

Sprawozdanie z
19. Sympozjum Izb Lekarskich
Państw Europy Środkowej i Wschodniej

Zagrzeb, 27 – 29 września 2012 roku

Sympozjum Izb Lekarskich Państw Europy Środkowej i Wschodniej jest corocznym spotkaniem przedstawicieli samorządów lekarskich z regionu. Każdego roku Sympozjum organizuje samorząd z innego państwa. 1. Sympozjum odbyło się w roku 1994. Naczelna Izba Lekarska była organizatorem Sympozjum dwa razy – w roku 2011 Sympozjum odbyło się w Warszawie, a w ubiegłym roku w Krakowie. Sympozjum nie ma charakteru zorganizowanej struktury, udział w poszczególnych edycjach jest dobrowolny, zaproszenia są kierowane jedynie do przedstawicieli izb lekarskich – wyjątkowo do przedstawicieli organizacji lekarskich z państw, w których prowadzone są działania na rzecz utworzenia samorządu lekarskiego. Sympozjum tradycyjnie odbywa się w formie dwudniowych spotkań, podczas których przedstawiciele izb lekarskich przedstawiają raporty nt. swej organizacji i jej działalności w okresie mijającego roku oraz omawiają zagadnienia istotne dla zawodu lekarza. Podczas kolejnych Sympozjów przedstawiciele izb lekarskich opracowali i przyjęli kilka istotnych dokumentów podkreślających znaczenie i rolę, jaką samorzady lekarskie pełnią w demokratycznym państwie.

W dniach 27 – 29 września 2012 r. w Zagrzebiu odbyło się 19. Sympozjum Izb Lekarskich Państw Europy Środkowej i Wschodniej (potocznie zwane „ZEVA”), którego organizatorem była Chorwacka Izba Lekarska.

W tegorocznym Sympozjum oprócz przedstawicieli polskiego samorządu lekarskiego udział wzięli przedstawiciele izb lekarskich z 12 państw: Albanii, Austrii, Bośni i Hercegowiny (Federalna Izba Lekarska i Izba Lekarska Republiki Serbskiej), Chorwacji, Czech, Macedonii, Niemiec, Rumunii, Serbii i Węgier. Ponownie, podobnie jak rok temu w Krakowie, liczba delegatów i reprezentowanych izb lekarskich była wyższa niż w latach wcześniejszych, co świadczy o wadze, jaką samorzady lekarskie z tego regionu przywiązują do pogłębiania współpracy. Jest to zwłaszcza widoczne w odniesieniu do samorządów lekarskich, które powstały niedawno i nadal tworzą swe struktury oraz rozwijają działalność (np. państwa byłej Jugosławii).

Naczelną Izbę Lekarską reprezentowali w Zagrzebiu dr Klaudiusz Komor, członek Naczelnej Rady Lekarskiej, przewodniczący Zespołu ds. Współpracy Międzynarodowej NRL, oraz r. pr. Marek Szewczyński z biura NIL.

W czwartek, 27 września 2012 r., uczestnicy Sympozjum tradycyjnie zebrali się wieczorem na krótkim spotkaniu powitalnym, które było okazją do nieformalnej rozmowy, wymiany poglądów, a także zapoznania się z niektórymi osobami.

Spotkania robocze w dniach 28 – 29 września podzielone były na trzy sesje tematyczne:

- otwarcie sympozjum i raporty krajowe,
- mediacje i arbitraż jako alternatywne sposoby rozwiązywania sporów,
- ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej lekarzy.

W piątek, 28 września 2012 r., Sympozjum oficjalnie otworzył witając zebranych w imieniu Chorwackiej Izby Lekarskiej jej Prezes, dr Hrvoje Minigo. Przypomniął, że Sympozjum odbywa się w Zagrzebiu po raz drugi – poprzednio miało to miejsce w roku 1997. Dodał, że jego zdaniem Sympozjum nadal – po niemal dwudziestu latach od pierwszego spotkania – bardzo dobrze służy pogłębianiu współpracy pomiędzy izbami lekarskimi w Środkowej i Wschodniej Europie, wymianie doświadczeń oraz wspólnemu podkreśleniu roli samorządu lekarskiego.

