczny. Samorząd lekarski intensyfikował działania komunikacyjne, przedstawiając rzetelny obraz funkcjonowania systemu i ograniczeń, z jakimi mierzą się lekarze w codziennej pracy. Szczególną uwagę poświęcono bezpieczeństwu lekarzy i innych pracowników ochrony zdrowia. Samorząd lekarski wielokrotnie wzywał do działań legislacyjnych i zmian społecznych w odpowiedzi na przypadki agresji wobec personelu medycznego. Problem bezpieczeństwa lekarzy stał się jednym z ważniejszych tematów debaty publicznej. Samorząd podejmował również działania proaktywne, przedstawiając propozycje rozwiązań systemowych m.in. w zakresie ochrony danych osobowych lekarzy, ścigania gróźb karalnych wobec personelu medycznego i monitorowania skali agresji. Ważnym elementem strategii komunikacyjnej był dialog z decydentami. Informacje o spotkaniach przedstawicieli Naczelnej Izby Lekarskiej z Ministerstwem Zdrowia, Narodowym Funduszem Zdrowia i innymi instytucjami publicznymi były publikowane na stronie nil.org.pl i relacjonowane w „Gazecie Lekarskiej”, podkreślając aktywną rolę samorządu w procesach decyzyjnych. Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej, lek. Łukasz Jankowski, był jednym z głównych reprezentantów stanowisk samorządu lekarskiego w mediach. Występował w programach publicystycznych i podcastach, komentując kluczowe wyzwania systemowe, kwestie wynagrodzeń, stabilności zatrudnienia i planowania kadrowego. Udzielał również wywiadów dla mediów ogólnopolskich, poruszając tematy finansowania ochrony zdrowia, bezpieczeństwa pacjentów oraz kształcenia lekarzy i prognoz demograficznych.

W 2025 roku Komisja Stomatologiczna Naczelnej Izby Lekarskiej podejmowała działania w zakresie poprawy sytuacji publicznej opieki stomatologicznej. Podczas konferencji „Okrągły stół profilaktyki stomatologicznej z okazji Światowego Dnia Zdrowia Jamy Ustnej”, organizowanej we współpracy z Senatem Rzeczypospolitej, zidentyfikowano kluczowe potrzeby w profilaktyce stomatologicznej oraz przedstawiono propozycje rozwiązań możliwych do realizacji w partnerstwie publiczno-prywatnym. Wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej ds. stomatologii, Paweł Barucha, wskazał na konieczność intensyfikacji działań profilaktycznych, szczególnie wśród dzieci i młodzieży, oraz edukacji społeczeństwa w zakresie zdrowia jamy ustnej. Ostrzegano, że zmiany w koszyku świadczeń stomatologicznych bez odpowiedniego zwiększenia wyceny mogą obciążyć lekarzy i ograniczyć dostęp pacjentów do leczenia, określając obecną sytuację publicznej opieki

stomatologicznej jako wtórną prywatyzację. Działania samorządu lekarskiego doprowadziły do powołania Koalicji na Rzecz Zdrowia Jamy Ustnej – pierwszej w Polsce inicjatywy integrującej sektor publiczny, organizacje eksperckie, środowiska medyczne, NGO oraz partnerów prywatnych. Priorytety Koalicji obejmują zwiększanie świadomości społecznej, edukację dzieci od najmłodszych lat oraz opracowanie spójnych rekomendacji systemowych. Pilotażowy program edukacyjny zostanie uruchomiony w 2026 roku.

W 2025 roku odbył się Okrągły Stół Naczelnej Rady Lekarskiej, umożliwiający dyskusję na temat sytuacji i działań samorządu lekarskiego. Spotkanie stanowiło odpowiedź na postulaty przedstawicieli ośmiu okręgowych rad lekarskich dotyczące zwołania Nadzwyczajnego Zjazdu Lekarzy IX kadencji. Naczelna Rada Lekarska odrzuciła jednak ten pomysł, wskazując, że wewnętrzne konflikty osłabiają wpływ samorządu na decyzje dotyczące systemu ochrony zdrowia. Uczestnicy podkreślili konieczność zjednoczenia sił i skupienia się na wspólnych celach dla skuteczniejszej reprezentacji interesów lekarzy i pacjentów.

W 2025 roku Naczelna Izba Lekarska współorganizowała Światowy Zjazd Polonijnych Środowisk Medycznych „Save a Life” wraz z Polskim Towarzystwem Lekarskim. Wydarzenie odbyło się w Centrum Dydaktycznym Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego i połączyło przedstawicieli wszystkich zawodów medycznych z Polski i środowisk polonijnych. Wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej i Przewodniczący Komitetu Organizacyjnego, Klaudiusz Komor, podkreślił, że było to pierwsze wydarzenie łączące polskich i polonijnych przedstawicieli wszystkich zawodów medycznych, koncentrujące się na edukacji i praktykach związanych z ratowaniem życia.

7. Kodeks Etyki Lekarskiej

W 2025 roku Komisja Etyki Lekarskiej Naczelnej Rady Lekarskiej kontynuowała prace nad tworzeniem komentarzy znowelizowanego KEL i sukcesywnie publikowała komentarze do konkretnych artykułów zachęcając środowisko do dyskusji i zgłaszania uwag. Publikacja komentarzy miała na celu ułatwienie lekarzom zrozumienia nowych zapisów, ich celów etycznych oraz zastosowań praktycznych, a także stworzenie przestrzeni do konstruktywnej dyskusji środowiskowej.

