

[NRL/09.15/02]

PROTOKÓŁ

**z 9/VII posiedzenia Naczelnej Rady Lekarskiej,
które odbyło się w dniu 26 czerwca 2015 r. w siedzibie Naczelnej Izby
Lekarskiej przy ul. Sobieskiego 110 w Warszawie**

Początek obrad: godz. 11.00

Obecni wg listy obecności – załącznik nr 1 do niniejszego protokołu.

Obradom przewodniczył **Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej Maciej Hamankiewicz** oraz w zastępstwie **Wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej Romuald Krajewski**

▪ **Spotkanie z Ministrem Zdrowia Marianem Zembalą**

Posiedzenie Naczelnej Rady Lekarskiej rozpoczęło się spotkaniem z Ministrem Zdrowia Marianem Zembalą. W spotkaniu udział wzięli również: Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Beata Małecka-Libera, Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Piotr Warczyński, Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Igor Radziewicz-Winnicki oraz Dyrektorzy Departamentów Ministerstwa Zdrowia: Dagmara Korbasińska – Dyrektor Departamentu Matki i Dziecka, Edyta Kramek – Zastępca Dyrektora Departamentu Nauki i Szkolnictwa Wyższego, Jakub Bydłoń – Dyrektor Departamentu Dialogu Społecznego, Sylwia Lis – Dyrektor Departamentu Ubezpieczenia Zdrowotnego, Władysław Puzoń – Dyrektor Departamentu Prawnego, Alina Budziszewska-Makulska – Zastępca Dyrektora Departamentu Prawnego, Beata Cholewka – Dyrektor Departamentu Pielęgniarek i Położnych, Artur Fałek – Dyrektor Departamentu Polityki Lekowej i Farmacji. Na spotkaniu obecna była również Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych Grażyna Rogala-Pawelczyk.

Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej Maciej Hamankiewicz otworzył posiedzenie, przywitał gości i podkreślił, że jest to data, która zapisze się w historii samorządu lekarskiego, z uwagi na to, że jest to pierwsze od czterech lat spotkanie Naczelnej

Rady Lekarskiej i Ministra Zdrowia. Następnie zapowiedział, że obrady poprzedzi uroczystość wręczenia nagród dla najlepszych lekarzy – sportowców 2014 roku i zaprosił Ministra Zdrowia Mariana Zembalę do wspólnego wręczenia nagród.

Nagrodę w kategorii „Najlepszy Sportowiec 2014 roku” wśród kobiet odebrała dr Ewa Zimna-Walendzik z OIL w Łodzi, a w kategorii „Najlepszy Debiut 2014 roku” – dr Agnieszka Brykowska, również z OIL w Łodzi.

Po uroczystości wręczenia nagród dla najlepszych lekarzy – sportowców 2014 roku **Prezes NRL Maciej Hamankiewicz** ponownie powitał gości – Ministra Zdrowia Mariana Zembalę wraz z Zespołem, Prezesa Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych Grażynę Rogalę-Pawelczyk i wszystkich przybyłych na posiedzenie. Poinformował, że po konsultacjach, które odbyły się w gronie Prezydium NRL, dzień wcześniej Ministrowi Zdrowia przekazany został list, w którym w 21 punktach zaakcentowane zostały problemy, w odniesieniu do których decyzje Ministra Zdrowia mogłyby poprawić losy pacjentów w Polsce. Następnie poprosił o zabranie głosu Ministra Zdrowia.

Minister Zdrowia Marian Zembala powitał przedstawicieli izb oraz swoich współpracowników, których kolejno przedstawił zgromadzonym. Następnie przeszedł do omawiania poszczególnych punktów zawartych w liście Prezesa NRL.

Ad pkt 1. Podjęcie dyskusji nad możliwością rewizji przepisów wprowadzających tzw. pakiet onkologiczny.

Minister Zdrowia Marian Zembala poprosił o komentarz Wiceministra Zdrowia Piotra Warczyńskiego.

Wiceminister Zdrowia Piotr Warczyński poinformował, że prace trwają – dwa akty prawne są obecnie modyfikowane i poddawane konsultacjom, które powinny zakończyć się w ciągu dwóch tygodni. Wyjaśnił, że analizy będzie dokonywał powołany przez Ministra Zdrowia zespół specjalistów, w skład którego wchodzi nie tylko onkolodzy, ale również specjaliści innych dziedzin.

Minister Zdrowia Marian Zembala powiedział, że liczy na nawiązanie dialogu. Podkreślił, że uruchomiony w styczniu pakiet onkologiczny jest realizowany i obecnie po 6. miesiącach funkcjonowania zostanie oceniony przez siedmioosobowy zespół pod kierunkiem byłego senatora dr Zbigniewa Pawłowicza. Zaznaczył, że istotne jest, aby określić – w dyskusji także z przedstawicielami środowiska – co w pakiecie należałoby poprawić i uzupełnić. Poinformował, że pakiet zostanie zachowany, natomiast działania będą skierowane na eliminowanie nieprawidłowości. Przywołał również sytuację w innych krajach, wskazując, że we Francji pakiet był modyfikowany 3 lata, w Norwegii – 17 miesięcy, a na Słowacji nadal z pakietem są problemy.

Prezes NRL Maciej Hamankiewicz uściślił, że w dniu dzisiejszym Prezydium NRL odniosło się do przedstawionego projektu rozporządzenia zmieniającego Kartę DiLO. Z tych uwag wyraźnie wynika, jak wiele należy poprawić. Z informacji od lekarzy zajmujących się pacjentami wynika, że ten dokument służy jedynie rozliczeniu jednostki z NFZ. Gdyby na okres tych prac wprowadzić „onkopiłne” skierowania, bez wspomnianych rozliczeń, to w ten sposób zostałyby zniesione limity. Podkreślił, że przy całej świadomości ograniczeń, jakie wynikają z ustawy, zawieszenie tego elementu poprawiłoby sytuację pacjentów i lekarzy.

Minister Zdrowia Marian Zembala poprosił o zabranie głosu Wiceministra Zdrowia Piotra Warczyńskiego.

Wiceminister Zdrowia Piotr Warczyński powiedział, że zawieszenie również wymagałoby zmiany ustawowej. Należy jednak zebrać wszystkie postulaty i postanowić, jakie zmiany ustawowe należy przeprowadzić i następnie je zrealizować.

Minister Zdrowia Marian Zembala podkreślił, że w tym właśnie celu zostaje powołany zespół ekspertów – sześć osób z Ministrem Igorem Warczyńskim, który to zespół będzie pracował intensywnie od poniedziałku w NFZ. Zaproponował przejście do omawiania kolejnego punktu.

Ad pkt 2. Zniesienie niezwiązanych z wykonywaniem zawodów lekarza i lekarza dentystry obowiązków administracyjnych określania rodzaju i poziomu uprawnień

pacjentów do leków refundowanych.

Minister Zdrowia Marian Zembala poprosił o zabranie głosu Dyrektor Sylwią Lis i Dyrektora Artura Fałka.

Dyrektor Sylwia Lis zaznaczyła, że chce przypomnieć, że w momencie, w którym wchodziły wszystkie obciążenia dla lekarzy i powstała kwestia sprawdzania uprawnień pacjenta nie było jeszcze systemu eWUŚ, czyli miała miejsce sytuacja, w której za to, że pacjent nie jest ubezpieczony, albo okazał dokument, który nie był prawdziwy lub ważny odpowiedzialność ponosił świadczeniodawca. Wraz z nowelizacją przepisów i wprowadzeniem systemu eWUŚ zostały dostarczone narzędzia do weryfikacji uprawnień pacjenta. Tym samym, jeżeli pacjent będzie zweryfikowany w systemie eWUŚ (a 99 proc. świadczeniodawców już ten system ma), albo przedstawi dokument, albo napisze oświadczenie, to świadczeniodawca jest zwolniony z odpowiedzialności finansowej za udzielone takiemu pacjentowi świadczenia.

Dyrektor Artur Fałka w uzupełnieniu powiedział, że problem po części zostanie rozwiązany dzięki systemowi recepty elektronicznej, który na podstawie numeru PESEL będzie automatycznie weryfikował uprawnienia pacjenta. Wyraził przekonanie, że z momentem przejścia na system e-recepty, którego udostępnienie jest planowane na jesień tego roku, część problemów zniknie. W odniesieniu do poziomu odpłatności za poszczególne leki, stwierdził, że nie ma przeszkód, żeby aplikacja po wyborze leku też podpowiadała, jaki jest stan tego leku w obwieszczeniu. Zgodnie z filozofią ustawy refundacyjnej tam, gdzie leki stosowane są przewlekłe stosowane są korzystniejsze poziomy odpłatności, a tam, gdzie leki są stosowane krócej – ten sam lek wymaga mniejszego zaangażowania środków finansowych ze strony pacjenta, stąd jest mniej korzystny poziom odpłatności. Podsumował, że rozwiązaniem jest e-recepta.

Minister Zdrowia Marian Zembala dodał, że e-system chroni lekarza. Następnie zaprosił do zadawania pytań.

Sekretarz NRL Konstanty Radziwiłł kategorycznie stwierdził, że zupełnie nie o to

chodzi. Chodzi o to, żeby o tym, jak lek jest refundowany, nie decydował lekarz podczas wystawiania recepty i to, czy jest to e-recepta czy recepta papierowa, nie ma znaczenia. Nie chodzi o deklarację, że sytuacja zmieni się za miesiąc. Mocno podkreślił, że problem był sygnalizowany wielokrotnie a problem dotyczy dziesiątek tysięcy lekarzy w Polsce. Wyraził oczekiwanie a nawet żądanie zmiany tej zasady, którą określił jako złą. Argumentował, że lekarze toną w ustalaniu zasad refundacyjnych i nie tylko kwestia ubezpieczenia bądź nieubezpieczenia pacjenta jest problemem, ale również właśnie kwalifikacja do określonych grup. Podkreślił, że to się musi zmienić.

Minister Zdrowia Marian Zembala odpowiedział, że przyjmuje te informacje.

Prezes NRL Maciej Hamankiewicz skomentował, że w Anglii National Health Service to 100 mld funtów dla opieki zdrowotnej, czyli prawie 700 mld złotych. Gdy okazało się, że system nie funkcjonuje zadano sobie pytanie, czemu tak jest. Stwierdzono, że u niektórych lekarzy rodzinnych doszło do sytuacji, że było dwóch lekarzy rodzinnych i dwanaście sekretarek, pielęgniarek obsługujących tych lekarzy rodzinnych. W tych wybranych miejscach zdecydowano o zlikwidowaniu sprawozdawczości dla NHS, zawierając że ci lekarze dobrze wykonują swój zawód. I okazało się, że tam ten system jest tańszy a biurokratyczna machina do niczego nie służyła. Podsumował, że w naszym kraju zmierzamy dokładnie w kierunku przeciwnym.

