

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

Wiedeń, 13 – 14 września 2013 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 2001 Sympozjum odbyło się w Warszawie, a w roku 2012 w Krakowie.

Sympozjum nie ma charakteru zorganizowanej struktury, udział w poszczególnych edycjach jest dobrowolny. Zaproszenia są kierowane do przedstawicieli izb lekarskich, wyjątkowo także 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 dotychczasowych Sympozjów przedstawiciele izb lekarskich opracowali i przyjęli kilka istotnych dokumentów podkreślających znaczenie i rolę, jaką samorzady lekarskie pełnią w demokratycznym państwie.

W dniach 13 – 14 września 2013 r. w Wiedniu odbyło się jubileuszowe 20. Sympozjum Izb Lekarskich Państw Europy Środkowej i Wschodniej (potocznie zwane „ZEVA”), którego organizatorem była Austriacka Izba Lekarska.

W tegorocznym Sympozjum, tak samo jak przed rokiem w Zagrzebiu, 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, Słowacji, Słowenii i Węgier.

Liczba delegatów i reprezentowanych na Sympozjum izb lekarskich utrzymuje się w ostatnich latach na takim samym, wysokim poziomie. Potwierdza to, że samorzady lekarskie z tego regionu przywiązują dużą wagę do pogłębiania współpracy i wymiany doświadczeń. Nadal jest to szczególnie widoczne w odniesieniu do samorządów lekarskich, które powstały niedawno i nadal tworzą swe struktury oraz rozwijają działalność, głównie w państwach byłej Jugosławii.

Naczelną Izbę Lekarską reprezentowali w Wiedniu dr Grzegorz Mazur, członek Naczelnej Rady Lekarskiej, członek Zespołu ds. Współpracy Międzynarodowej NRL, oraz r. pr. Marek Szewczyński z biura NIL.

W czwartek, 12 września 2012 r., przedstawiciele izb tradycyjnie zebrali się wieczorem na krótkim spotkaniu powitalnym, które było okazją do nieformalnej rozmowy, wymiany poglądów, a także zapoznania się z uczestnikami Sympozjum.

W piątek, 13 września 2013 r., obrady odbywały się w siedzibie arcybiskupstwa wiedeńskiego. Sympozjum oficjalnie otworzył dr Reiner Brettenthaler, witając zebranych w imieniu Austriackiej Izby Lekarskiej. Uzupełnienie ustnego powitania stanowił krótki występ pianistyczny dr. Brettenthalera.

Dr Felix Wallner, dyrektor biura Austriackiej Izby Lekarskiej, szczegółowo omówił europejskiego systemu ubezpieczenia zdrowotnego w państwach zachodniej Europy:

- przedstawił na podział systemów ochrony zdrowia na oparte o system ubezpieczeń chorobowych (model Bismarcka), Model Narodowej Służby Zdrowia (system Beveridge'a) oraz systemy mieszane;
- omówił podstawowe cechy aktualnych systemów ubezpieczenia zdrowotnego w Niemczech, Holandii, Luksemburgu, Belgii, Grecji, Francji, Austrii, Włoszech, Wielkiej Brytanii, Irlandii, Hiszpanii, Portugalii oraz państw skandynawskich;
- wskazał na istniejące systemy współpłacenia;
- podał, w których państwach ubezpieczony ma prawo wyboru ubezpieczyciela (kasy chorych lub funduszu zdrowia).

Przedstawiciel Niemieckiej Izby Lekarskiej uzupełnił to wystąpienie informacją, że w Niemczech współpłacenie za świadczenia ambulatoryjne zostało zlikwidowane – koncepcja ta, której celem, było ograniczenie niepotrzebnych z punktu widzenia medycznego wizyt u lekarza, nie sprawdziła się w praktyce i okazała się jedynie dodatkowym obciążeniem administracyjnym dla lekarzy – ich zadaniem było pobieranie dopłat od pacjentów i przekazywanie ich kasie chorych.