W imieniu Ministra Zdrowia Chorwacji zebranych powitał Wiceminister, dr Marijan Cesarik. Podkreślił m.in., że Ministerstwo Zdrowia jest świadome roli pełnionej przez Chorwacką Izbę Lekarską – jak wskazał, inne samorządy zawodowe naśladują i korzystają z doświadczeń samorządu lekarskiego.

We wstępnej prezentacji dr Minigo przedstawił historię i działalność samorządu lekarskiego w Chorwacji. Izby lekarskie na terenie dzisiejszej Chorwacji powstały na mocy ustawy z roku 1891, podpisanej przez cesarza Austro-Węgier Franciszka Józefa. W 1902 r. w Splicie powstała izba dla lekarzy dla Dalmacji, w której językiem urzędowym był chorwacki. Po II wojnie światowej samorząd lekarski został w Jugosławii rozwiązany. Po uzyskaniu przez Chorwację niepodległości podjęto działania w celu utworzenia samorządu lekarskiego, który powstał ostatecznie na podstawie ustawy z roku 1995. Obecnie Chorwacka Izba Lekarska liczy ok. 18 400 członków i posiada szereg kompetencji określonych prawem.

W dalszej części spotkania przedstawiciele poszczególnych izb przedstawiali raporty krajowe, prezentujące izby i ich działalność z ostatniego roku. Raporty dotyczyły różnego rodzaju spraw, niektóre skupiały się na przedstawieniu struktury i zadań izb, a inne poświęcone były najbardziej istotnym wydarzeniom w danym państwie.

Dr Danica Rotar Pavlič ze Słowenii skupiła się w swym wystąpieniu na omówieniu działalności komisji prawno-etycznej funkcjonującej w Słoweńskiej Izbie Lekarskiej. Komisja zajmuje się kwestiami związanymi z etyką lekarską, a także pełni rolę organu rozstrzygającego w sprawach skarg na indywidualnych lekarzy. Jak wskazała dr Pavlič najwięcej skarg dotyczy działalności lekarzy pierwszego kontaktu oraz stomatologów. Ogółem liczba skarg w latach 2008 – 2011 wyniosła 195. Ponadto dr Pavlič zwróciła uwagę na problemy związane z reklamowaniem usług zdrowotnych w

Słowenii – zgodnie z obowiązującym w Słowenii kodeksem etyki lekarskiej wszelkie bezpośrednie i pośrednie reklamowanie się lekarzy oraz udział w reklamach jest zabroniony. Jednakże zakaz ten jest często naruszany przez zagranicznych lekarzy, którzy nie podlegają przepisom słoweńskim, oraz zagraniczne podmioty lecznicze (np. reklama usług zdrowotnych w państwach graniczących ze Słowenią).

Dr Fatmir Brahimaj omówił założenia reformy ochrony zdrowia w Albanii, szczególnie jej decentralizację i rozwijanie kadr zarządzających podmiotami leczniczymi. Albańska Izba Lekarska współpracuje z Ministerstwem Zdrowia przy wdrażaniu reform.

Bośnię i Hercegowinę reprezentowali na sympozjum przedstawiciele dwóch izb: nowo utworzonej Federalnej Izby Lekarskiej oraz Izby Lekarskiej Republiki Serbskiej. Dr Harun Drljevic, Prezes Izby Federalnej, poinformował, że została ona utworzona w Zenicy w dniu 14 stycznia br., co stanowiło zwieńczenie długich negocjacji i przygotowań. Izbę Federalną utworzyły izby lekarskie z 6 kantonów Federacji BiH, następnie dołączyły dwie dalsze izby (Federacja BiH składa się z 10 kantonów). Obecnie więc Izba Federalna zrzesza większość izb lekarskich funkcjonujących w Federacji BiH. Szczególnie gorąco dr Drljevic dziękował za pomoc przy tworzeniu Izby Federalnej przedstawicielom niemieckiego samorządu lekarskiego.