Komisja w okresie kadencji zabierała głos także w postaci stanowisk formalnych, analiz i argumentacji dotyczącej interpretacji KEL w świetle aktualnych wyzwań prawnych i społecznych- zwłaszcza w zakresie:

- dostosowania zasad reklamy działalności zawodowej do prawa Unii Europejskiej,
- etycznych postaw środowiska lekarskiego.

W dniu 17 października 2025 roku na wspólnym posiedzeniu Komisji Etyki Lekarskiej NRL i OIL podsumowano funkcjonowanie znowelizowanego KEL i rozpoczęto pracę nad zdefiniowaniem i interpretacją pojęcia nienagannej postawy etycznej – stanowisko to zostało przyjęte przez Naczelną Radę Lekarską w dniu 19 grudnia 2025 roku.

8. Współpraca międzynarodowa

Naczelna Izba Lekarska reprezentuje samorząd lekarski w wiodących międzynarodowych organizacjach lekarskich i lekarsko-dentystycznych na świecie i w Europie:

- Światowym Stowarzyszeniu Lekarskim (WMA),
- Stałym Komitecie Lekarzy Europejskich (CPME),
- Europejskiej Unii Lekarzy Specjalistów (UEMS),
- Europejskim Stowarzyszeniu Młodych Lekarzy (EJD),
- Światowej Federacji Dentystycznej (FDI),
- Europejskiej Regionalnej Organizacji Światowej Federacji Dentystycznej (ERO),
- Radzie Europejskich Lekarzy Dentystów (CED).

Ponadto w maju 2025 r. Naczelna Rada Lekarska podjęła decyzję o przystąpieniu NIL do Europejskiej Rady Izb Lekarskich (European Council of Medical Orders, CEOM) oraz Federacji Europejskich Organów Właściwych dla Zawodu Lekarza Dentysty (Federation of European Dental Competent Authorities and Regulators, FEDCAR).

CEOM jest organizacją zrzeszającą izby lekarskie oraz inne organizacje zajmujące się rejestracją lekarzy w państwach UE i EOG.

Aktualnie w CEOM uczestniczą organizacje z 15 państw, m.in. izby lekarskie z Belgii, Francji, Grecji, Niemiec, Włoch, Portugalii, Rumunii, Hiszpanii, Słowenii, Luksemburga. Chorwacji, Albanii.

FEDCAR jest organizacją formalnie utworzoną w 2004 r., zrzeszającą podmioty odpowiedzialne w państwach europejskich za sprawowanie nadzoru nad wykonywaniem zawodu lekarza dentysty (izby lekarsko-dentystyczne i innego rodzaju organy administracji publicznej).

W roku 2025 przedstawiciele samorządu lekarskiego brali udział w większości posiedzeń plenarnych powyższych organizacji, jak również w niektórych spotkaniach grup roboczych funkcjonujących w ramach tych organizacji.

Reprezentanci NIL uczestniczyli w pracach nad stanowiskami i uchwałami dotyczącymi spraw związanych z ochroną zdrowia oraz wykonywaniem zawodu lekarza i lekarza dentysty. 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.

Przedstawiciele NIL uczestniczyli także w Sympozjum Izb Lekarskich Państw Europy Środkowej i Wschodniej (ZEVA), w Europejskim Forum Stowarzyszeń Lekarskich (EFMA) oraz w spotkaniu tzw. Europejskiej Sieci Organów Właściwych ds. Uznawania Kwalifikacji Zawodowych Lekarzy (ENMCA).

Po raz pierwszy posiedzenie generalne Rady Europejskich Lekarzy Dentystów (CED) zostało zorganizowane przez NIL i odbyło się w Polsce w maju 2025 r. w Gdańsku w okresie sprawowania przez Polskę prezydencji w Radzie UE.

Podczas Zgromadzenia Ogólnego WMA w październiku 2025 r. w Porto delegaci uchwalili między innymi nowe stanowisko dotyczące sztucznej i wspomaganej inteligencji w medycynie, podkreślając potrzebę odpowiedzialnego wdrażania technologii, które mają wspierać — a nie zastępować — zawodową ocenę i autonomię lekarza. Zwrócono również uwagę na wpływ technologii na środowisko, wzywając do projektowania i stosowania sztucznej inteligencji w sposób zrównoważony i odpowiedzialny.

Zaktualizowano wytyczne WMA dotyczące międzynarodowej migracji lekarzy, podkreślając, że państwa nie powinny opierać się głównie na „importie” lekarzy zamiast rozwijania własnej kadry medycznej. Wytyczne obejmują także sprawiedliwe traktowanie lekarzy migrantów, przejrzyste warunki pracy oraz równe wynagrodzenie.

Wśród ważnych dokumentów znalazło się również obszerne stanowisko w sprawie otyłości, w którym WMA ponownie potwierdziło, że jest to przewlekła choroba wymagająca działań wielosektorowych — nie tylko interwencji klinicznych, lecz także systemowych rozwiązań w obszarach edukacji, planowania i polityki żywieniowej.

Jednym z najbardziej poruszających elementów zgromadzenia była otwarta dyskusja poświęcona sytuacji w Strefie Gazy. Delegaci wysłuchali relacji lekarzy pracujących w regionie oraz przedstawicieli organizacji medycznych, a następnie przyjęli rezolucję wzywającą rząd

Izraela do przestrzegania Konwencji Genewskich i prawa humanitarnego, ze szczególnym uwzględnieniem ochrony personelu medycznego, placówek zdrowia i ludności cywilnej. WMA podkreśliła, że ataki na system opieki zdrowotnej są naruszeniem podstawowych zasad etyki i praw człowieka.