Następnie omawiano kwestie związane z szeroko pojętą korupcją w ochronie zdrowia. Wstępem do dyskusji była prezentacja dr. Johannes Zarla z Austrii na temat sytuacji prawnej w Austrii w zakresie korupcji w sektorze ochrony zdrowia. W roku 2012 został znowelizowany austriacki kodeks karny, odpowiedzialności karnej poddane zostały zachowania korupcyjne lekarzy jako funkcjonariuszy publicznych polegające na przyjmowaniu nienależnych korzyści za wykonywane czynności medyczne. Za funkcjonariuszy publicznych uważa się w Austrii lekarzy szpitalnych, natomiast do kategorii tej nie zalicza się lekarzy praktykujących indywidualnie.

W ostatnim okresie media austriackie często podnosiły temat innego rodzaju naruszania prawa przez lekarzy, m.in. przekazywania danych pacjentów firmom farmaceutycznym.

Dr Gheorghe Borcean z Rumunii przedstawił cele organizacji o nazwie Europejska Sieć przeciwko Oszustwom i Korupcji w Ochronie Zdrowia (European Healthcare Fraud & Corruption Network). Wskazał przy tym, że jako korupcje w ochronie zdrowia można rozpatrywać wiele różnych zachowań.

Domen Podnar z Niemieckiej Izby Lekarskiej przedstawił toczącą się w Niemczech dyskusję, czy korupcyjne zachowania w ochronie zdrowia powinny być regulowane przepisami regulującymi wykonywanie zawodu lekarza oraz organizacji systemu ochrony zdrowia, czy też powinny podlegać prawu karnemu.

Ostatnim tematem pierwszego dnia Sympozjum była migracja lekarzy i sprawdzanie znajomości języka państwa, do którego lekarze się udają. Dr Ramin Parsa-Parsi z Niemiec poinformował uczestników, że w Niemczech jest obecnie ok. 28 000 lekarzy cudzoziemców (ok. 16 000 z innych państw UE, w tym 1 500 z Polski). W związku ze spodziewaną nowelizacją dyrektywy 2005/36/WE w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych, która ma m.in. upoważnić organy właściwe do sprawdzania znajomości języka przez lekarzy, w Niemczech już trwają prace nad określeniem sposobu i zakresu kontrolowania znajomości języka niemieckiego przez lekarzy z innych państw. Prawdopodobnie niemieckie urzędy przyznające uprawnienia zawodowe będą wymagać od lekarzy potwierdzenie znajomości języka niemieckiego na poziomie B2¹.

W trakcie dalszej dyskusji podkreśliłem, że oczywiście wymóg znajomości języka państwa, w którym lekarz zamierza wykonywać zawód, jest zasadny (tego rodzaju wymóg obowiązuje też w Polsce), jednakże przeprowadzając ocenę znajomości języka przez konkretnego lekarza należy pamiętać, aby rzeczywiście było to postępowanie prowadzone w niezbędnym zakresie – sprawdzanie znajomości języka nie może się bowiem przekształcić w kontrolę kwalifikacji zawodowych i stać się dodatkową barierą dla migrujących lekarzy. Dodałem, że w Polsce nie było jak dotychczas problemów wynikających z nieznaności języka polskiego przez lekarzy z innych państw unijnych, którzy na chwilą obecną nie muszą składać egzaminu językowego (choć należy pamiętać, że liczba lekarzy z innych państw UE podejmujących pracę w Polsce jest znikoma).

¹ Zgodnie opracowanym przez Radę Europy Europejskim Systemem Opisu Kształcenia Językowego biegłość językowa na poziomie B2 charakteryzowana jest następująco:

„Osoba posługująca się językiem na tym poziomie rozumie znaczenie głównych wątków przekazu zawartego w złożonych tekstach na tematy konkretne i abstrakcyjne, łącznie z rozumieniem dyskusji na tematy techniczne z zakresu jej specjalności. Potrafi porozumiewać się na tyle płynnie i spontanicznie, by prowadzić normalną rozmowę z rodzimym użytkownikiem danego języka, nie powodując przy tym napięcia u którejkolwiek ze stron. Potrafi formułować przejrzyste wypowiedzi ustne i pisemne w szerokim zakresie tematów, a także wyjaśniać swoje stanowisko w sprawach będących przedmiotem dyskusji, rozważając wady i zalety różnych rozwiązań.”