Oprócz budowy struktur Izby Federalnej i działalności na poziomie Federacji BiH, za główny cel dr Drljevic uważa utworzenie ogólnokrajowej Izby Lekarskiej obejmującej cały kraj, tj. Federację BiH oraz Republikę Serbską (w której działa jedna odrębna izba lekarska). Nowopowstała Izba Federalna powinna być jedynie instytucją przejściową. Negocjacje w tej sprawie są prowadzone i obie strony wykazują wolę współpracy. Dr Drljevic podkreślił, że podstawowym problemem w jego państwie są aktualnie podziały narodowościowe, które odzwierciedlają się we wszystkich sferach życia, także w zakresie ochrony zdrowia. Wyraził opinię, że podziały narodowościowe bądź religijne nie powinny się przejawiać wśród lekarzy i wpływać na ich pracę. Główną zasadą, którą powinni się kierować lekarze w całym państwie, jest służenie pacjentom oraz zaangażowanie w sprawy zawodu.

Reprezentujący Izbę Lekarską Republiki Serbskiej dr Dejan Bokonjić także wyraził nadzieję, że dojdzie wkrótce do utworzenia ogólnokrajowej izby Bośni i Hercegowiny. Wkrótce będą podjęte negocjacje w tej sprawie. Poinformował, że Izba Republiki Serbskiej powstała w roku 2001, początkowo zrzeszała lekarzy, lekarzy dentystów oraz farmaceutów, następnie zawody te się rozdzieliły.

Dr Reiner Brettenthaler z Austrii przedstawił 2 główne zagadnienia w zakresie zmian w ochronie zdrowia, które są w tej chwili przedmiotem rozmów rządu i izb lekarskich. Chodzi m.in. o tzw. ELGA (elektronische Gesundheitsakte), czyli system elektronicznej dokumentacji medycznej. Samorząd lekarski domaga się, aby władze jasno wskazały, kto poniesie koszty związane z utworzeniem i utrzymaniem tego systemu. Ponadto dr Brettenthaler odniósł się do przeprowadzonej analizy nt. kadry lekarskiej w Austrii – w niektórych specjalnościach jest nadmiar lekarzy, podczas gdy w innych ich brakuje.

Dr Zdenek Mrozek z Czech informował m.in. o zmianach w zakresie doskonalenia zawodowego w Czechach, mających ułatwić jego uznawalność w innych państwach (wspomniał przy tym o będących na końcowym etapie pracach nad umową z NIL i Słowacką Izłą Lekarską). Czeski samorząd lekarski skierował niedawno wniosek do Trybunału Konstytucyjnego w sprawie nowej ustawy o świadczeniach zdrowotnych, która nakłada nadmierne kary dla świadczeniodawców za określone naruszenia. W Czechach planowana jest ponadto zmiana sposobu zarządzania szpitalami klinicznymi, które przestaną podlegać szkołom wyższym.

Prezentacja dr. Maxa Kaplana z Niemiec dotyczyła głównie zasad finansowania ochrony zdrowia w Niemczech. Dr Kaplan wskazał m. in., że niemieckie kasy chorych zanotowały w ostatnim okresie bardzo wysokie nadwyżki i toczy się obecnie debata, jak je zagospodarować (np. czy nie obniżyć składek ubezpieczeniowych).

Dr Istvan Eger z Węgier podkreślał, że na Węgrzech ochrona zdrowia nadal niestety nie jest priorytetem dla polityków, a nakłady na ochronę zdrowia wciąż są zbyt niskie. Ponadto pogarsza się sytuacja w zakresie kadr lekarskich – lekarze się starzeją, a także migrują do innych państw, w efekcie zaczyna ich już w kraju brakować.

W imieniu Naczelnej Izby Lekarskiej przedstawiłem raport dotyczący Polski. Na wstępie krótko przedstawiłem organizację i zadania samorządu lekarskiego, a następnie omówiłem najważniejsze wydarzenia w ostatnim okresie, szczególnie skupiając się na kwestii recept i refundacji. Wspomniałem także o Nadzwyczajnym Krajowym Zjeździe Lekarzy, znacznym spadku liczby rezydentur (wyjaśniając, że jest to podstawowa forma odbywania specjalizacji w Polsce), nasilającym się „przechodzeniu” lekarzy z umów o pracę na umowy cywilne.

Dr Gheorghe Borcean z Rumunii poinformował, że poziom migracji lekarzy rumuńskich jest wysoki i zaczyna być to niepokojące. Jednocześnie wskazał, że w Rumunii działa obecnie aż 15 uczelni medycznych i rocznie kierunek lekarski kończy ok. 5 000 absolwentów.