W trakcie zgromadzenia odbyła się również sesja naukowa poświęcona wpływowi sztucznej inteligencji na praktykę lekarską. Eksperti analizowali korzyści wynikające z wykorzystania nowych technologii w diagnostyce i terapii, ale także ryzyka związane z brakiem transparentności algorytmów, komercjalizacją danych oraz potencjalnym obciążeniem prawnym lekarzy. Podkreślono konieczność tworzenia jasnych regulacji etycznych, edukacji użytkowników oraz zachowania nadrzędnej roli klinicysty w podejmowaniu decyzji medycznych.

Ważnym tematem obrad była globalna sytuacja kadrowa w ochronie zdrowia. Zgromadzenie zwróciło uwagę na prognozowany globalny niedobór 11 milionów pracowników medycznych do roku 2030, co zagraża stabilności systemów zdrowotnych na całym świecie. WMA przyjęła rezolucję dotyczącą znaczenia odpowiednio finansowanego i niezależnego departamentu ds. kadr w Światowej Organizacji Zdrowia, podkreślając konieczność inwestowania w rozwój, bezpieczeństwo i warunki pracy personelu medycznego.

Wiosenne posiedzenie CPME w marcu 2025 r. w Brukseli poprzedzone było konferencją w Parlamencie Europejskim dot. kryzysu kadr medycznych w Europie (Solutions for the European Health Workforce Crisis) zorganizowaną przez CPME we współpracy z posłami do Parlamentu Europejskiego z Węgier dr. Andrássem Kulją i z Luksemburga Tilly Metz. Celem tego spotkania było zwrócenie uwagi polityków unijnych na to, że pracownicy ochrony zdrowia w Europie stoją w obliczu bezprecedensowego kryzysu, którego przyczyną jest starzenie się społeczeństwa i rosnące zapotrzebowanie na usługi medyczne. Systemy opieki zdrowotnej w całej Europie zmagają się z poważnymi niedoborami kadrowymi, ponieważ medycyna traci na atrakcyjności jako zawód, a coraz młodsi lekarze odchodzą z zawodu. Niedobory kadr stanowią ogromne obciążenie dla lekarzy, czego skutkiem są nadmierne godziny pracy, wypalenie zawodowe i pogorszenie opieki nad pacjentami. Złe warunki pracy odbijają się na zdrowiu fizycznym i psychicznym lekarzy. W dyskusji podkreślono, że aby rozwiązać problem niedoboru pracowników ochrony zdrowia, potrzebna jest lepsza, bardziej pogłębiona współpraca a nie konkurencja pomiędzy państwami. Praca w sektorze opieki zdrowotnej musi być bardziej atrakcyjna, trzeba poprawić warunki pracy nie tylko w odniesieniu do

wynagrodzeń – równie ważne jest wsparcie pracowników w zakresie zdrowia psychicznego, cyfryzacji i bezpieczeństwa pracy.

Na jesiennym posiedzeniu CPME przyjęto stanowisko w sprawie optymalizacji udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, wskazujące m.in., że:

- optymalizacja opieki zdrowotnej nie może być napędzana ograniczaniem kosztów, lecz poprawą jakości opieki i wyników leczenia pacjentów oraz efektywną alokacją zasobów;
- przenoszenie zadań nie powinno zastępować długoterminowych inwestycji w bezpieczne zatrudnienie, szkolenia i warunki pracy;
- władze krajowe muszą współpracować z przedstawicielami pracowników ochrony zdrowia i ich organizacjami przy określaniu zakresu i granic przenoszenia oraz delegowania zadań zawodowych w celu ochrony standardów wykonywania zawodów medycznych;
- zasady etyczne i kryteria bezpieczeństwa są niezbędne do określenia dobrych praktyk we wdrażaniu przenoszenia zadań.

CPME sprzeciwia się zastępowaniu lekarzy niewystarczająco przeszkolonymi pracownikami, ponieważ zagraża to jakości i ciągłości opieki oraz bezpieczeństwu pacjenta, wskazuje także na ryzyko związane z wykorzystaniem narzędzi cyfrowych i sztucznej inteligencji w celu rozwiązania problemu niedoborów kadrowych i podkreśla, że odpowiednio sprawdzone narzędzia mogą jedynie wspierać, a nie zastępować wiedzę kliniczną.

Wiosenne posiedzenie CED w 2025 r. było zorganizowane przez NIL i odbyło się w Gdańsku w okresie sprawowania przez Polskę prezydencji w Radzie Unii Europejskiej. W dniu 22 maja br. uczestnicy posiedzenia spotkali się w Europejskim Centrum Solidarności, gdzie mieli okazję zwiedzenia wystawy stałej. Wiele osób podkreślało, że wizyta była okazją, aby wrócić pamięcią do wydarzeń, które wpłynęły na historię nie tylko Polski, ale całej Europy. W imieniu samorządu lekarskiego uczestników posiedzenia przywitali Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej Łukasz Jankowski oraz Prezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Olsztynie Anna Lella, która sprawuje jednocześnie funkcję Wiceprezes CED. W spotkaniu powitalnym brali udział także Wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej Paweł Barucha i Prezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Gdańsku Dariusz Kutella.