Minister Zdrowia Marian Zembala odpowiedział, że proponuje wrócić do omawianych 21 punktów podczas spotkania na początku września i wtedy określić, jakie działania i w jakim czasie są możliwe do zrealizowania.

Kol. Andrzej Matyja postawił pytanie, czy pakiet onkologiczny jest w ogóle potrzebny, dodając, że nie ma pakietu kardiologicznego, gdyż są właściwie wycenione procedury kardiologiczne. Stwierdził, że bez zwiększonych środków na procedury onkologiczne żadna modyfikacja niczego nie zmieni. Wiele procedur zniknęło z pakietu onkologicznego. Nie ma możliwości prowadzenia pacjentów onkologicznych nowotworów pnia dwunastniczo-trzustkowego, nie można leczyć onkologicznie raka rdzeniastego tarczycy, raka płuca itd. Ci chorzy muszą oczekiwać

w normalnej kolejce. W związku z tym, nie ma co poprawiać, trzeba zwiększyć środki. Podniósł również kwestię ustawy refundacyjnej.

Minister Zdrowia Marian Zembala w odpowiedzi zaapelował o zaufanie gronu, tworzącemu zespół ekspertów. Zaznaczył, że najbardziej kontrowersyjne w swoich postawach osoby nie zostały zaproszone do składu zespołu. Skomentował również, że chorobą systemu od 7, a może nawet 13 lat, jest nieuwzględnienie w wycenie chirurgii obszarów m.in. chirurgii trzustki. Jako lekarz i minister wraz ze współpracownikami analizuje, dlaczego efektywność leczenia ciężkich zapaleń trzustki z nowotworami jest w niektórych ośrodkach bardzo niska a w drugich wyższa. Zaznaczył, że AOTM istnieje od dwóch miesięcy, a prezes Matuszewicz powołany przez niego tydzień temu jest osobą budząca zaufanie. Dodał, że jednym z wnioskowanych elementów przez Konsultanta Krajowego i Towarzystwo Chirurgów Polskich jest inna wycena obszaru chirurgii trzustki. Zaznaczył również, by nie oczekiwać dzisiaj od niego deklaracji, że pakiet znika. Ponownie zaapelował o zaufanie do siedmioosobowego zespołu, który sporządzi raport. Następnie zaproponował przejście do omówienia kolejnego punktu.

Kol. Andrzej Matyja podniósł kwestię występowania przez oddziały NFZ do lekarzy o zwrot tzw. nienależnej refundacji tj. kwot 100, 200 zł. Stwierdził, że sądy stoją po stronie lekarzy i zwrócił się do Ministra Zdrowia o rozwiązanie tej kwestii w drodze rozporządzenia.

Minister Zdrowia Marian Zembala poprosił o komentarz Dyrektora Władysława Puzonia.

Dyrektor Władysław Puzoń stwierdził, że Minister Zdrowia zgodnie z Konstytucją może wydać rozporządzenie tylko na podstawie wyraźnego upoważnienia ustawowego.

W tym miejscu **Prezes NRL Maciej Hamankiewicz** zaproponował, żeby potraktować 21 punktów jako motyw do korespondencji i przekazywania uwag Ministrowi Zdrowia, bowiem nie sposób dzisiaj omówić wszystkich aspektów. Zaproponował przejście do omówienia kolejnego punktu.

Ad pkt 3. Poprawa jakości i dostępności do świadczeń geriatrycznych.

Minister Zdrowia Marian Zembala skierował słowa podziękowania do Minister Beaty Małeckiej-Libery podkreślając, że wraz z zespołem zrobiła duży wysiłek, aby przygotować ustawę o zdrowiu publicznym i wyraził nadzieję, że ta historyczna i ważna ustawa w najbliższym czasie wejdzie w życie. Podziękował również redaktorowi naczelnemu Ryszardowi Golańskiemu i zespołowi Gazety Lekarskiej za wysoki poziom merytoryczny. Stwierdził, że należy się zastanowić, co zrobić żeby zwiększyć liczbę wyszkolonych geriatrów. Przypomniał, że obowiązują dwa tryby – pozarezydencki i rezydencki, dodając, że z pewnym żalem przyjął informację, że w trybie rezydenckim na 22 rezydentury było 15 zwrotów. Oświadczył, że trwają prace nad szybką ścieżką, która uruchomi program w trybie pozarezydenckim dla osób mających już internę II stopnia. W tej sprawie miałyby zostać uruchomione szkolenia w cyklu około półrocznym w trybie sobota-niedziela, z wykorzystaniem możliwości samokształcenia, zlokalizowane w trzech miejscach w kraju w ośrodkach o silnej tradycji geriatrycznej. Następnie poprosił o komentarz Dyrektor Edytę Kramek.

Dyrektor Edyta Kramek przypomniała, że są dwa tryby – rezydencki i pozarezydencki, dla osób które posiadają już jakąś specjalizację. Zapowiedziała prace nad zmianami w obszarze programów specjalizacji, ponieważ przepisy ustawy i rozporządzenia dają możliwości weryfikacji programów specjalizacji. Dodała, że są też przepisy, które umożliwiają osobom, posiadającym dorobek i doświadczenie w danej dziedzinie, skrócenia specjalizacji.

Minister Zdrowia Marian Zembala powiedział, że wiadomym jest, że nie da się zrobić specjalisty geriatry metodą zaliczenia krótkiego cyklu szkoleniowego. Być może będą 3 tory – rezydencki, „skrócony”, oraz oparty na dorobku naukowym i doświadczeniu zawodowym. Wyraził opinię, że w sprawie geriatry i gerontologii nastąpił znaczny postęp i wskazał na powołanie Narodowego Instytutu Reumatologii, Geriatry i Rehabilitacji im. prof. dr. hab. med. Eleonory Reicher.

Prezes NRL Maciej Hamankiewicz podniósł, odnosząc się do wypowiedzi Ministra Zdrowia dotyczącej zwrotu miejsc rezydenckich, że jest to problem który trzeba

omówić, bo wad w tym systemie dotyczącym rozdziału miejsc rezydenckich jest bardzo wiele.

Minister Zdrowia Marian Zembala odpowiedział, że trwają prace nad podziałem 5 tys. miejsc rezydenckich, z uwzględnieniem doświadczenia ostatnich 2-3 lat i realnego zapotrzebowania w różnych regionach.

Kol. Magda Wiśniewska powiedziała, że problematyczny staje się podział na specjalizacje. Natomiast, jeśli chodzi o rozporządzenie o specjalizacjach zaczyna się problem dotyczący dyżurów rezydenckich, gdyż aby być w zgodzie z prawem pracy rezydent po dyżurze powinien zejść do domu. Grozi to sytuacją, że na koniec specjalizacji mogą oni uzyskać informację, że z racji opuszczania dni rezydentury mają niespełniony program odbywania specjalizacji. Dodała, że teoretycznie według wykładni przekazanej przez Dyrektora Jolantę Orłowską-Heitzman, rezydenci mają prawo do dyżurów tylko po 5,5 godz. Stąd prośba o to, by dyżury rezydenckie mogły być traktowane jako odbywanie programu specjalizacji.

Minister Zdrowia Marian Zembala odpowiedział, że jako lekarz, uważa że dyżur jest ważnym elementem edukacji.

Prezes NRL Maciej Hamankiewicz podkreślił, że pakiet rezydencki jest ogromnie ważnym tematem i chodzi o przechylność Ministra Zdrowia do pewnych rozwiązań np. gdy młody lekarz zaczyna specjalizację z chirurgii, ale z przyczyn zdrowotnych nie może jej kontynuować, to żeby mógł jednak zmienić tę rezydenturę.

Kol. Magda Wiśniewska dodała, że za kilka lat może się okazać, że większość rezydentów nie spełniła programu rezydentur.

Kol. Jolanta Orłowska-Heitzman, Dyrektora Departamentu Nauki i Szkolnictwa Wyższego Ministerstwa Zdrowia odpowiedziała, że przygotowania do postępowania jesienno już ruszyły. Zaznaczyła, że we współpracy z prof. Krajewskim opracowana została demografia w każdej specjalizacji. Ponadto jest Komisja Młodych Lekarzy przy NIL, jak i Zespół do spraw Młodych Lekarzy przy Ministrze Zdrowia. Młodzi lekarze dokonali dużego wysiłku, ponieważ opracowali, w

których specjalizacjach na terenie danego województwa należałoby zwiększyć liczbę rezydentur. Ważne jest, żeby te rezydentury były świadomie wybierane, bo o tym, jak sytuacja wygląda, świadczy zaistniały zwrot rezydentur.

Wiceminister Zdrowia Igor Radziewicz-Winnicki oświadczył, że ma przyjemność przewodniczyć Zespołowi Młodych Lekarzy przy Ministrze Zdrowia i bardzo ceni sobie tę współpracę. Wypracowane zostało rozwiązanie, które jest cenne dla młodych lekarzy, by mogli oni, składając dokumenty aplikujące o rezydenturę, wskazać 2 albo czy 3 wybrane przez siebie rezydentury. Jednak z uwagi na fakt, że jest to powiązane ze zmianą unijnych programów informatyzacyjnych nie jest to możliwe w najbliższym naborze. Istnieje szansa, że będzie to możliwe na wiosnę następnego roku, ale najprawdopodobniej dopiero na jesieni przyszłego roku. Dodał, że ten projekt ustawy jest gotowy.

Kol. Andrzej Włodarczyk oświadczył, że z troską obserwuje temat Narodowego Instytutu Geriatrii, który jest mu bardzo bliski, bo to był jego pomysł kilka lata temu. Wyraził nadzieję, że Minister Zdrowia zainteresuje się tym, co się dzieje od momentu przeprowadzenia konkursu na stanowisko po jego odwołaniu. Stwierdził, że praktycznie przestał istnieć Instytut Reumatologii, doprowadzono do zapaści wielu klinik i likwidacji niektórych. Jeżeli chodzi o finanse to, jeśli zamienia się długi wymagalne na długi niewymagalne, to nie znaczy że długów nie ma. Zaaapelował do Ministra Zdrowia, by pochylił się nad zespołem ludzi, którzy w Instytucie pracują. Zwrócił również uwagę Ministra Zdrowia na to, że 30% leków, które znalazły się na listach refundacyjnych miało negatywną opinię Agencji Oceny Technologii Medycznych. Wspomniał też o kwestii importu równoległego.