Dokumentami potwierdzającymi znajomość języka niemieckiego na poziomie B2 są np. certyfikaty Goethe-Institut: „Goethe-Zertifikat B2” oraz „Zertifikat Deutsch für den Beruf”.

Po zakończeniu pierwszego dnia obrad Austriacka Izba Lekarska zaprosiła uczestników Sympozjum na kolację w znanej restauracji Figlmüller, szczytując się tym, że była jednym z pierwszych lokali wiedeńskich serwujących klasyczny Wienerschnitzel.

W kolejnym dniu Sympozjum, w sobotę, 14 września, spotkanie odbyło się w siedzibie Austriackiej Izby Lekarskiej. Przedstawiciele poszczególnych izb przedstawiali raporty krajowe, prezentujące izby i ich działalność z ostatniego roku. Podobnie jak w latach poprzednich raporty dotyczyły różnego rodzaju spraw, niektóre skupiały się na przedstawieniu struktury i zadań izb, a inne poświęcone były najbardziej istotnym wydarzeniom w danym państwie.

Prezentacja dr. Maxa Kaplana z **Niemiec** dotyczyła finansowania ochrony zdrowia w Niemczech (m. in. bardzo wysokich nadwyżek finansowych osiągniętych przez niemieckie kasy chorych); negatywnego wpływu zasad rynkowych na ochronę zdrowia; kadry lekarskiej (pomimo rosnącej ogólnej liczby lekarzy w Niemczech – od 294 000 w 2000 r. do 349 000 w roku 2012 – nadal ich brakuje, nastąpił spadek liczby lekarzy na terytorium byłej NRD – z 9 000 w 2000 r. do 7 900 w 2010 r.).

Dr Brettenthaler stwierdził, że problemy dot. ochrony zdrowia są w Europie podobne. Obserwuje się spadek liczby młodych lekarzy, brakuje lekarzy na obszarach pozamiejskich. W **Austrii** zanotowano drastyczny spadek lekarzy odbywających kształcenie specjalizacyjne w zakresie medycyny rodzinnej. Z ogólnokrajowej ankiety wśród austriackich lekarzy wynika, że czynnościami typowo medycznym poświęcają jedynie 57% czasu pracy (pozostały czas muszą poświęcać czynnościom administracyjno-sprawozdawczym).

Podobnie jak przed rokiem, **Bośnię i Hercegowinę** reprezentowali na Sympozjum przedstawiciele dwóch izb: niedawno powstałej Federalnej Izby Lekarskiej oraz Izby Lekarskiej Republiki Serbskiej.

Dr Goran Pavic, przewodniczący Komisji ds. współpracy Międzynarodowej Izby Federalnej, omówił skomplikowaną strukturę administracyjną Bośni i Hercegowiny. Federalna Izba Lekarska zrzesza izby lekarskie funkcjonujące w Federacji BiH składającej się z 10 kantonów. Nadal budowane są struktur Izby Federalnej oraz planowane jest utworzenie ogólnokrajowej Izby Lekarskiej obejmującej cały kraj, tj. Federację BiH oraz Republikę Serbską.

Reprezentujący Izbę Lekarską Republiki Serbskiej prof. Aleksandar M. Lazarević poinformował, że Izba Republiki Serbskiej powstała w roku 2001 i zrzesza obecnie 3 470 lekarzy.

Prezes Chorwackiej Izby Lekarskiej, dr Hrvoje Minigo podał, że w **Chorwacji** wprowadzono szereg zmian legislacyjnych w związku z uzyskaniem członkostwa w UE, m. in. zniesiony został staż podyplomowy². Wprowadzono także obowiązek

² Choć warto w tym miejscu wskazać, że prawo unijne wcale nie wymaga likwidowania stażu podyplomowego lekarzy.

posiadania przez lekarzy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej, co zdaniem dr. Minigo jest sukcesem samorządu lekarskiego (sprawa ta była szczegółowo omawiana na poprzednim Sympozjum w Zagrzebiu).