Delegaci zebrani w Gdańsku przyjęli następujące stanowiska:

- stanowisko dot. jakości świadczeń stomatologicznych w kontekście migracji lekarzy dentystów, zwracające uwagę na niektóre wyzwania i obawy odnośnie takich kwestii, jak właściwa znajomość miejscowego języka, znajomość obowiązujących w danym państwie zasad etyki zawodowej, posiadanie odpowiedniej wiedzy nt. funkcjonowania krajowego systemu opieki zdrowotnej;
- aktualizację stanowiska nt. sztucznej inteligencji w stomatologii – stanowisko CED z 2020 r. zostało zaktualizowane o nowe zalecenia i dodatkowe informacje ogólne oparte na rozwoju sztucznej inteligencji (AI) w ostatnich latach, bardziej szczegółowo odnosi się do odpowiedzialności lekarzy dentystów podczas pracy z wykorzystaniem AI, uwzględnia zmiany legislacyjne; w pracach nad tym dokumentem zgłoszone zostały m.in. uwagi Europejskiego Stowarzyszenia Studentów Stomatologii (EDSA);
- aktualizację stanowiska dot. rozporządzenia UE w sprawie wyrobów medycznych – podkreślono w szczególności ryzyko powstania niedoborów sprawdzonych i bezpiecznych wyrobów medycznych z uwagi na wymóg ponownej, długotrwałej ich certyfikacji;
- aktualizację stanowiska w sprawie konsumpcji tytoniu – zawiera apel o rewizję prawodawstwa UE dotyczącego tytoniu, obejmuje alternatywne produkty tytoniowe, snus, porusza rolę lekarzy dentystów w wykrywaniu i diagnozowaniu nowotworów jamy ustnej i chorób związanych z konsumpcją tytoniu;
- aktualizację stanowiska w sprawie ograniczania spożycia cukru i zapobiegania chorobom jamy ustnej oraz stanowiska w sprawie antybiotykooporności.

Podczas Forum EFMA w czerwcu 2025 r. w Erywaniu szef Biura Krajowego WHO w Armenii podkreślił znaczenie zdrowia, szczególnie w kontekście aktualnej sytuacji na świecie, wskazując, że nie ma zdrowia bez pokoju. Wiele uwagi poświęcono roli organizacji lekarskich i istotne znaczenie ich niezależności. Przypomniano problemy organizacji w niektórych krajach

- w szczególności w Turcji, na Węgrzech, w Izraelu. Wskazywano, że ograniczanie niezależności organizacji zawodowych i pozbawianie ich wpływu np. na system kształcenia i doskonalenia zawodowego wprost przekłada się na jakość ochrony zdrowia i bezpieczeństwo pacjentów. Stosowaniu sztucznej inteligencji (AI) w ochronie zdrowia Kontynuowano dyskusję z poprzedniego roku na temat stosowania sztucznej inteligencji (AI) w ochronie zdrowia. Ponownie wielokrotnie podkreślano, że AI nie zastąpi lekarzy, ale może znacząco zmienić sposób wykonywania przez nich zawodu, co już teraz jest widoczne w niektórych dziedzinach.

W trakcie posiedzenia CEOM we wrześniu 2025 r. omówiono wyniki pierwszej fazy badań w ramach tzw. Europejskiego Obserwatorium przemocy wobec lekarzy i personelu medycznego, z których wynika, że odsetek lekarzy i pielęgniarek doświadczających przemocy werbalnej i fizycznej w państwach europejskich systematycznie rośnie. Najczęściej zgłaszane są przypadki agresji słownej, ale odnotowano także liczne sytuacje zagrażające bezpieczeństwu fizycznemu. Wydaje się, że pandemia COVID-19 dodatkowo pogłębiła problem, zwiększając frustrację pacjentów. Brakuje spójnego systemu zgłaszania takich incydentów na poziomie europejskim. W wielu krajach pracownicy medyczni nie wiedzą, jakie mają prawa i gdzie szukać wsparcia. Wskazano potrzebę tworzenia procedur ochrony w szpitalach i przychodniach. Podkreślono, że bezpieczeństwo personelu medycznego, to warunek jakości opieki nad pacjentami. Wnioskiem było wezwanie do intensyfikacji współpracy międzynarodowej i stworzenia europejskiej bazy danych o przemocy w ochronie zdrowia.

Uczestnicy 32. Sympozjum Izb Lekarskich Państw Europy Środkowej i Wschodniej, które odbyło się we wrześniu 2025 r. w Skopje omawiali m.in. przyszłość samorządów lekarskich w tym regionie, podkreślając w szczególności potrzebę uczynienia działalności w izbach lekarskich bardziej atrakcyjną dla młodego pokolenia. Ponadto przyjęto wspólną rezolucję w sprawie solidarności z Węgierską Izbą Lekarską, w której wyrażono głębokie zaniepokojenie narastającą ingerencją polityczną w jej działalność i niezależność, Wezwano władze węgierskie do poszanowania niezależności instytucjonalnej i demokratycznej legitymacji Węgierskiej Izby Lekarskiej, zaprzestania zniesławiającej retoryki i kampanii delegalizujących izbę oraz do ochrony i wspierania systemu samorządności jako gwarancji jakości usług medycznych i zdrowia publicznego.

Prowadzenie działalności zagranicznej w Naczelnej Izbie Lekarskiej, która odbywa się we współpracy z okręgowymi izbami lekarskimi, odbywa się za pośrednictwem powołanego przez Naczelną Radę Lekarską Ośrodka Współpracy Zagranicznej, który koordynuje działalność międzynarodową NIL.