[Głos z sali] powiedział, że geriatria i opieka geriatryczna to nie są instytuty, ani liczba specjalistów. Geriatria to jest głównie opieka nad pacjentem i bez udziału pielęgniarek, np. pielęgniarek środowiskowych, nic nie będzie pożyteczne w geriatrii. Pacjent musi zażyć leki, to jest dla niego najważniejsze.

Minister Zdrowia Marian Zembala podziękował za ostatnią wypowiedź i skomentował, że będzie pracował z Naczelną Izbą Pielęgniarek i Położnych nad kwestią opiekunek medycznych, która budzi pewien lęk, tak jak kiedyś stanowisko

assistant physician.

Wiceminister Zdrowia Beata Małecka-Libera oświadczyła, że zajmuje się przygotowaniem całej polityki i strategii zdrowotnej dla osób starszych. Zapewniła, że jest to jeden z ważniejszych priorytetów. Budowany jest cały system w dwóch aspektach: opieki nad osobami 60+, czyli osób które jeszcze pracują i są aktywne, oraz osób, które wymagają już nie tylko leczenia ale i rehabilitacji, wsparcia społecznego. Zaznaczyła, że ten element będzie jednym z priorytetów Narodowego Programu Zdrowia i będzie zapisany, jeśli chodzi o profilaktykę i dostępność do świadczeń dla osób starszych.

Minister Zdrowia Marian Zembala skomentował, że to ważne, że wchodzi ustawa o zdrowiu publicznym, która skupia się po pierwsze – na chorobach metabolicznych, w tym na cukrzycy, po drugie – na używkach i uzależnieniach, po trzecie – na seniorach, po czwarte – na stomatologii i profilaktyce próchnicy. Dodał, że w Ministerstwie Zdrowia podejmowany jest duży wysiłek, aby przywrócić starszą, bardziej wypróbowaną formę kwalifikacji do rezydentur, uwzględniającą wywiad.

Ad pkt 4. Wykreślenie z listy produktów farmaceutycznych dostępnych tylko na receptę produktów homeopatycznych.

Minister Zdrowia Marian Zembala poprosił o zabranie głosu Wiceministra Zdrowia Igora Radziewicza-Winnickiego.

Wiceminister Zdrowia Igor Radziewicz-Winnicki powiedział, że w tej sprawie stanowisko jest zgodne i podziękował Izbom za wsparcie w redukowaniu tych zaleceń lekarskich, które nie mają podstaw naukowych. Zauważył, że produkty homeopatyczne są często rejestrowane w procedurze usankcjonowanej prawem unijnym, w związku z czym delegalizacja leków homeopatycznych nie jest możliwa i chyba nie jest też zasadna. Natomiast można popracować by one utraciły status „Rp” w Polsce. Następnie odniósł się do korespondencji mailowej z Prezesem NRL dotyczącej braku w Polsce usankcjonowanej prawem rady czy komisji, która orzekałaby, co jest medycyną opartą na faktach a co nią nie jest. Zaznaczył, że nie tylko homeopatia jest problemem i utworzenie takiej rady złożonej np.

z przedstawicieli KRAUM-u, izby lekarskiej, rady naukowej przy Ministrze Zdrowia, która miałyby delegację żeby orzekać, które technologie są medyczne a które nie są medyczne, skutkowałyby ściganiem z tytułu odpowiedzialności zawodowej.

Minister Zdrowia Marian Zembala skomentował, że proponuje przyjąć zasadę, że zanim zrobi się rewolucję w jakiejś dziedzinie, najpierw należy sprawdzić, jak to się robi w 6-7 krajach Unii, w tym w Wielkiej Brytanii, Czechach i Litwie. Stwierdził, że problemem jest – jak wykreślać produkty z listy, której nie ma.

Ad pkt 5. Poprawa finansowania uczelni medycznych na kierunkach lekarskim i lekarsko-dentystycznym w ramach studiów stacjonarnych w języku polskim.

Minister Zdrowia Marian Zembala powiedział, że tej sprawie chce poświęcić spotkanie ze środowiskiem akademickim. Zadeklarował działania na rzecz zwiększenia liczby studiujących. Przywołał, że pod kierunkiem prof. Leszka Pączka, dokonana została ocena uczelni medycznych, które chciały bardzo szybko wejść do rynku usług, co prawdopodobnie spowodowałoby zaburzenie poziomu, który warunkuje tzw. kanadyjski standard, a polskie uczelnie przestałyby być atrakcyjne dla obcokrajowców.

Ad pkt 6. Podjęcie negocjacji w sprawie zwrotu izbom lekarskim kosztów ponoszonych na wykonywanie zadań przejętych przez samorząd lekarski od administracji publicznej.

Minister Zdrowia Marian Zembala poprosił o komentarz Dyrektora Jakuba Bydłonia.

Dyrektor Jakub Bydłoń oświadczył, że w tym roku te kwoty zostały zdefiniowane dla wszystkich samorządów zawodów medycznych na poziomie zeszłorocznym. Negocjacje będą możliwe, jeżeli będą dodatkowe środki.

Minister Zdrowia Marian Zembala dodał, że wydaje się, że jest to jeden z najważniejszych problemów. Zadeklarował, podjęcie próby jego rozwiązania, uwzględniając wyroki sądów.

Kol. Krzysztof Kordel skomentował, że pieniądze są na takim poziomie ponieważ Dyrektor Bydłoń na takim samym poziomie co roku je zapotrzebowuje.

Dyrektor Władysław Puzoń stwierdził, że Izba świetnie wie, że wyroki sądów są różne, jedne – korzystne dla Ministra, inne dla samorządu. Podsumował, że jest kwestia wynika z ustalania budżetu w ramach środków w części 46-tej. Różnica wynosi od 6 do 7 mln w zależności od liczby wykonanych zadań.

Skarbnik NRL Wojciech Marquardt stwierdził, że raz w historii zdarzyło się, że Minister Zdrowia na samorząd lekarski przeznaczył kwotę zbliżoną do ponoszonych kosztów, to było w 2001 roku. Około 9 mln to jest dla Ministra Zdrowia niewielka kwota, a dla NRL jest upokarzającym, że upomina się w stosownym czasie o zabezpieczenie na przyszły rok w budżecie, a stale świadomie zabezpieczana jest kwota stanowiąca 1/3 ponoszonych kosztów, podczas gdy koszty i presja na samorząd wzrastają.

Kol. Paweł Barucha przedstawił porównanie, że Świętokrzyska Izba Lekarska liczy mniej więcej tyle samo lekarzy co Wojskowa Izba Lekarska. Zwrócił uwagę, że Wojskowa Izba Lekarska otrzymuje pieniądze z innej puli i za te same działania przy tej samej liczbie członków Świętokrzyska Izba Lekarska otrzymuje 53 tys., a Wojskowa Izba Lekarska - 300 tys.

Minister Zdrowia Marian Zembala zadeklarował, że w omawianej sprawie ze strony Ministerstwa Zdrowia jest wola działania i zapowiedział powrót do tematu na spotkaniu we wrześniu.

Ad pkt 7. Przywrócenie stażu podyplomowego.

Minister Zdrowia Marian Zembala zaproponował by temat zostawić, ze względu na prawdopodobnie bardzo długą dyskusję i przenieść ją na wrzesień. Zaproponował przejście do omówienia punktu 8.

Prezes NRL Maciej Hamankiewicz zaproponował, żeby przejść do punktu 9.

Ad pkt 9. Zniesienie limitów punktów edukacyjnych dla lekarzy i lekarzy dentystów w poszczególnych zakresach doskonalenia zawodowego.

Minister Zdrowia Marian Zembala stwierdził, że pytaniem jest, jaką wartość punktową przyznawać za określone wydarzenia i w tej kwestii należy kierować się rozwiązaniami przyjętymi w innych krajach, które nas wyprzedzają. Uzupełnił, że w krajach tych tylko te wydarzenia mają dużą wartość, które są afiliowane przez towarzystwa naukowe neutralne a nie komercyjne. Ponadto uwzględniane są publikacje naukowe.

Sekretarz NRL Konstanty Radziwiłł podkreślił, że samorządowi bardzo zależy na dwóch sprawach. Pierwsza to kwestia finansowania studiów stacjonarnych w języku polskim, co leży w gestii Ministerstwa Zdrowia. Zwrócił uwagę, że prowadzenie dla cudzoziemców studiów w języku angielskim nie przekłada się na kryzysową sytuację w zakresie liczby lekarzy w Polsce. Argumentował, że trzeba zwiększać finansowanie studiów dla polskich studentów, którzy dla Polski się kształcą. Druga kwestia to staż podyplomowy – temat, którego nie powinno się odkładać na wrzesień i dalej na nieokreśloną przyszłość. Zauważył, że panuje zgoda, co do tego, że staż powinien zostać zachowany. Natomiast pozostaje do rozwiązania kwestia, jak ten staż powinien wyglądać i zadeklarował gotowość współpracy ze strony samorządu w tym zakresie. Podniósł również postulat zniesienia limitów wewnętrznych dotyczących punktów edukacyjnych co, jak podkreślił, jest kwestią decyzji Ministra Zdrowia i uregulowania odpowiednim rozporządzeniem.

Minister Zdrowia Marian Zembala odpowiedział, że proponuje wspólną pracę nad tym problemem. Wyraził również pogląd, że w dobie, kiedy brakuje lekarzy skrócenie i intensyfikacja stażu jest dobrym ruchem.

Ad pkt 10. Uznanie kosztów ponoszonych przez lekarza i lekarza dentystę na doskonalenie zawodowe za koszty uzyskania przychodu.

Minister Zdrowia Marian Zembala zastrzegł, że jego zdaniem temat leży w gestii Ministra Finansów i poprosił o komentarz Dyrektora Władysława Puzonia.

Dyrektor Władysław Puzoń powiedział, że to jest w przepisach, które wnioskuje Minister Finansów. Zwrócił także uwagę, że gdyby Minister Finansów zgodził się na ten postulat, to musiałby się zgodzić na takie zwolnienia w stosunku do wszystkich grup zawodowych, inaczej zostałaby naruszona konstytucyjna zasada równości.

Minister Zdrowia Marian Zembala skomentował, że Izba może wystąpić do Ministra Finansów przedstawiając zalety takiego rozwiązania, i przesłać pismo do wiadomości Ministerstwa Zdrowia. Zadeklarował udzielenie wsparcia merytorycznego.

Ad pkt 11. Zapewnienie przez Ministerstwo Zdrowia kontynuacji szkoleń dla lekarzy i lekarzy dentyistów z zakresu umiejętności porozumiewania się z pacjentami i współpracownikami.