Dr Tatjana Radosavljevic z Serbii przedstawiła najważniejsze zadania Serbskiej Izby Lekarskiej, która powstała w roku 2006 i liczy ok. 30 000 członków. Co ciekawe, wysokość składki członkowskiej na samorząd podlega zatwierdzeniu przez Ministra Zdrowia.

Na zakończenie raportów krajowych dr Minigo podał, że w Chorwacji brakuje obecnie ok. 4 000 lekarzy i staje się to poważnym problemem. Wyjaśnił także, że tematy kolejnych sesji Sympozjum (mediacje oraz ubezpieczenia OC) były szczegółowo omawiane podczas niedawnego zjazdu Chorwackiej Izby Lekarskiej. Kwestie te nadal wymagają na Chorwacji odpowiednich uregulowań prawnych.

Organizatorzy Sympozjum, uważając, że są to zagadnienia, których znaczenie rośnie także w innych państwach, zaproponowali umieszczenie ich w porządku obrad, aby uczestnicy podzielili się swymi doświadczeniami w tym zakresie.

Podczas sesji popołudniowej omawiano kwestie mediacji i arbitrażu jako alternatywnych sposobów rozwiązywania sporów i ich stosowaniu w sprawach

pomiędzy lekarzami a pacjentami.

Wstępem do dyskusji były dwie interesujące prezentacje nt. systemu mediacji w Chorwacji:

- przedstawiciel Chorwackiej Izby Gospodarczej omówił działalność ośrodka mediacji funkcjonującego przy izbie i podstawowe zasady postępowania mediacyjnego; wskazał, że ugoda zawarta przez strony przed mediatorem stanowi tytuł egzekucyjny; wyjaśniał, że zadaniem mediatora jest takie pokierowanie sprawą, aby obie strony czuły się usatysfakcjonowane jej rozwiązaniem i aby w efekcie nie zerwały istniejących już między nimi stosunków (np. współpracy gospodarczej);

- przedstawiciel Chorwackiej Izby Adwokackiej, przedstawiając działalność kierowanego przez niego ośrodka mediacji funkcjonującego przy chorwackiej adwokaturze, podkreślał, że lekarze nie powinni widzieć w prawnikach swych przeciwników; jego zdaniem mediator powinien rozumieć obie strony, a prawnik działający w charakterze mediatora nie powinien analizować stanowisk obu stron pod kątem prawnym, ponieważ to nie pozwoli mu być bezstronnym.

Domen Podnar z Niemieckiej Federalnej Izby Lekarskiej przedstawił działalność komisji arbitrażowych funkcjonujących przy niemieckich izbach lekarskich.

Komisje, które powstały w 1975 r., zajmują się skargami pacjentów na działania lekarzy oraz wynikającymi z tego roszczeniami odszkodowawczymi. W skład komisji wchodzi lekarze prawnicy oraz przedstawiciele pacjentów. Zadaniem komisji jest sporządzenie medyczno-prawnej opinii w danej sprawie i po ewentualnym uznaniu zasadności roszczeń zaproponowanie warunków ugody pomiędzy lekarzem a pacjentem (np. określenie kwoty odszkodowania). Postępowanie przed komisjami jest nieodpłatne dla stron, koszty działalności komisji pokrywają izby lekarskie. W roku 2010 komisje zajmowały się ok. 11 000 spraw, w 75% z nich orzeczona została niezasadność roszczeń. Tylko znikoma ilość spraw jest po orzeczeniu komisji kierowana przez którąś ze stron do dalszego postępowania sądowego.

W trakcie dalszej dyskusji podkreślano m. in., że aby zainteresować pacjentów ewentualnymi mediacjami lub arbitrażem organizowanymi przez izby lekarskie, konieczne byłoby uprzednie zapewnienie społeczeństwa, że mediator w izbie lekarskiej (ew. komisja arbitrażowa) będzie bezstronny.

Po zakończeniu pierwszego dnia obrad Chorwacka Izba Lekarska zaprosiła uczestników Sympozjum do krótkiego zwiedzenia znajdującego się nieopodal miejsca obrad Muzeum Mimara, w którym znajdują się dzieła sztuki podarowana w 1987 r. narodowi chorwackiemu przez kolekcjonera Ante "Mimara" Topica. Kolekcja obejmuje 3 750 różnorodnych prac z całego świata, m.in. obrazy autorstwa, Velasqueza, Rubensa, Rembrandta.