9. Kształcenie lekarzy i lekarzy dentystów

W 2025 roku Naczelna Izba Lekarska kontynuowała i rozwijała działania w zakresie kształcenia podyplomowego lekarzy i lekarzy dentystów, badań i analiz systemowych oraz wspierania lekarzy w testowaniu i upowszechnianiu innowacyjnych rozwiązań w praktyce medycznej, realizując je poprzez Centralny Ośrodek Badań, Innowacji i Kształcenia (COBIK), funkcjonujący w strukturze samorządu zawodowego lekarzy. Działalność COBIK wspiera cele

państwowe związane z zapewnieniem wysokiej jakości kadr medycznych, bezpieczeństwem pacjentów oraz stabilnością systemu ochrony zdrowia.

Struktura organizacyjna COBIK

Centralny Ośrodek Badań, Innowacji i Kształcenia tworzą:

- Ośrodek Kształcenia Naczelnej Izby Lekarskiej,
- Ośrodek Badań i Analiz Naczelnej Izby Lekarskiej,
- Centrum Innowacji i Telemedycyny Naczelnej Izby Lekarskiej.

OŚRODEK KSZTAŁCENIA NACZELNEJ IZBY LEKARSKIEJ

Ośrodek Kształcenia NIL realizuje zadania związane z zapewnieniem lekarzom i lekarzom denty stom możliwości wypełniania ustawowego obowiązku doskonalenia zawodowego, stanowiącego jeden z kluczowych elementów utrzymania jakości i bezpieczeństwa świadczeń zdrowotnych.

W 2025 roku działania Ośrodka koncentrowały się w szczególności na:

- systematycznej identyfikacji potrzeb szkoleniowych środowiska lekarskiego, w oparciu o badania, analizy oraz ewaluację realizowanych działań edukacyjnych,
- przygotowywaniu i realizacji programów kształcenia podyplomowego, posiadających akceptację Naczelnej Rady Lekarskiej – wszystkie szkolenia spełniały obowiązujące wymagania akredytacyjne,
- organizacji wydarzeń edukacyjnych we współpracy z instytucjami publicznymi, środowiskiem naukowym oraz partnerami zewnętrznymi,
- rozwijaniu współpracy międzysektorowej, w tym w ramach projektów realizowanych w modelu potrójnej helisy (administracja publiczna – nauka – biznes),
- pozyskiwaniu zewnętrznych źródeł finansowania na projekty edukacyjne i rozwojowe.

Skala i formy realizowanych działań

W 2025 roku Ośrodek Kształcenia NIL zorganizował 268 wydarzeń edukacyjnych, w których uczestniczyło 43 451 lekarzy i lekarzy denty stom z całego kraju. Wydarzenia obejmowały zarówno formy stacjonarne, jak i cyfrowe, w tym:

- warsztaty i szkolenia stacjonarne,

- interaktywne formy kształcenia on-line,
- konferencje i seminaria w formule hybrydowej,
- szkolenia prowadzone w czasie rzeczywistym z wykorzystaniem narzędzi cyfrowych.

Zakres tematyczny szkoleń obejmował zarówno zagadnienia kliniczne, jak i obszary systemowe istotne dla funkcjonowania ochrony zdrowia, w tym:

- aktualną wiedzę medyczną w poszczególnych dziedzinach,
- funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia i rolę lekarza w tym systemie,
- komunikację z pacjentem i kompetencje interpersonalne,
- zagadnienia zarządcze w ochronie zdrowia,
- prawo medyczne,
- innowacje i nowe technologie, w tym rozwiązania telemedyczne,
- działania wspierające zdrowie i dobrostan kadr medycznych.

Uczestnikom zapewniono dostęp do materiałów edukacyjnych umożliwiających samodzielne pogłębianie wiedzy oraz utrwalanie umiejętności zdobytych podczas szkoleń.

Współpraca i znaczenie dla systemu ochrony zdrowia

Ośrodek Kształcenia NIL współpracuje z okręgowymi izbami lekarskimi oraz instytucjami odpowiedzialnymi za organizację szkoleń, kursów i staży, ochronę praw pacjenta, monitorowanie jakości świadczeń zdrowotnych oraz wdrażanie nowoczesnych technologii informatycznych w ochronie zdrowia.

Ważnym elementem działalności jest także współpraca z organizacjami medycznymi, w tym stowarzyszeniami lekarskimi i towarzystwami naukowymi, co umożliwia lekarzom dostęp do aktualnych osiągnięć naukowych oraz udział w kongresach, sympozjach i konferencjach, sprzyjając wymianie doświadczeń i budowaniu relacji zawodowych.

Ośrodek Kształcenia COBIK NIL realizuje również działalność informacyjno-promocyjną, prowadząc m.in. stronę internetową, profile w mediach społecznościowych oraz publikacje w prasie branżowej, co umożliwia skuteczne dotarcie do środowiska lekarskiego i odpowiadanie na bieżące potrzeby edukacyjne.

Działania Ośrodka przyczyniają się do:

- podnoszenia kwalifikacji zawodowych lekarzy i lekarzy dentystów,
- poprawy jakości i bezpieczeństwa świadczeń medycznych,
- wspierania rozwoju innowacyjnych rozwiązań w ochronie zdrowia,

Podsumowanie

Dzięki systematycznej organizacji szkoleń, współpracy z partnerami krajowymi i międzynarodowymi oraz wdrażaniu innowacyjnych form kształcenia, Ośrodek Kształcenia COBIK NIL zapewnia lekarzom i lekarzom dentystom dostęp do najnowszych osiągnięć naukowych, wspiera wymianę doświadczeń oraz rozwój kompetencji zawodowych, co przekłada się bezpośrednio na bezpieczeństwo pacjentów i jakość świadczeń medycznych w całym kraju.