Minister Zdrowia Marian Zembala poinformował, że w tym roku Ministerstwo Zdrowia wydało 8 mln zł pochodzących z programów unijnych, dzięki czemu szkolenia odbyło 2.600 osób. W tym miejscu skierował słowa uznania i podziękowania do prof. Romualda Krajewskiego, jako inicjatora i organizatora szkoleń. Poinformował, że Ministerstwo Zdrowia przewiduje, że w przyszłym roku liczba szkoleń będzie kształtować się na podobnym poziomie. Podkreślił, że każdy tego typu kurs musi być walidowany przez uczestników i poprosił o przesłanie do Ministerstwa Zdrowia wyników walidacji.

Wiceprezes NRL Romuald Krajewski odpowiedział, że wyniki zostały przekazane do Departamentu Funduszy Europejskich i wyraził nadzieję, że w przyszłości uczestników szkoleń będzie o wiele więcej. Podkreślił, że zapotrzebowanie jest ogromne, a wyniki są bardzo dobre. Zadeklarował gotowość Izby do rozszerzenia tej działalności.

Minister Zdrowia Marian Zembala zwrócił uwagę, że czas spotkania dobiega końca i zaproponował drugą część spotkania w lipcu.

Prezes NRL Maciej Hamankiewicz odpowiedział, że Izba przygotuje pytania i zaprosił Ministra Zdrowia na posiedzenie Prezydium NRL w lipcu.

Minister Zdrowia Marian Zembala oświadczył, że do tego czasu Ministerstwo Zdrowia odpowie, jakie działania podjęło w związku z przedstawionymi w punktach postulatami. Podziękował wszystkim zgromadzonym i wyraził nadzieję, że chociaż w części czują się usatysfakcjonowani spotkaniem.

Prezes NRL Maciej Hamankiewicz podziękował Ministrowi Zdrowia i jego zespołowi za przybycie. Podsumował spotkanie słowami, że dla Izby wielką satysfakcją jest przybycie Ministra Zdrowia z zespołem do samorząd lekarskiego, co bardzo dobrze wróży na dalszą współpracę i wspólną pracę dla dobra chorych. Zaznaczył, że problemów jest więc i będzie je sygnalizował Ministrowi Zdrowia w drodze pisemnej i ustnej.

Następnie odbyło się spotkanie z Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych Grażyną Rogalą-Pawelczyk.

▪ **Spotkanie z Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych Grażyna Rogalą-Pawelczyk**

W spotkaniu udział wzięły także Wiceprezes NRPIP Teresa Kuziara i Skarbnik NRPIP Hanna Gutowska.

Wiceprezes NRL Romuald Krajewski powitał gości i podziękował za przybycie. Następnie poprosił Prezes NRPIP Grażynę Rogalę-Pawelczyk o przybliżenie celów kampanii społecznej organizowanej przez Pielęgniarki.

Prezes NRPIP Grażyna Rogala-Pawelczyk powiedziała, że zawód pielęgniarki i położnej przeżywa kryzys demograficzny i liczbowy. Poinformowała, że Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych przygotowała raport o zabezpieczeniu społeczeństwa polskiego w świadczenia pielęgniarskie i położnicze, wskazując że zawód ten jest bardzo precyzyjnie określony poprzez wymagania prawne, zawodowe, a także w zakresie edukacji oraz predyspozycji psychologicznych. Następnie zaprezentowała dane statystyczne, o tym, że liczba osób które otrzymały prawo wykonywania zawodu pielęgniarki w latach 2006-2014 spadła z prawie 8 tys. do 4 tys., a w tym

samym okresie ponad 17 tys. pielęgniarek wyjechało z kraju. Podkreśliła, że najliczniejszą grupę, tj. ok. 50 proc., wśród pielęgniarek stanowią osoby w wieku 51-60 lat, a ta luka pokoleniowa przełoży się na niedobory pielęgniarek. Podobna sytuacja dotyczy położnych. Zwróciła uwagę, że zaledwie 32 proc. absolwentów kierunków pielęgniarstwo i 33 proc. absolwentów położnictwa zgłasza się po prawo wykonywania zawodu, a blisko 70 proc. absolwentów zmienia zawód.

Wyjaśniła, że od trzech lat Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych stawia pytanie, co się stanie, gdy zabraknie pielęgniarek. W związku z tym podjęto decyzję o rozpoczęciu kampanii społecznej, której zadaniem jest informowanie społeczeństwa, jak dramatyczna jest sytuacja w zatrudnieniu pielęgniarek i położnych. Wyraziła nadzieję, że poprzez zbieranie recept-petycji, uzyskiwanie wsparcia organizacji samorządowych, zawodowych i pacjenckich uda się uświadomić potrzebę wywarcia nacisku na decydentów w celu stworzenia rządowego programu, który będzie wspierał wchodzenie pielęgniarek do systemu oraz edukację. Podkreśliła, że problem jest dużo głębszy, gdyż niedobory dotyczą wszystkich zawodów medycznych. Poprosiła o dyskusję i poparcie akcji oraz obejrzenie spotu.

Zebrani obejrzeni spot kampanii społecznej „Ostatni dyżur”.

Prezes NRPIP Grażyna Rogala-Pawelczyk oświadczyła, że intencją jest, żeby rząd zaczął się zastanawiać, jak namówić młodych ludzi, żeby rozpoczynali naukę na studiach pielęgniarstwie i położniczym i żeby nie wyjeżdżali zaraz po ukończeniu studiów z Polski. Podziękowała za zaproszenie na posiedzenie Naczelnej Rady Lekarskiej i zaapelowała o podpisywanie recept-petycji. Następnie przekazała Wiceprezesowi NRL Romualdowi Krajewskiemu raport i zachęciła do zadawania pytań.

Kol. Stefan Sobczyński powiedział, że obserwuje na bardzo dużym oddziale w szpitalu wojewódzkim w Poznaniu, że sytuacja wygląda dramatycznie. Dodał, że odpowiedzią decydentów jest to, że pielęgniarki przyjadą z Ukrainy. Poprosił o ustosunkowanie się do takiej opinii.

Prezes NRPIP Grażyna Rogala-Pawelczyk zdecydowanie podkreśliła, że pielęgniarki z Ukrainy nie rozwiążą problemu ponieważ nie otrzymają prawa wykonywania zawodu w Polsce, jeśli nie będą miały ukończonych takich samych studiów. Dodała, że na dzień dzisiejszy w Polsce jest kilkudziesięciu obcokrajowców, którzy kończyli na ogół szkołę w Polsce lub nostryfikowali dyplomy, ale w tej chwili przygotowują się do wyjazdu do Unii Europejskiej.

Kol. Andrzej Wojnar wyraził zdanie, że kampania jest bardzo słuszna i zadał pytanie, dlaczego w spocie z kampanii społecznej pielęgniarki noszą czepki, podczas gdy na co dzień w szpitalach ich nie noszą.

Prezes NRPIP Grażyna Rogala-Pawelczyk wyjaśniła, że w 1991 r. na wniosek pielęgniarek, głównie anestezjologii, pediatrii, OIOM-ów, czyli tam, gdzie czepki utrudniał wykonywanie zawodu, obowiązek noszenia czepków został zniesiony. Stwierdziła, że tym samym ze szpitali zniknął pewien symbol, ale czepki są noszone m.in. podczas uroczystości.

Kol. Ryszard Kępa poprosił o komentarz do statusu ratowników medycznych i kwestii zastępowania przez ratowników medycznych pielęgniarek w zadaniach pielęgniarskich np. na SOR-ach i izbach przyjęć. Zapytał, czy taka tendencja może się utrzymać.

Prezes NRPIP Grażyna Rogala-Pawelczyk odpowiedziała, że tendencja ta pojawiła się w momencie, w którym resort zdrowia zauważył, że są niedobory i pojawiła się wtedy propozycja, żeby ratownicy pracowali nawet w oddziałach szpitalnych zachowawczych. Jak stwierdziła, na szczęście, ustawa została wyhamowana. Podkreśliła, że to są odrębne zawody.

Kol. Marek Zabłocki pogratulował pomysłu na kampanię i zadał pytanie, czy obecną sytuację może poprawić zawód opiekuna medycznego.

Prezes NRPIP Grażyna Rogala-Pawelczyk odpowiedziała, że w Polsce szkołę dla opiekunów medycznych, która kończy się egzaminem państwowym pozwalającym na wykonywanie zawodu, ukończyło ok. 20 tys. osób, natomiast w systemie opieki zdrowotnej i społecznej pracuje ok 10 tys. opiekunów. Stwierdziła, że opiekun nie zastąpi pielęgniarki, ale ponieważ system jest niewydolny to muszą być opiekunowie. Dodała, że opiekun medyczny jest niezbędnym elementem opieki zdrowotnej.

Kol. Ryszard Mońdział zadał pytanie o stanowisko Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych w sprawie recept.

Prezes NRPIP Grażyna Rogala-Pawelczyk odpowiedziała, że stanowisko zostało przedstawione w Sejmie. Dodała, że powinny zostać określone preparaty, jakie może zaordynować pielęgniarka i że dotyczy to głównie opieki długoterminowej.

Na zakończenie spotkania **Skarbnik NRPIP Hanna Gutowska** poprosiła o wsparcie pielęgniarek i położnych udzielających świadczeń w szpitalach i umożliwienie im rozpropagowania kampanii w swoich szpitalach.

Prezes NRPIP Grażyna Rogala-Pawelczyk podziękowała wszystkim zgromadzonym, a szczególne słowa podziękowania skierowała do Prezesa Śląskiej Izby Lekarskiej, która jako pierwsza wsparła kampanię społeczną Pielęgniarek.

Po zakończeniu spotkania **Naczelna Rada Lekarska** przystąpiła do właściwych obrad.

- **Obrady Naczelnej Rady Lekarskiej**

Ad pkt 1

Wiceprezes NRL Romuald Krajewski otworzył obrady.

Ad pkt 2

Naczelna Rada Lekarska rozpatrzyła projekt porządku obrad – druk nr [NRL/06.15/01"] – załącznik nr 2

Naczelna Rada Lekarska przyjęła porządek obrad.

Ad pkt 3

Naczelna Rada Lekarska przeszła do omówienia spraw samorządowych.

Ad pkt 3.1

Naczelna Rada Lekarska rozpatrzyła projekt stanowiska Naczelnej Rady Lekarskiej w sprawie poparcia kampanii „Ostatni dyżur” – druk nr [NRL/06.15/04] załącznik nr 3

Naczelna Rada Lekarska większością głosów, przy 1 głosie wstrzymującym się, przyjęła stanowisko w sprawie poparcia kampanii „Ostatni dyżur”.