W ostatnim dniu Sympozjum, w sobotę, 29 września, tematem trzeciej sesji obrad były ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej lekarzy.

Dr Egidio Čepulič z Chorwacji poinformował na wstępie, że lekarze w Chorwacji nie

mają obecnie prawnego obowiązku posiadania ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej. Jednakże Chorwacka Izba Lekarska zaleca takie ubezpieczenia (w tej chwili w Chorwacji prowadzone jest ok. 1000 postępowań odszkodowawczych przeciwko lekarzom oraz podmiotom leczniczym). Chorwacka Izba Lekarska podjęła niedawno próbę wynegocjowania z jedną z firm ubezpieczeniowych polis OC dla lekarzy, ale ostatecznie strony nie doszły do porozumienia.

Josip Modaric, prawnik zajmujący się sprawami odszkodowawczymi (zwykle reprezentuje pacjentów, ale czasem także świadczeniodawców), przekazał informacje nt. tego rodzaju spraw i zasad postępowania w Chorwacji. Podkreślił, że roszczenia z tytułu błędów lekarskich to stosunkowo nowa sfera zainteresowania pacjentów, lekarzy oraz prawników. W jego ocenie na razie system ochrony zdrowia nie radzi sobie z tym zagadnieniem. Brak jest adekwatnej, wykształconej praktyki sądowej. Ponadto świadczeniodawcy nie są skłonni do zawierania ugod pozasądowych. Z drugiej natomiast strony, pacjenci mają często wyolbrzymione oczekiwania i występują z nierealistycznymi roszczeniami. Zdaniem mec. Modarica, problemem jest to, że w Chorwacji lekarze nie są zobowiązani do posiadania ubezpieczenia OC, a ponadto ci z nich, którzy mimo wszystko się ubezpieczają, często posiadają ubezpieczenie nie zapewniające właściwej ochrony (głównie są to zbyt niskie sumy ubezpieczenia).

Jak wskazywali uczestnicy w niektórych państwach posiadanie ubezpieczenia odpowiedzialności przez lekarzy oraz innych świadczeniodawców jest obowiązkiem prawnym (np. w Rumunii, Słowenii, Węgier, Austrii).

W Niemczech jest to zaś obowiązek wynikający z zasad etyki lekarskiej, a izby lekarskie nadzorują jego spełnianie. Niemiecki samorząd lekarski popiera przy tym, aby był to także obowiązek wynikający z prawa powszechnego. Oczywiście problemem jest wysokość składek, które w niektórych specjalnościach są bardzo wysokie. W Niemczech dyskutuje się nad możliwościami odmiennego uregulowania zasad ubezpieczania OC lekarzy – np. poprzez utworzenie funduszu opartego na zasadzie solidarności zawodowej z równą składką dla wszystkich lekarzy. Takie rozwiązanie jest jednak mało realne.

Przedstawiając aktualną sytuację w Polsce wskazałem na nowe regulacje wynikające z ustawy o działalności leczniczej nakładającej na świadczeniodawców, w tym lekarzy wykonujących zawód w formie praktyki lekarskiej, obowiązek zawarcia umowy ubezpieczenia OC. Podałem, że ubezpieczenie OC obejmuje szkody będące następstwem udzielania albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych, które miało miejsce w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej, a minimalna suma gwarancyjna ubezpieczenia dla lekarzy prowadzących praktykę lekarską wynosi 75 000 euro w odniesieniu do jednego zdarzenia oraz 350 000 euro w odniesieniu do wszystkich zdarzeń. Dodałem, że w ostatnim okresie regulacje obowiązku ubezpieczenia OC lekarzy podlegały kilku zmianom. Wspomniałem o możliwości roszczeń zwrotnych (regresowych) podmiotu leczniczego wobec lekarza, którego działanie było przyczyną szkody, co może być

szczególnie istotne w odniesieniu do lekarzy pracujących na podstawie umów cywilnoprawnych, a to przecież staje się coraz częstsze. Podkreśliłem także, że pojawiło się w ostatnim okresie wiele tzw. kancelarii odszkodowawczych, które w aktywny, często nieetyczny sposób poszukują klientów, którym obiecują uzyskanie wysokich odszkodowań za różnego rodzaju zdarzenia, także będące następstwem procesu leczniczego.