OŚRODEK BADAŃ I ANALIZ NACZELNEJ IZBY LEKARSKIEJ

W roku 2025r, spełniając swoje cele statutowe OBiA zrealizował trzy badania i przygotował z tego raporty.

Badanie1.

Tytuł: Opinia środowiska lekarskiego o propozycji limitów wynagrodzeń (CAP) na kontraktach

Cel badania

Celem badania było pozyskanie opinii lekarzy i lekarzy dentystów na temat propozycji Ministerstwa Zdrowia dotyczących wprowadzenia limitów wynagrodzeń (tzw. CAP) na kontraktach w sektorze publicznym. Badanie miało umożliwić ocenę postaw środowiska medycznego wobec kluczowych elementów regulacji (limit miesięczny, stawka godzinowa, zakaz wynagradzania procentem od procedury, minimalny wymiar kontraktu) oraz ich potencjalnego wpływu na decyzje zawodowe lekarzy. Wyniki posłużyły do formułowania stanowiska samorządu lekarskiego w dialogu z Ministerstwem Zdrowia.

Zakres i metodologia

Badanie zostało przeprowadzone metodą **ankiety internetowej (CAWI)** wśród członków samorządu lekarskiego – lekarzy i lekarzy dentystów z bazy CRL NIL. Narzędzie obejmowało ok. 7 pytań merytorycznych i metryczkę. Kwestionariusz zostanie opracowany przez eksperta Ośrodka Badań i Analiz COBIK NIL.

Analiza objęła:

- statystyczne zestawienie odpowiedzi w ujęciu ogólnym i przekrojowym (wiek, forma zatrudnienia, miejsce pracy, izba lekarska),
- analizę jakościową komentarzy otwartych,
- opracowanie głównych wniosków i rekomendacji dla władz samorządu lekarskiego.

Kwestionariusz online został przygotowany na platformie **LimeSurvey**, zawierający pytania zamknięte (skale postaw) oraz jedno pytanie otwarte o charakterze eksploracyjnym.

Badanie 2.

Tytuł: Satysfakcji z działań samorządu w roku 2025 r.

Opis badania: Badanie miało na celu ocenę trzech obszarów: (1) satysfakcji z pracy samorządu, (2) opinii na temat potencjalnej modyfikacji systemu punktów edukacyjnych dla lekarzy. Badanie zostało przeprowadzone od listopada 2025 do grudnia 2025 (on-line, anonimowo).

Cel badania: utrzymanie ciągłości monitoringu opinii o pracy samorządu oraz poszerzenie zakresu o system punktów edukacyjnych — rozpoznanie wiedzy, barier i oczekiwań członków, w tym obszarów wymagających zmian/usprawnień

Metodologia badania: Metodologia została utrzymana zgodnie z poprzednim badaniem, co obejmuje kwestionariusze online i anonimowe odpowiedzi.

1. **Projekt kwestionariusza:** Wzorując się na poprzednim badaniu, zostanie stworzony szczegółowy kwestionariusz, który będzie zawierał pytania dotyczące dwóch obszarów badania. Pytania będą zamknięte i otwarte, aby umożliwić uczestnikom wyrażenie szczegółowych opinii.
2. **Dystrybucja kwestionariusza:** Kwestionariusze będą rozsyłane cyfrowo do członków izby poprzez newsletter i media społecznościowe, co zapewni łatwy dostęp i zachowanie anonimowości respondentów z bazy CRL.
3. **Zebranie i analiza danych:** Po zebraniu odpowiedzi, dane zostaną poddane analizie statystycznej i jakościowej.
4. **Zapewnienie anonimowości i prywatności:** Podobnie jak w poprzednich badaniach, gwarantowana będzie anonimowość odpowiedzi, co zachęci uczestników do szczerego wyrażania opinii.

5. **Porównanie z poprzednimi badaniami:** Wyniki będą porównane z poprzednimi badaniami, aby zobaczyć ewolucję opinii i zmian w percepcji działalności izby.
6. **Raportowanie wyników:** Po zakończeniu analizy, wyniki zostaną przedstawione w formie raportu, który będzie dostępny dla wszystkich członków izby oraz zainteresowanych stron.

Opis grupy docelowej: Grupą docelową są członkowie izby z bazy CRL, co pozwala na uzyskanie reprezentatywnych wyników dla danej społeczności.

Uzasadnienie przeprowadzenia badania w grudniu 2025: Przełom roku sprzyja refleksji i formułowaniu planów rozwojowych — pozwala uchwycić realne potrzeby edukacyjne oraz oczekiwania wobec samorządu i systemu

BADANIE 3.

Tytuł: „Barometr kształcenia przed-dyplomowego za rok akademicki 2023/24”

Opis badania: Badanie prowadzone przy współpracy z Komisją Kształcenia Naczelnej Izby Lekarskiej jest kontynuacją oceny jakości edukacji w polskich uczelniach medycznych. Głównym narzędziem tego badania jest szczegółowa ankieta, która zostanie wysłana do uczelni kształcących na kierunku lekarskim i lekarsko-dentystycznym (w tej edycji pierwszy raz osobno - uwzględniając specyfikę kształcenia na tych dwóch kierunkach)

Cel badania: Badanie ma na celu zebranie danych dotyczących różnych aspektów edukacji medycznej, w tym kwalifikacji kadry naukowo-dydaktycznej, metod i jakości nauczania przedmiotów przedklinicznych i klinicznych, a także wyników nauczania i efektywności programów edukacyjnych.