Ad pkt 3.2

Naczelna Rada Lekarska rozpatrzyła projekt uchwały Naczelnej Rady Lekarskiej w sprawie powołania Przewodniczącego Ośrodka Bioetyki Naczelnej Rady Lekarskiej – druk nr [NRL/06.15/06] – załącznik nr 4

Wiceprezes NRL Romuald Krajewski poprosił o zgłaszanie kandydatur.

Sekretarz NRL Konstanty Radziwiłł zgłosił kandydaturę **Marka Czarkowskiego**, dotychczasowego Przewodniczącego Ośrodka Bioetyki NRL.

Nie zgłoszono innych kandydatur.

O odbyło się głosowanie jawne bez obecności Marka Czarkowskiego.

Naczelna Rada Lekarska jednogłośnie powołała Marka Czarkowskiego na Przewodniczącego Ośrodka Bioetyki Naczelnej Rady Lekarskiej.

Ad pkt 3.3

Naczelna Rada Lekarska rozpatrzyła projekt uchwały Naczelnej Rady Lekarskiej w sprawie powołania Rady Ośrodka Bioetyki Naczelnej Rady Lekarskiej – druk nr [NRL/06.15/07] – załącznik nr 5

Sekretarz NRL Konstanty Radziwiłł powiedział, że zgodnie z uchwałą o Ośrodku Bioetyki kandydatów do Rady proponuje Przewodniczący Ośrodka.

Wiceprezes NRL Romuald Krajewski przekazał głos Markowi Czarkowskiemu.

Kol. Marek Czarkowski poinformował, że zgłasza 4 członków Rady tj.: **prof. Romualda Krajewskiego, dr Konstantego Radziwiłła, prof. Krystyna Sosadę i dr Zdzisława Annusewicza**, a ich pisemne zgody zostały dostarczone.

Kol. Andrzej Matyja zgłosił kandydaturę **dr Mariusza Janikowskiego**, który wyraził zgodę.

Sekretarz NRL Konstanty Radziwiłł zauważył, że zgodnie z Regulaminem Ośrodka kandydatura powinna zostać zgłoszona przez Przewodniczącego Ośrodka, a zatem rozumie, że jest to propozycja dla Przewodniczącego, który w związku z tym zgłasza kandydaturę Mariusza Janikowskiego.

O odbyło się głosowanie jawne.

Naczelna Rada Lekarska jednogłośnie zatwierdziła skład Rady Ośrodka Bioetyki Naczelnej Rady Lekarskiej.

Ad. pkt 3.4

Naczelna Rada Lekarska rozpatrzyła projekt uchwały Naczelnej Rady Lekarskiej w sprawie zatwierdzenia wykonania budżetu i przeznaczenia zysku Naczelnej Izby Lekarskiej za rok 2014 – druk nr [NRL/06.15/05], [NRL/06.15/05A], [NRL/06.15/05B] – załącznik nr 6, załącznik nr 7, załącznik nr 8

Wiceprezes NRL Romuald Krajewski poprosił Skarbnika NRL Wojciecha Marquardta o zabranie głosu.

Skarbnik NRL Wojciech Marquardt poinformował, że Naczelna Rada Lekarska zaplanowała w roku 2014 przychody w wysokości 19 mln 756 tys. zł. Przychody zostały zrealizowane poniżej planu tj. na poziomie 18 mln 501 tys. zł, co stanowi 94 proc. W pięciu pozycjach nie wykonano planu łącznie na 2,5 mln zł. To są pozycje: składki, dotacje z Ministerstwa Zdrowia, przychody z reklam i ogłoszeń w Gazecie Lekarskiej, Ośrodek Doskonalenia Zawodowego. W pięciu pozycjach przychody przekroczyły planowane wpływy. Należy tu wymienić centralny rejestr, odsetki od lokat i przychody unijne - Młody Lekarz. W budżecie na 2014 rok nie zaplanowano środków na obchody 25-lecia samorządu lekarskiego.

W sumie z niewykonania planu - 2,5 mln zł, a nadwykonanie wyniosło 1 mln 276 tys. zł. Nie wykonano łącznie 1 mln 255 tys. zł przychodów w części planowanej.

W kwestii składki, która jest podstawowym elementem przychodów, w I i II kwartale ubiegłego roku do NIL wpływało 2 mln 570 tys. zł. To tzw. składka należna. W III kwartale nastąpiła spora różnica bo składka wyniosła 1 mln 561 tys. zł, w IV kwartale składka wyniosła 2 mln 82 tys. zł. W efekcie do Izby wpłynęła składka w wys. 8 mln 847 tys. zł.

Koszty również były poniżej planów – w 93 proc. wykonane na poziomie 17 mln 540 tys. zł przy planie 18 mln 762 tys. zł. Poniżej planu – 1 mln 221 tys. zł. Poniżej planu zostały zrealizowane koszty: Naczelnej Rady Lekarskiej, Ośrodka Szkolenia Zawodowego, Ośrodka Studiów i Analiz, Naczelnej Komisji Rewizyjnej, Krajowej Komisji Wyborczej, Gazety Lekarskiej.

Ponad plan: Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej – plan przekroczony o 31 tys. zł, Naczelny Sąd Lekarski – o 107 tys. zł, Biuro Praw Lekarza – o 1 tys. zł, Centralny Rejestr – o 46 tys. zł. Koszty całego przedsięwzięcia jubileuszu 25-lecia samorządu lekarskiego wyniosły 523 tys. zł. W efekcie różnica pomiędzy przychodami i kosztami NIL wyniosła w budżecie 2014 r. 961 tys. zł, ale w tym budżecie nie znalazły się koszty w wysokości 737 tys. 831 zł – koszty XII Krajowego Zjazdu Lekarzy, finansowane z środków poza budżetu 2014 r. W efekcie budżet 2014 razem z kosztami Krajowego Zjazdu Lekarzy zamyka się kwotą plus 223 tys. 229 zł – o przeznaczeniu tej kwoty Naczelna Rada Lekarska będzie podejmować decyzję w uchwale NRL.

Dodał, że ponieważ jednym z poważniejszych kosztów są koszty Gazety Lekarskiej, a w tej sprawie również wypowiedała się Naczelna Komisja Rewizyjna, to należy pokazać, że koszty Gazety Lekarskiej wyniosły 3 mln 822 tys. zł przy planie 4 mln 514 tys. zł. Przychody były niższe o 92 tys. zł, ale koszty były niższe o 691 tys. zł, stąd też przy planowanym deficycie 1 mln 139 tys. zł Gazeta Lekarska miała deficyt mniejszy o 599 tys. zł i wyniósł on za rok ubiegły 539 tys. zł.

Poinformował ponadto, że koszt rozesłania Gazety z biuletynami wyniósł 1 mln 617 tys. zł – 81 proc. planu i był niższy o 382 tys. zł niż zakładano. Zwrot z izb okręgowych został zrealizowany w 86 proc. planu a ten był zakładany w wys. 900 tys. zł. Z izb wpłynęło 776 tys. zł, co oznacza że NIL na część dystrybucji Gazety i biuletynów ze swojego budżetu przeznaczyła 841 tys. zł.

Co do funkcjonowania komisji problemowych to plan dla wszystkich komisji problemowych wyniósł 817 tys. zł i został przekroczony o 37 tys. zł. Największą pozycją budżetową komisji jest Komisja Sportu i Rekreacji – w ubiegłym roku przeznaczone zostało na jej funkcjonowanie 34 proc. kosztów wszystkich komisji i wyniósł on 287 tys. zł. Współpraca z zagranicą – 150 tys. zł, Komisja Stomatologiczna – 102 tys. zł, Konwent Przewodniczących – 91 tys. zł, Komisja Kultury – 77 tys. zł, Komisja Kształcenia – 43 tys. zł, Komisja Egzaminacyjna – 30

tys. zł, Komisja Organizacyjna – 15 tys. zł. Łącznie na ten cel przeznaczono 854 tys. zł.

Wiceprezes NRL Romuald Krajewski poprosił o przedstawienie opinii Komisji Finansowo-Budżetowej na temat wykonania budżetu.

Kol. Leszek Dudziński poinformował, że Komisja Finansowo-Budżetowa po zapoznaniu się ze sprawozdaniem za rok 2014 r. zaopiniowała pozytywnie sprawozdanie i zwraca się do Naczelnej Rady Lekarskiej o przyjęcie sprawozdania finansowego za rok 2014.

Wiceprezes NRL Romuald Krajewski zadał pytanie, czy Komisja Rewizyjna chce się wypowiedzieć w tej sprawie, a następnie otworzył dyskusję. Dodał, że Naczelna Komisja Rewizyjna złożyła pismo, otrzymała wyjaśnienia i była podczas posiedzenia Prezydium NRL, na którym odbyła się dyskusja – ogólnie Komisja zaakceptowała sprawozdanie natomiast zwróciła uwagę na różne aspekty wydatków, które jej zdaniem można by było poprawić.

Odbyło się głosowanie.

Naczelna Rada Lekarska jednomyślnie podjęła uchwałę w sprawie zatwierdzenia wykonania budżetu i przeznaczenia zysku Naczelnej Izby Lekarskiej za rok 2014.

Ad. pkt 3.5

Naczelna Rada Lekarska rozpatrzyła projekt uchwały Naczelnej Rady Lekarskiej w sprawie zwołania Nadzwyczajnego XIII Krajowego Zjazdu Lekarzy – druk nr [NRL/06.15/11] – załącznik nr 9

Wiceprezes NRL Romuald Krajewski poinformował, że jest wstępny projekt programu obrad zjazdu.

Kol. Ładysław Nekanda-Trepka zaproponował, żeby zmienić brzmienie pkt 3 projektowanej uchwały poprzez zapis: „wybory uzupełniające do organów Naczelnej Izby Lekarskiej”, ponieważ wakaty mandatów dotyczą trzech organów: Sądu, Zastępcy Rzecznika i Naczelnej Komisji Rewizyjnej, a Komisja Wyborcza, zgodnie

z Regulaminem, ma obowiązek ogłosić wybory uzupełniające na najbliższym zjeździe.

Kol. Grzegorz Wrona w korespondencji do wypowiedzi kol. Ładysława Nekandy-Trepki zadał pytanie, czy w związku z tym, że Krajowy Zjazd Lekarzy ustalił, że liczba mandatów w organie Naczelnego Rzecznika wynosi 60., co wydaje się być trudne do obsadzenia nawet przy intensywnej kampanii – czy trzeba w programie zjazdu w specjalny sposób zaznaczyć pozycję dotyczącą rozważenia podjęcia uchwały nowelizującej w sprawie zmiany liczebności organu.