W dalszej dyskusji podkreślano, że we wszystkich państwach regionu nasilają się roszczenia ze strony pacjentów, wzrastają też sumy odszkodowań i zadośćuczynień zasądzone przez sądy – choć nadal nie są one jednak tak wysokie, jak kwoty początkowo dochodzone w pozwach przez pacjentów. Co więcej, znaczna większość roszczeń okazuje się być nieuzasadniona, a dodatkowo media często wyolbrzymiają kwestię błędów lekarskich. Podkreślono, że jednym z istotnych aktualnie zadań samorządów lekarskich jest przeciwdziałanie tym zjawiskom.

Wskazywano, że w efekcie rośnie także liczba procedur niepotrzebnych z punktu widzenia medycznego, przeprowadzanych przez świadczeniodawców niejako „na wszelki wypadek” w celu zabezpieczenia się przed ewentualnymi roszczeniami (np. diagnostyka rtg).

Uczestnicy Sympozjum zgodni jednak byli, że właściwe uregulowanie systemu ubezpieczeń odpowiedzialności cywilnej lekarzy oraz promowanie alternatywnych, pozasądowych systemów rozpatrywania tego rodzaju spraw jest bardzo istotne. Przedstawiciele Izby Chorwackiej zaproponowali, aby wniosek ten sformułować jako konkluzję Sympozjum, co spotkało się z aprobatą.

Na koniec Sympozjum Domen Podnar, nawiązując do podjętej w ubiegłym roku w Krakowie decyzji o stworzeniu strony internetowej Sympozjum, przedstawił projekt strony opracowany przez Niemiecką Federalną Izbę Lekarską zawierającej informacje nt. samorządności zawodowej, dane kontaktowe i informacje nt. działalności poszczególnych izb lekarskich uczestniczących w Sympozjum, informacje o bieżącej oraz poprzednich edycjach Sympozjum. D. Podnar zachęcił pozostałe izby do zgłaszania uwag i propozycji oraz przygotowania i przekazywanie materiałów, które będzie można wkrótce na stronie zamieścić.

Dr R. Brettenthaler ogłosił, że w imieniu Austriackiej Izby Lekarskiej ma zaszczyt zaprosić do udziału w jubileuszowym 20. Sympozjum, które w roku 2013 odbędzie się w Austrii. Austriacka Izba Lekarska ustali wkrótce i poda dokładny termin i miejsce Sympozjum.

Po oficjalnym zakończeniu Sympozjum, ci z uczestników, którzy pozostawali jeszcze w Zagrzebiu, zostali zaproszeni przez Chorwacką Izbę Lekarską na krótkie zwiedzanie miasta.

Tegoroczne Sympozjum było niewątpliwie interesujące – sprawy poruszane w raportach krajowych wskazywały na różnorodne problemy, z którymi borykają się lekarze i samorzady lekarskie w poszczególnych państwach. Niektóre z tych problemów są wspólne dla całego lub większości regionu, a niektóre mają charakter wyłącznie krajowy. Poruszane w dalszej części Sympozjum zagadnienia dotyczące ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej lekarzy oraz mediacji i arbitrażu w sporach pomiędzy lekarzami a pacjentami są coraz bardziej istotne w odniesieniu do praktyki zawodowej lekarzy i mają rosnący wpływ na sposób jej wykonywania. Porównanie sytuacji oraz przepisów prawnych obowiązujących w tym zakresie w poszczególnych państwach jest istotne i może się przyczynić do przyjęcia nowych lub modyfikacji aktualnych uregulowań na gruncie krajowym.

Także od strony organizacyjnej Sympozjum było przygotowane przez gospodarzy bardzo dobrze.

Warto też podkreślić, że oprócz oficjalnych delegatów Chorwackiej Izby Lekarskiej przez cały okres Sympozjum obradom z zainteresowaniem przysłuchiwała się spora grupa lekarzy z Chorwacji.

Sporządził:

Marek Szewczyński.

W załączeniu:

- lista uczestników;
- porządek obrad (wersja angielska).