Metodologia badania: Metodologia zostanie uaktualniona z wersji dokumentu WORD/Papierowej do kwestionariusza online z wykorzystaniem „limesurvey”.

1. **Projekt kwestionariusza:** Wzorując się na poprzednim badaniu, zostanie stworzony szczegółowy kwestionariusz, który będzie zawierał pytania tożsame z poprzednim badaniem oraz uzupełnione o obszary zidentyfikowane w raporcie z poprzedniego badania. Pytania będą zamknięte i otwarte, aby umożliwić uczestnikom wyrażenie szczegółowych opinii.
2. **Dystrybucja kwestionariusza:** Kwestionariusze będą rozsyłane cyfrowo uczelni kształcących na kierunku lekarskim i lekarsko dentystycznym.

3. **Zebranie i analiza danych:** Po zebraniu odpowiedzi, dane zostaną poddane analizie statystycznej i jakościowej, aby wyciągnąć wnioski dotyczące jakości kształcenia medycznego w kraju.
4. **Porównanie z poprzednimi badaniami:** Wyniki będą porównane z poprzednimi badaniami, aby zobaczyć ewolucję w podejściu do kształcenia medycznego w kraju.
5. **Raportowanie wyników:** Po zakończeniu analizy, wyniki zostaną przedstawione w formie raportu, który będzie dostępny dla wszystkich interesariuszy.

Opis grupy docelowej: Uczelnie medyczne kształcące na kierunku lekarskim i lekarsko-dentystycznym

CENTRUM INNOWACJI I TELEMEDYCyny NACZELNEJ IZBY LEKARSKIEJ

NIL IN – Sieć Lekarzy Innowatorów to projekt powołany w 2022 roku w ramach Centralnego Ośrodka Badań, Innowacji i Kształcenia. Ma na celu wspieranie lekarzy zaangażowanych w rozwój nowoczesnych rozwiązań w ochronie zdrowia, szczególnie w obszarach cyfryzacji, technologii medycznych i startupów. Projekt kładzie nacisk na integrację środowiska medycznego, wspieranie innowatorów na różnych etapach ich działalności oraz profesjonalizację wdrażania innowacji z poszanowaniem etyki zawodu.

Informacja o działalności NIL IN w 2025 roku

1. Kontynuował i rozwijał ogólnopolski program edukacyjny „Wtorki z Innowacjami”, w ramach którego zrealizowano 37 spotkań szkoleniowo-eksperymentalnych, gromadzących łącznie ponad 3600 uczestników - lekarzy i lekarek z całej Polski. Tematyka spotkań koncentrowała się na kluczowych wyzwaniach transformacji systemu ochrony zdrowia, w tym cyfryzacji, interoperacyjności systemów, bezpieczeństwie danych, sztucznej inteligencji oraz nowych modelach organizacji opieki. Szczególne znaczenie miał dedykowany cykl czterech spotkań poświęconych Europejskiej Przestrzeni Danych dotyczących Zdrowia (EHDS), obejmujący zarówno pierwotne, jak i wtórne wykorzystanie danych zdrowotnych. Cykl ten pełnił funkcję platformy przygotowującej środowisko lekarskie do nadchodzących zmian regulacyjnych na poziomie unijnym i krajowym.
2. Był inicjatorem i organizatorem trzeciej edycji ogólnopolskiego konkursu „Wdrożenie innowacji w ochronie zdrowia”, którego celem było identyfikowanie i promowanie

praktycznych rozwiązań innowacyjnych wdrażanych w systemie ochrony zdrowia. W edycji 2025 zgłoszono 28 projektów w trzech kategoriach konkursowych, a prace oceniała Kapituła licząca 40 ekspertów reprezentujących środowiska medyczne, naukowe, technologiczne oraz instytucjonalne. Konkurs, podobnie jak w poprzednich latach, stanowił nie tylko narzędzie selekcji najlepszych praktyk, ale również przestrzeń dialogu między lekarzami, innowatorami, startupami oraz decydentami systemowymi, wzmacniając kulturę innowacyjności i współpracy w ochronie zdrowia.

3. Współorganizował Konferencję European Health Data & Innovation Summit (30.01.2025 r.), która zgromadziła ponad 2000 uczestników stacjonarnie i online, koncentrując się na temacie Europejskiej Przestrzeni Danych dotyczących zdrowia (EHDS) oraz innowacjach systemowych. Tak szeroka obecność dowodzi ogromnego zainteresowania tematyką cyfrowej transformacji zdrowia i potwierdza rolę Polski jako aktywnego gospodarza unijnej debaty.

Wydarzenie wpisywało się w priorytety polskiej prezydencji w obszarze zdrowia, obejmujące: Bezpieczeństwo zdrowotne – w tym budowanie odporności systemów ochrony zdrowia, cyfrową transformację ochrony zdrowia, w tym rozwój Europejskiej Przestrzeni Danych dotyczących Zdrowia (EHDS/EPDZ). Konferencja stała się jednym z najważniejszych forów wymiany doświadczeń w Europie, a kluczowe sesje dotyczyły:

- Europejskiej Przestrzeni Danych dotyczących Zdrowia (EPDZ/EHDS) – projektu strategicznego dla przyszłości systemów zdrowotnych UE,
- innowacji w opiece zdrowotnej, obejmujących zarówno rozwiązania cyfrowe, jak i nowe modele organizacyjne,
- współpracy interesariuszy, m.in. w ramach Forum projektu TEHDAS2, które zgromadziło przedstawicieli instytucji unijnych, środowisk medycznych, naukowych i organizacji pacjentów.