Kol. Ładysław Nekanda-Trepka odpowiedział, że może to być w tym punkcie jako reasumpcja ustalenia liczebności organu przez Zjazd na wniosek Komisji Wyborczej.

Kol. Jarosław Wanecki przedłożył propozycję w imieniu Okręgowej Izby Lekarskiej w Płocku, żeby Nadzwyczajny XIII Krajowy Zjazd odbył się nie w Warszawie, a w Płocku, argumentując, że mogłoby się to przełożyć na niższe koszty organizacji wydarzenia.

Sekretarz NRL Konstanty Radziwiłł zadał pytanie, czy zapis uchwały zostaje przyjęty w trybie redakcyjno-robotycznym w brzmieniu, jakie zaproponował kol. Ładysław Nekanda-Trepka, z uwzględnieniem uwagi kol. Grzegorza Wrony.

Mec. Anna Miszczak zaproponowała, żeby propozycję zmiany liczebności organu zawrzeć w osobnym punkcie, poprzedzającym punkt dotyczący wyborów. Uzasadniła, że ta kwestia nie mieści się w Regulaminie Wyborów i że w ustawie o zawodzie lekarza i lekarza dentystry jest odrębne upoważnienie dla zjazdu do ustalenia liczebności organu.

Sekretarz NRL Konstanty Radziwiłł zaproponował w związku z powyższym dodanie punktu 2a.

Wiceprezes NRL Romuald Krajewski podsumował, że poprawki zostają wniesione w trybie autopoprawki.

Naczelna Rada Lekarska jednomyślnie podjęła uchwałę w sprawie zwołania Nadzwyczajnego XIII Krajowego Zjazdu Lekarzy.

Ad pkt 3.6

Naczelna Rada Lekarska rozpatrzyła projekt apelu Naczelnej Rady Lekarskiej do Ministra Zdrowia w sprawie przywrócenia stażu podyplomowego oraz poprawy warunków realizacji kształcenia przed- i podyplomowego lekarzy i lekarzy dentyistów – druk nr [NRL/06.15/09] – załącznik nr 10

Wiceprezes NRL Romuald Krajewski poprosił o przedstawienie najważniejszych elementów apelu prof. Jerzego Kruszewskiego.

Kol. Jerzy Kruszewski poinformował, że na dwóch ostatnich spotkaniach Komisji Kształcenia omawiana była trudna sytuacja stomatologów w tym zakresie. Te problemy zostały szczegółowo omówione z udziałem konsultantów w poszczególnych specjalnościach stomatologicznych, dziekanów ds. stomatologii Uniwersytetów medycznych oraz kilku członków Komisji Stomatologicznej. Pojawiły się głosy, że należałoby w obecnym czasie wystąpić do Ministra Zdrowia nieco szerzej – z uwzględnieniem zaniedbanych sprawy dotyczących warunków kształcenia lekarzy. W efekcie powstał projekt takiego apelu, który powinien mieć rangę jak uchwała NRL. Apel zawiera stale wysuwane postulaty pod adresem Ministerstwa Zdrowia. Następnie zarekomendował apel do przyjęcia w tym brzmieniu jak został zaproponowany.

Prezes NRL Maciej Hamankiewicz zapytał zebranych, czy są uwagi do projektu apelu.

Kol. Jacek Kozakiewicz stwierdził, że w apelu powinny zostać zawarte postulaty, które zostały sformułowane w piśmie z 21 postulatami do Ministra Zdrowia, gdyż podnoszone są przez samorząd lekarski od wielu lat i są przedmiotem uchwał Krajowego Zjazdu Lekarzy, tak jak te dotyczące zniesienia limitów, punktów edukacyjnych i możliwości odliczania kosztów szkolenia od przychodu. Wyraził zdanie, że pominięcie tych dwóch elementów w apelu osłabiałoby ten dokument. Ponadto zaproponował zmiany redakcyjne w zdaniu drugim apelu polegające na zapisaniu w miejsce „kształcenia specjalizacyjnego” sformułowania „kształcenie podyplomowe” oraz w pkt 1 zmianę w zdaniu drugim na sformułowanie „rada podobnie jak inne organizacje lekarskie oraz środowiska uniwersyteckie”.

Sekretarz NRL Konstanty Radziwiłł poprosił o doprecyzowanie, co będzie przedmiotem głosowania i zaproponował dodanie punktu 12. dotyczącego ustawicznego doskonalenia zawodowego, w brzmieniu, że Naczelna Rada Lekarska ponownie zwraca się o zniesienie limitów wewnętrznych przy zbieraniu punktów edukacyjnych i o możliwość odliczenia od kosztów uzyskania przychodu wszystkich kosztów doskonalenia zawodowego.

Mec. Michał Kozik zaproponował, żeby dodawany punkt umieścić pomiędzy punktami 10 i 11.

Kol. Jerzy Kruszewski dodał słowem wyjaśnienia, że przyczyną, dla której w tekście apelu zostało użyte sformułowanie „środowiska lekarskie” a nie „akademickie”, jest to, że główne wsparcie pochodziło ze strony towarzystw medycznych.

Sekretarz NRL Konstanty Radziwiłł doprecyzował, że w związku z uwagami, zapis brzmi „rada podobnie jak towarzystwa naukowe oraz inne organizacje lekarskie i środowiska uniwersyteckie”.

Naczelna Rada Lekarska jednogłośnie przyjęła apel w sprawie przywrócenia stażu podyplomowego oraz poprawy warunków realizacji kształcenia przed- i podyplomowego lekarzy i lekarzy dentyistów.

Ad pkt 3.7

Naczelna Rada Lekarska rozpatrzyła na wniosek Komisji Stomatologicznej NRL projekt stanowiska Naczelnej Rady Lekarskiej w sprawie zmiany ustawy o działalności leczniczej (dot. kwalifikacji kierownika podmiotu leczniczego) – druk nr [NRL/06.15/10] – załącznik nr 11

Wiceprezes NRL Agnieszka Ruchała-Tyszler zreferowała temat, podkreślając że jest to stanowisko, które po raz kolejny wraca pod obrady Rady. Poinformowała, że 13 czerwca br. odbyło się posiedzenie Komisji Stomatologicznej, która poparła przedstawiony projekt nowelizacji ustawy o działalności leczniczej. Zdaniem Komisji Stomatologicznej powinny zostać określone wymagania niezbędne do pełnienia funkcji kierownika podmiotu leczniczego będącego przedsiębiorcą. Wymagania zostały określone w ostatnim akapicie projektowanego stanowiska, a mianowicie że kierownik powinien mieć prawo wykonywania zawodu, odpowiednio lekarza albo

lekarza dentystry, i minimum 5-letnie doświadczenie w wykonywaniu jednego z tych zawodów lub tytuł specjalisty. Podkreśliła, że regulacja miałaby dotyczyć zarówno lekarzy jak i lekarzy dentystrów.

Sekretarz NRL Konstanty Radziwiłł podkreślił, że jest to projekt, nad którym w kolejnych wersjach Rada dyskutuje kolejny raz. Wyraził głęboki sprzeciw przyjęciu zasady, że lekarz, który kończy studia nie może być kierownikiem i podkreślił, że jeśli chodzi o medycynę nie widzi żadnego uzasadnienia dla tej zasady. Argumentował, że młodzi ludzie często kończą dodatkowe studia z zarządzania. Przypomniał, że wprawdzie w ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentystry w art. 2 kierowanie zakładem opieki zdrowotnej przedstawione jest jako wykonywanie zawodu, ale samorząd był od początku fundamentalnie przeciwny uznaniu tego za wykonywanie zawodu. W związku z tym niekonsekwencją byłoby stwierdzenie, że lekarz przez te 5 lat nabywa szczególnych kompetencji do kierowania. Dodał, że jego zdaniem, ich nie nabywa. Zaproponował, by rozwiązanie dotyczyło tylko lekarzy dentystrów.

Kol. Andrzej Cisło odpowiedział, że pomysł ograniczenia przepisu do stomatologów nie jest możliwy do zrealizowania. Argumentował, że pod rządami ustawy o zakładach opieki zdrowotnej powoływano kierowników w stosunku do jednostek organizacyjnych, a obecnie kierowników powołuje się w stosunku do całych podmiotów, w którym może być jednocześnie komórka internistyczna i stomatologiczna. Podkreślił, że Komisja Stomatologiczna postuluje wprowadzenie cesury, która kiedyś funkcjonowała i zaapelował o przyjęcie stanowiska.

Kol. Jacek Kozakiewicz zwrócił uwagę, że kierownik pełni nie tylko czynności menedżerskie, ale przede wszystkim musi posiadać merytoryczne przygotowanie i pełnić nadzór merytoryczny. Skoro Rada przyjęła apel w sprawie stażu podyplomowego, uzasadniając że po zlikwidowaniu stażu lekarz nie jest należycie przygotowany do samodzielnego wykonywania zawodu, to w tym stanowisku jest to uwzględnione. Podkreślił znaczenie nadzoru merytorycznego a nie zarządczego.

Wiceprezes NRL Romuald Krajewski poprosił o komentarz Zespół Radców Prawnych NRL.

Mec. Wojciech Idaszak wyraził opinię, że nie jest możliwe rozdzielenie regulacji, w ten sposób, aby dotyczyła tylko jednego z zawodów. Wskazał, że są podmioty

lecnicze, które wykonują działalność zarówno lekarską jak i lekarsko-dentystyczną, w których jest ustanowiony jeden kierownik.

Sekretarz NRL Konstanty Radziwiłł oświadczył, że jest przeciwny przyjęciu tego stanowiska, jako ograniczającego możliwości pracy młodym ludziom.

Kol. Andrzej Cisło odczytał art. 24 ustawy o działalności leczniczej, wskazując, że można z niego wyprowadzić katalog kompetencji kierownika podmiotu leczniczego, które są atrybutami lekarskimi.

Wiceprezes NRL Agnieszka Ruchała-Tyszler zwróciła uwagę, że stanowisko zawiera dwie części – pierwsza odnosi się do wprowadzenia wymaga do pełnienia funkcji kierownika, druga dotyczy określenia tych wymagań i można rozważyć, jakie one mają być. Dodała, że zagadnienie dotyczy również lekarzy, gdyż otwierane są gabinety np. dermatologiczne, gdzie właścicielem nie jest lekarz, a wykonawcą świadczeń są lekarze.