Dr Zdenek Mrozek z **Czech** poinformował o nowych regulacjach dot. norm zatrudnienia w podmiotach leczniczych (umożliwiających szpitalom redukcję liczby lekarzy) oraz o powszechnie krytykowanych przepisach regulujących zasady dostępności pacjentów do opieki zdrowotnej zdrowotnych (lekarz pierwszego kontaktu powinien być dostępny w zasięgu 40 minut jazdy samochodem).

Dr Istvan Eger z **Węgier** podkreślał, że na Węgrzech nadal pogarsza się sytuacja w zakresie kadr lekarskich – lekarze migrują do innych państw, w efekcie zaczyna ich już w kraju brakować.

Prof. Kocho Chakalaroski z **Macedonii** wskazał, że Izba Lekarska powstała w Macedonii w 1992 r., zrzesza obecnie 7 775 lekarzy i sprawuje nadzór nad wykonywaniem zawodu.

W imieniu Naczelnej Izby Lekarskiej przedstawiłem raport dotyczący **Polski**, krótko przypominając organizację i zadania samorządu lekarskiego, a następnie omawiając wybrane wydarzenia z ostatniego okresu, m. in.:

- problemy w systemie ratownictwa medycznego i przeciążeniu tego systemu;
- prowadzone przez NIL badania opinii środowiska nt. warunków pracy, planów zmiany miejsca pracy, potrzeb szkoleniowych;
- projekt „Młody lekarz”;
- efekty ustawy refundacyjnej, czyli oszczędności płatnika i znaczny wzrost współpłacenia oraz nieuczestniczenie połowy lekarzy w systemie recept na leki refundowane;
- zagrożenia dla autonomii lekarzy (rynek, biurokracja, oszczędności, kontrole);
- reforma systemu specjalizacji.

Dr Gheorghe Borcean z **Rumunii** podobnie jak przed rokiem wyrażał zaniepokojenie wysokim poziomem migracji lekarzy rumuńskich (szacuje się, że ok. 12 000 rumuńskich lekarzy pracuje za granicą – obecnie w Rumunii jest ok. 15 000 mniej lekarzy niż w roku 1990).

Dr Tatjana Radosavljevic wskazała, że w **Serbii** jest duży odsetek lekarzy bezrobotnych – ok. 2 500 osób. Lekarze są źle opłacani i część z nich wyjeżdża do innych państw. Podkreśliła, że dla serbskiego samorządu lekarskiego duże znaczenie ma współpraca z organizacjami lekarskimi z innych państw.

Dr Jozef Weber ze **Słowacji** podał, że odbywa się dyskusja nt. dalszego kształtu systemu ubezpieczenia zdrowotnego, m. in. postuluje się, aby połączyć istniejące obecnie instytucje ubezpieczeniowe i utworzyć jednego ogólnokrajowego płatnika.

Na zakończenie ustalono, że Sympozjum w roku 2014 odbędzie się na Słowacji.

Po oficjalnym zakończeniu Sympozjum, ci z uczestników, którzy pozostawali jeszcze w Wiedniu, zostali zaproszeni przez organizatorów na krótkie zwiedzanie miasta.

Tegoroczne Sympozjum potwierdziło, że problemy, z którymi borykają się lekarze i samorzady lekarskie w poszczególnych państwach, są w przeważającej mierze wspólne dla całego lub większości regionu – choć oczywiście niektóre z nich mają charakter wyłącznie krajowy. Ścisła współpraca pomiędzy samorządami z tej części Europy pozwala czerpać cenne doświadczenia, które mogą mieć bezpośrednie przełożenie na sytuację krajową.



Uczestnicy Sympozjum w siedzibie Austriackiej Izby Lekarskiej.

Sporządził:

Marek Szewczyński.

W załączeniu:

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