Organizacja konferencji była możliwa dzięki współpracy: Naczelnej Izby Lekarskiej, NIL IN – Sieci Lekarzy Innowatorów, TEHDAS2, EOSC4Cancer, przy wsparciu Ministerstwa Zdrowia, Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie oraz EIT Health. Dzięki temu wydarzeniu Polska została przedstawiona jako lider cyfrowej transformacji zdrowia w Europie, a NIL IN potwierdził swoją rolę jako łącznika między środowiskiem lekarskim a procesami unijnymi dotyczącymi przyszłości danych zdrowotnych i innowacji systemowych.

Aktywnie uczestniczył w ponad 20 konferencjach, kongresach i wydarzeniach branżowych, zarówno o charakterze krajowym, jak i międzynarodowym, pełniąc role prelegenta, partnera merytorycznego lub współorganizatora. Obecność NIL IN obejmowała wydarzenia poświęcone innowacjom medycznym, cyfryzacji ochrony zdrowia, regulacjom prawnym oraz reformom systemowym.

4. Realizował współpracę partnerską i patronacką, obejmując w 2025 roku 8 inicjatyw patronatem lub partnerstwem merytorycznym. Działania te wzmacniały pozycję NIL IN jako instytucji eksperckiej oraz umożliwiały spójne reprezentowanie perspektywy środowiska lekarskiego w projektach dotyczących innowacji, edukacji i polityk zdrowotnych.
5. Współtworzył i publikował trzy raporty eksperckie, prezentujące stanowisko i rekomendacje NIL IN w obszarach kluczowych dla funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, w szczególności w kontekście cyfryzacji, wykorzystania danych zdrowotnych oraz obciążeń organizacyjnych i technologicznych po stronie lekarzy.

Rok 2025 był dla NIL IN okresem intensywnej, konsekwentnej pracy o charakterze systemowym i eksperckim. Podejmowane działania koncentrowały się na budowaniu kompetencji środowiska lekarskiego, wspieraniu wdrażania innowacji oraz aktywnym udziale w krajowej i europejskiej debacie dotyczącej przyszłości ochrony zdrowia, w szczególności w obszarze danych zdrowotnych i transformacji cyfrowej. NIL IN umacniał swoją rolę jako platforma dialogu i współpracy pomiędzy lekarzami, instytucjami publicznymi, światem nauki i sektorem innowacji, potwierdzając znaczenie Naczelnej Izby Lekarskiej jako nowoczesnego i odpowiedzialnego partnera w procesach kształtowania polityk zdrowotnych w Polsce i Unii Europejskiej.

10. Działalność wydawnicza

W 2025 roku „Gazeta Lekarska” i portal gazetalekarska.pl kontynuowały swoją rolę kluczowego medium samorządowego, relacjonując działania Naczelnej Izby Lekarskiej oraz wydarzenia istotne dla środowiska lekarskiego i ochrony zdrowia. W tym czasie redakcja przygotowała dziesięć wydań drukowanych, w tym cztery numery specjalne poświęcone profilaktyce zdrowotnej, obejmujące tematy szczepień, onkologii, chorób otyłościowych i chorób serca.

Gazeta Lekarska podejmowała również tematykę bezpieczeństwa fizycznego i prawnego lekarzy i lekarzy dentystów. W kilku wydaniach zamieszczono instrukcje postępowania w przypadku agresywnych pacjentów oraz interwencji policji, a w wydaniu świąteczno-noworocznym po raz pierwszy przyznano „gwiazdy i różgi” – nagrody i antynagrody dla polityków, lekarzy i działaczy społecznych za działania związane z systemem ochrony zdrowia. Redakcja relacjonowała także najważniejsze wydarzenia samorządowe i systemowe, w tym Igrzyska Lekarskie, szczyty rządowe i prezydenckie dotyczące kryzysu w ochronie zdrowia oraz spotkania Naczelnej Rady Lekarskiej z udziałem przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia. Na zlecenie Naczelnej Izby Lekarskiej i okręgowych izb lekarskich przygotowano także dodruk kieszonkowego wydania KEL.

Działalność portalu gazetalekarska.pl w 2025 roku była skoncentrowana na rozwijaniu funkcjonalności umożliwiających analizę ruchu i czytelnictwa oraz lepsze dopasowanie treści do potrzeb odbiorców. Rozpoczęto także prace nad zmianą layoutu strony i wdrożeniem platformy sztucznej inteligencji w ramach chatbota portalu. Największym projektem online było wsparcie Naczelnej Izby Lekarskiej w organizacji Światowego Zjazdu Polonijnych Środowisk Medycznych „Save a Life”. Zespół portalu przygotował dedykowaną stronę internetową wydarzenia, regularnie aktualizowaną o zmiany w programie i biogramy prelegentów, a także opracował papierową gazetkę zjazdową dla uczestników, wspierając tym samym sprawną komunikację i organizację kongresu.

Do niniejszego sprawozdania dołączono także sprawozdania z pracy Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej i Naczelnego Sądu Lekarskiego (zał. 1 i 2), a także sprawozdania okręgowych rad lekarskich (zał. 3)

Załączniki:

1. *sprawozdanie roczne NROZ*
2. *sprawozdanie roczne NSL*
3. *sprawozdania okręgowych rad lekarskich*