Naczelna Rada Lekarska większością głosów (18 – za, 15 – przeciwnych, 8 – wstrzymujących się) przyjęła stanowisko w sprawie zmiany ustawy o działalności leczniczej.

Ad pkt 3.8

Naczelna Rada Lekarska rozpatrzyła projekt uchwały Naczelnej Rady Lekarskiej w sprawie upoważnienia do podpisania umowy o udzielenie pożyczki Polskiemu Towarzystwu Stomatologicznemu – druk nr [NRL/06.15/14], [NRL/06.15/14A], [NRL/06.15/14B] – załącznik nr 12, załącznik nr 13, załącznik nr 14

Prezes NRL Maciej Hamankiewicz przywołał pisma Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego z 26 stycznia i 16 maja br. w sprawie udzielenia pożyczki. Wyjaśnił, że projekt uchwały Naczelnej Rady Lekarskiej zawiera propozycję udzielenia pożyczki Polskiemu Towarzystwu Stomatologicznemu do kwoty 1 mln zł na określonych w uchwale zasadach. Poprosił Skarbnika NRL o wskazanie propozycji wysokości oprocentowania, jakie zostanie wpisane w par. 1 pkt 4 uchwały.

Skarbnik NRL Wojciech Marquardt odpowiedział, że należy wpisać „WIBOR trzymiesięczny”, uzupełnienie jest po plusie – 2 punkty procentowe, czyli oprocentowanie w dzisiejszych warunkach wyniosłoby 3,7 proc.

Kol. Stefan Bednarz poprosił o wyjaśnienie tematu udzielania pożyczki, i wyraził zaniepokojenie, czy nie zostanie stworzony precedens dla występowania o pożyczkę również przez inne towarzystwa.

Prezes NRL Maciej Hamankiewicz odpowiedział, że sprawa związana jest z organizacją w Poznaniu znaczącego międzynarodowego wydarzenia stomatologicznego. Warunkiem jest aby organizator, czyli Polskie Towarzystwo Stomatologiczne, wykazało się możliwością wstępnego poniesienia kosztów. Zaznaczył, że pożyczka jest odpowiedzią na prośbę środowiska oraz pozytywne opinie Komisji Stomatologicznej i Komisji Finansowej żeby na krótki okres wspomóc PTS na zasadzie lokaty pieniędzy z wyższym procentem niż obecny procent na lokacie w banku.

Kol. Andrzej Cisło poprosił o wyjaśnienie, kto zdecydował o tym, że samorząd lekarski zrezygnował ze statusu współorganizatora tego światowego kongresu.

Prezes NRL Maciej Hamankiewicz odpowiedział, że kongres ma charakter naukowy i do tej pory samorząd lekarski nie organizował konferencji naukowych. Po drugie, Prezydent PTS prof. Loster informował na bieżąco Izbę o działaniach prowadzonych w sprawie organizacji kongresu. Ponadto z wypowiedzi Prezydenta Loster wynika, że jeśli pojawi się zysk, Izba będzie w nim uczestniczyć w stosownym udziale (czyli do miliona zł). Podkreślił, że pieniądze są pożyczane pod zastaw konkretnych wartości materialnych.

Wiceprezes NRL Agnieszka Ruchała-Tyszler powiedziała, że wątpliwości co do udzielenia zabezpieczenia zostały rozwiane podczas posiedzenia Komisji Stomatologicznej 13 czerwca br., na którym był obecny Prezydent Loster. Kongresy FDI odbywają się w różnych miejscach na świecie i uczestniczą w nich przedstawiciele Izby. Jest to ogromne wydarzenie naukowe ale i ogromna promocja kraju i stomatologii na świecie. Komisja Stomatologiczna poprosiła o możliwość organizacji otwartego posiedzenia Komisji podczas kongresu. Podkreśliła, że samorząd lekarski powinien mieć wkład w to wydarzenie i dodała, że w organizację

włączyła się firma Exactus i Międzynarodowe Targi Poznańskie. Poprosiła o poparcie dla udzielenia pożyczki Polskiemu Towarzystwu Stomatologicznemu.

Kol. Leszek Dudziński dodał, że kwestia udziału Naczelnej Rady Lekarskiej jest już poza dyskusją. Komisja Finansowo-Budżetowa opowiedziała się za udzieleniem pożyczki przy właściwym jej zabezpieczeniu. Warunki oprocentowania powinny być wyższe niż lokata ale niższe niż kredyt, gdyż jest koleżeńska pożyczka.

Odbyło się głosowanie.

Naczelna Rada Lekarska przyjęła uchwałę przy dwóch głosach wstrzymujących się.

Ad pkt 3.9

Naczelna Rada Lekarska rozpatrzyła projekt uchwały Naczelnej Rady Lekarskiej zmieniającej uchwałę w sprawie terminów posiedzeń Naczelnej Rady Lekarskiej w roku 2015 – druk nr [NRL/06.15/15] – załącznik nr 15

Prezes NRL Maciej Hamankiewicz poinformował, że wpłynęły prośby o zmianę terminu posiedzenia Rady z 16 października na 23 października br. ze względu na kolizje terminów z innymi wydarzeniami.

Odbyło się głosowanie.

Naczelna Rada Lekarska nie przyjęła uchwały zmieniającej uchwałę w sprawie terminów posiedzeń Naczelnej Rady Lekarskiej.

Ad pkt 4

Naczelna Rada Lekarska przeszła do omówienia spraw legislacyjnych.

Ad pkt 4.1

Naczelna Rada Lekarska rozpatrzyła projekt uchwały Naczelnej Rady Lekarskiej w sprawie przyjęcia projektu ustawy o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry (projekt przygotowany wspólnie przez Komisję Legislacyjną i Komisję Organizacyjną NRL – dot. 5-letniej przerwy w wykonywaniu zawodu) – druk nr [NRL/06.15/08"] – załącznik nr 16

Wiceprezes NRL Romuald Krajewski poprosił Komisję Legislacyjną o omówienie projektowanej uchwały.

Kol. Marek Jodłowski, Przewodniczący Komisji Legislacyjnej poinformował, że projekt jest *de facto* wykonaniem zaleceń Rzecznika Praw Obywatelskich, żeby określić przerwę w wykonywaniu zawodu lekarza w ustawie, a nie w wewnętrznych uregulowaniach. Dodał, że ze strony Izb okręgowych napłynęło kilka drobnych uwag, w związku z czym zmian jest niewiele.

Wiceprezes NRL Romuald Krajewski otworzył dyskusję.

Kol. Grzegorz Mazur zgłosił poprawkę do art. 10 ust. 5, polegającą na usunięciu wyrazu „sporadycznym” z fragmentu: „wykonywanie czynności zawodowych, o których mowa w art. 2 w sporadycznym lub w znikomym wymiarze lub zakresie”, gdyż kryje się ono już w określeniu „w znikomym wymiarze lub zakresie”.

Kol. Jolanta Wierzbicka zgłosiła dwie poprawki. Argumentowała, że w ust. 3 artykułu 2 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, który otrzymuje nowe brzmienie, jej zdaniem, wyeliminowana zostaje grupa lekarzy, która chce pracować na innym gruncie, ale wspiera jakość i komfort pracy lekarzy wykonujących zawód – kierujących podmiotami leczniczymi pracowników NFZ, co może skutkować tym, że zupełnie wyeliminowani zostaną lekarze, którzy chcą pracować a muszą wspierać osoby decydujące np. o standardach, o sposobie wyceny świadczeń i wyceny punktowej. Zaproponowała rozszerzenie zapisu o „zatrudnionych w podmiotach zobowiązanych do określania zasad finansowania świadczeń”. Dodała, że nie chodzi tylko o NFZ, ale i o Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, gdzie dokonywane są wyceny procedur.

Natomiast w odniesieniu do ustawowego zapisu o uznawaniu za wykonywanie zawodu lekarza prowadzenia przez lekarzy i lekarzy dentystów prac badawczych, zaproponowała zmianę sformułowania „promocja zdrowia” na „działania w zakresie promocji zdrowia i profilaktyki zdrowotnej”, aby uznać za wykonujących zawód tę grupę lekarzy, która uczestniczy np. w opracowywaniu programów zdrowotnych i programów polityki zdrowotnej. Zaproponowała dodanie do uzasadnienia zdania „uznaje się tym osobom, które swoją pracą poprawiają jakość i komfort pracy lekarzy poprzez wpływanie i dostarczanie wiedzy medycznej decydentom”.

Sekretarz NRL Konstanty Radziwiłł pogratulował Komisjom Legislacyjnej i Organizacyjnej projektu i wyraził zdanie, że uchwała powinna zostać przyjęta bez zastrzeżeń. Jednocześnie dodał, że jest w głębokiej opozycji do ostatniego głosu, bowiem – jak przypomniał – przepis zawarty w art. 2 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry nie jest przepisem korporacyjnym, tylko przepisem dla pacjentów i ich bezpieczeństwa. I temu służy idea przerwy w wykonywaniu zawodu. Podkreślił, że pacjent ma prawo oczekiwać ze lekarz, który się nim zajmuje ma bieżące doświadczenie. Podsumował, że rozwiązanie zaproponowane przez Komisje jest prawidłowe.

Kol. Jerzy Friediger powiedział, że nowelizacja ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry, którą kilka lat temu rozszerzono zakres czynności zaliczanych do wykonywania zawodu, była reakcją na to, że pracownikom Funduszu zabroniono wykonywania indywidualnej praktyki i zamiast zmienić ten przepis, zmieniono inny. Dodał, że wobec tego nie widzi powodów, żeby rozszerzać omawiany przepis, bo to nie on powinien być zmieniony.

Kol. Marek Jodłowski odnosząc się do propozycji poprawki, polegającej na usunięciu określenia „sporadycznym” wyjaśnił, że dotyczy ono czasu w sensie interwałów. Dodał, że lekarz musi udzielać świadczeń w zakresie szerszym niż tylko jedna czynność. Wykonywanie zawodu lekarza to przede wszystkim praca z pacjentem, ale nie można wykreślić lekarzy, którzy uczą innych lekarzy tj. wykładowców i naukowców, którzy popychają medycynę do przodu, stąd też w ustawie zapis o pracach badawczych.

Wiceprezes NRL Agnieszka Ruchała-Tyszler w nawiązaniu do wypowiedzi kol. Jerzego Friedigera powiedziała, że pracownicy NFZ mogą prowadzić działalność gospodarczą w postaci praktyk zawodowych po uzyskaniu uprzedniej zgody Prezesa Centrali NFZ. Dodała, że przekonują ją argumenty kol. Jolanty Wierzbickiej, które rozumie w szerokim zakresie zdrowia publicznego.

Kol. Jolanta Wierzbicka dodała, że ust. 3 art. 2 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry dotyczy specjalnej grupy lekarzy, którzy wspierają system wiedzą merytoryczną.

Kol. Ładysław Nekanda-Trepka powiedział, że przepis odnosi się nie do kwestii zatrudnienia a do zadań, jakie lekarz wykonuje. Dodał, że jest przeciwny zmianom w tym artykule.

Kol. Marek Jodłowski dodał, że zapis ten powstał z myślą o pracownikach NFZ, którzy przeprowadzają kontrole w szpitalach w zakresie prawidłowości procesu leczniczego, co mieści się w definicji „wykonywania zawodu”.

Kol. Jerzy Friediger podsumował, że zapis wyczerpuje to, co powinno być istotą wykonywania zawodu lekarza.

Kol. Jolanta Wierzbicka skomentowała, że w takim kontekście lekarz, który pracuje np. 8 lat w NFZ i kontroluje wyłącznie dokumentację medyczną też nie ma kontaktu z pacjentem.

Kol. Jacek Kozakiewicz odpowiedział, że Narodowy Fundusz Zdrowia nie ma uprawnień do kontroli merytorycznej procesu terapeutycznego i diagnostycznego, a kontrole NFZ mogą dotyczyć wyłącznie zgodności z zawartą umową i zgodności formalno-finansowej.

Wiceprezes NRL Romuald Krajewski zapytał zgłaszających poprawki, czy je podtrzymują.

Kol. Grzegorz Mazur oświadczył, że po uzyskanych wyjaśnieniach wycofuje poprawkę.

Kol. Jolanta Wierzbicka oświadczyła, że podtrzymuje obie zgłoszone propozycje poprawek.

Za przyjęciem pierwszej poprawki oddano 5 głosów, 17 było przeciwko, przy 4 głosach wstrzymujących się. Poprawka nie została przyjęta.

Za przyjęciem drugiej poprawki oddano 2 głosy, większość była przeciwko, przy 2 głosach wstrzymujących się. Poprawka nie została przyjęta.

O odbyło się głosowanie nad całym projektem uchwały.

Naczelna Rada Lekarska większością głosów (przy 1 przeciwnym i 1 wstrzymującym się) przyjęła stanowisko w sprawie zmiany ustawy o działalności leczniczej.

Ad pkt 4.2

Naczelna Rada Lekarska rozpatrzyła projekt stanowiska Naczelnej Rady Lekarskiej w sprawie rządowego projektu ustawy o świadczeniach rodzinnych oraz niektórych innych ustaw – druk nr [NRL/06.15/16] – załącznik nr 17

Wiceprezes NRL Romuald Krajewski powiedział, że jest propozycja żeby nie zgłaszać uwag do projektu ustawy i zwrócił się do Zespołu Radców Prawnych z pytaniem, czy wpłynęły uwagi do projektu.

Mec. Anna Miszczak odpowiedziała, że uwagi zgłosiła Dolnośląska Izba Lekarska, natomiast uwagi te były wynikiem nieporozumienia i dlatego nie zostały uwzględnione.

Wiceprezes NRL Romuald Krajewski powiedział, że jest propozycja żeby w braku sprzeciwu nie zgłaszać uwag do projektu ustawy.

Nikt nie zgłosił sprzeciwu.

Naczelna Rada Lekarska nie zajęła stanowiska w sprawie rządowego projektu ustawy o świadczeniach rodzinnych oraz niektórych innych ustaw.

Ad pkt 5

Sprawozdanie z działalności Prezesa NRL, Przewodniczącego NSL, Przewodniczącego NKR, przewodniczących komisji i zespołów oraz członków Naczelnej Rady Lekarskiej w okresie od 10 kwietnia do 26 czerwca 2015 r. – druk nr [NRL/06.15/03], [NRL/06.15/03A], [NRL/06.15/03B], [NRL/06.15/03C1], [NRL/06.15/03C2], [NRL/06.15/03D1], [NRL/06.15/03D2], [NRL/06.15/03E] – załącznik nr 18, załącznik nr 19, załącznik nr 20, załącznik nr 21, załącznik nr 22, załącznik nr 23, załącznik nr 24, załącznik nr 25

Wiceprezes NRL Romuald Krajewski powiedział, że sprawozdania z działalności zostały dostarczone i zapytał, czy ktoś chce zabrać głos.

Kol. Grzegorz Mazur powiedział, że członkom Naczelnej Rady przedstawione zostały materiały Konwentu, które są wynikiem prawie rocznej pracy zespołu roboczego do spraw ochrony wizerunku zawodu.

Stwierdził, że dyskusja dotycząca wizerunku trwa w samorządzie od wielu lat, natomiast w środowisku jest oczekiwanie, by samorząd stawił czoło wyzwaniom związanym z wizerunkiem lekarzy, kreowanym w mediach. Poinformował, że wnioskiem płynącym z pracy zespołu, jest potrzeba wypracowania wspólnej polityki informacyjnej i mechanizmów reagowania medialnego. Wskazał na potrzebę realizacji takich zadań, jak: - koordynacja przepływu informacji między okręgowymi izbami a Naczelną Izbą Lekarską, - stała analiza i monitoring publikacji i informacji, które dotyczą wykonywania zawodu lekarza, - wypracowanie wspólnych stanowisk na bazie pomocy eksperckiej i przede wszystkim komisji Naczelnej Rady Lekarskiej. Dodał, że w pierwszej kolejności należy wykorzystać Biuro Rzecznika Prasowego NIL jako ośrodka koordynującego oraz stworzyć grupy osób do kontaktu z mediami. Wyraził opinię, że to może poprawić odbiór medialny spraw związanych z zawodem lekarza. Wskazał, że niezwykle istotne jest powołanie w okręgowych izbach rzeczników prasowych bądź asystentów prasowych, ożywienie strony internetowej, pozyskanie do współpracy środowisk pacjentów, stworzenie pewnych algorytmów zachowań w sytuacjach kryzysowych. Zapowiedział że podsumowanie dyskusji jest zawarte w prezentacji, którą przedstawi kol. Roman Budziński.

Kol. Roman Budziński wyjaśnił, że prezentacja stanowi podsumowanie niemal rocznej dyskusji, która odbyła się w ramach Konwentu i różnych gremiów samorządu lekarskiego oraz konferencji w Gdańsku, której jedna z sesji była poświęcona mediom w samorządzie lekarskim. Wskazał, że w odniesieniu do działań medialnych samorządu brakuje takich elementów, jak m.in. numery interwencyjne, zasady współdziałania, a zaplecze eksperckie jest ograniczone w zasadzie do prawników. Współdziałanie zauważalne jest natomiast w zakresie monitoringu aktów prawnych i pomocy eksperckiej prawników przy opiniowaniu aktów prawnych. Dodał, że zbyt mało jest problemowych zespołów roboczych lekarsko-eksperskich, w wielu wypadkach zawodzi komunikacja wewnętrzna, pomimo zasług Ośrodka Studiów i Analiz, zbyt mało jest opracowanych danych statystycznych dotyczących lekarzy. Izby Lekarskie powinny objąć lekarzy pomocą prawną w aferze, i udzielać mediom adekwatnej, szybkiej odpowiedzi, dostarczać dobrze przygotowanych informacji,

polemik czy sprostowań. Podsumował, że takie są oczekiwania lekarzy, a wymienione działania mogą poprawić wizerunek stanu lekarskiego.

Kol. Jerzy Friediger stwierdził, że nie ulega wątpliwości, że działania NRL w zakresie polityki informacyjnej są niewystarczające i zaproponował, żeby na najbliższe posiedzenie Rady wprowadzić punkt, żeby zespół przygotował propozycje konkretnych działań i projekt uchwały Naczelnej Rady Lekarskiej w tej sprawie.

Wiceprezes NRL Romuald Krajewski podsumował, że wszyscy są zgodni, że to jest ważna kwestia i należy przygotować konkretne propozycje, nad którymi będzie można się zastanawiać.

Ad pkt 6

Naczelna Rada Lekarska przeszła do omawiania aktualnej sytuacji w ochronie zdrowia.

Kol. Andrzej Matyja nawiązując do spotkania z Ministrem Zdrowia, powiedział, że dokonał porównania wyceny procedur medycznych, chirurgicznych, urologicznych i kardiologicznych w stosunku do wyceny procedur amerykańskich, z których wynika, że procedury urologiczne i chirurgiczne stanowią średnio 20-25 proc. wyceny procedury amerykańskiej, podczas gdy procedury kardiologiczne to prawie 100 proc. Podkreślił, że o tej różnicy i braku realnej wyceny należy głośno mówić. Dodał, że od lat pisze pisma do Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji żeby wykreślono nonsensy, które tam są zawarte, takie jak laserowe usunięcie pęcherzyka żółciowego. Podsumował, że nie są potrzebne pakiety, tylko właściwa wycena świadczeń.

Kol. Dariusz Hankiewicz zaproponował, by zrobić krok wyprzedzający w związku z jesiennymi wyborami parlamentarnymi i przygotować konkretny program dotyczący postulatów podnoszonych od lat, takich jak wycena procedur medycznych, by mieć taki projekt gotowy na pierwszy dzień pracy nowego ministra zdrowia jesienią tego roku.

Kol. Leszek Dudziński złożył formalny wniosek o zamknięcie dyskusji nad aktualną sytuacją w ochronie zdrowia.

Wiceprezes NRL Romuald Krajewski w braku sprzeciwu zamknął dyskusję i zaproponował przejście do kolejnego punktu obrad tj. rozpatrzenia ewentualnych poprawek do protokołu z 8/VII posiedzenia NRL, które odbyło się w dniu 10 kwietnia 2015 roku – druk nr [NRL/06.15/02] – załącznik nr 26.

Ad pkt 7

Sekretarz NRL Konstanty Radziwiłł poinformował, że nie wpłynęły żadne poprawki do protokołu.

Naczelna Rada Lekarska przyjęła protokół z 8/VII posiedzenia Naczelnej Rady Lekarskiej, które odbyło się w dniu 10 kwietnia 2015 r.

Ad pkt 8

Nie zgłoszono wolnych wniosków.

Wiceprezes NRL Romuald Krajewski wobec wyczerpania porządku obrad, zakończył posiedzenie Naczelnej Rady Lekarskiej.

Prezes

Maciej Hamankiewicz

Sekretarz

Konstanty Radziwiłł

Załączniki – 26, w tym lista obecności

Protokół sporządziła: Wioletta Witkowska