

## **Sprawozdanie z posiedzenia**

### **Stałego Komitetu Lekarzy Europejskich**

**w dniach 10 – 11 listopada 2023 r. w Tallinie**

*Staly Komitet Lekarzy Europejskich (Standing Committee of European Doctors, CPME) został utworzony w 1959 r. przez organizacje lekarskie z 6 państw tworzących wówczas Europejską Wspólnotę Gospodarczą. Obecnie CPME reprezentuje krajowe organizacje lekarskie z 37 państw Europy. Naczelna Izba Lekarska początkowo posiadała w CPME status obserwatora, od roku 2000 była członkiem stowarzyszonym, a od 1 stycznia 2004 r. – po przystąpieniu Polski do Unii Europejskiej – posiada pełne członkostwo w CPME.*

*Zadaniem CPME jest przedstawiania instytucjom europejskim punktu widzenia lekarzy i wpływanie na kształtowanie polityki unijnej poprzez proaktywną współpracę w szerokim zakresie spraw związanych ze zdrowiem i opieką zdrowotną.*

Jesienne posiedzenie Stałego Komitetu Lekarzy Europejskich (CPME) odbyło się w dniach 10 – 11 listopada 2023 r. w Tallinie, czyli – jak podkreślali organizatorzy – w mieście, które uzyskało tytuł Zielonej Stolicy Europy w roku 2023. Zwracano na to uwagę m.in. w kontekście tego, że również CPME poświęca coraz więcej uwagi kwestiom związanym z ekologią – wiosną CPME przyjął stanowisko dotyczące zmian klimatycznych i zdrowia, zawierające kluczowe zalecenia dla polityków i organizatorów opieki zdrowotnej. W szczególności CPME opowiada się za dostosowaniem unijnych dyrektyw w sprawie jakości powietrza atmosferycznego do wytycznych Światowej Organizacji Zdrowia.

Polski samorząd lekarski reprezentowali dr Wojciech Domka, kierownik Rady Ośrodka Współpracy Zagranicznej Naczelnej Rady Lekarskiej i r. pr. Marek Szewczyński z biura Naczelnej Izby Lekarskiej.

Posiedzenie rozpoczęło się w piątek 10 listopada wystąpieniem dr Liivii Maddison z Północno-Estońskiego Centrum Medycznego nt. uekologiczniania świadczeń ochrony zdrowia (Greening Healthcare Services) na przykładzie działań podejmowanych w reprezentowanym przez nią szpitalu. Dr Maddison podkreśliła m.in., że opieka zdrowotna odpowiada za 4,7% estońskiego krajowego śladu węglowego, a prowadzenie szpitala takiego jak Północno-Estońskie Centrum Medyczne jest równoznaczne z lotem z Tallina do Sydney i z powrotem 3 140 razy w roku – dlatego wszelkie inicjatywy i działania mające na celu redukcję emisji są istotne.

Minister Zdrowia Estonii pani Riina Sikkut również odnosiła się do kwestii związanych z ekologią w ochronie zdrowia oraz z pracami legislacyjnymi dotyczącymi Europejskiej przestrzeni danych dotyczących zdrowia (European Health Data Space, EHDS). W ocenie Minister Sikkut EHDS jest dobrym rozwiązaniem, a zagrożenia wynikające z cyfryzacji danych dotyczących zdrowia i ich gromadzeniu nie są większe niż zagrożenia związane z prowadzeniem i gromadzeniem dokumentacji w tradycyjny sposób.

W części dotyczącej raportów krajowych poruszono takie kwestie, jak:

- prowadzona w Niderlandach ogólnokrajowa kampania mająca na celu uświadomienie młodzieży o zagrożeniach związanych z e-papierosami;
- problemy z brakiem lekarzy w Grecji, w dużej mierze związanymi z niskimi nakładami na ochronę zdrowia i migracją lekarzy do innych państw;
- zbiorowe akcje protestacyjne lekarzy w Wielkiej Brytanii; przyjęcie ustawy, która ma ograniczać prawo lekarzy do strajku, coraz częstsze zastępowanie lekarzy przez „asystentów lekarzy”;
- problemy z czasem pracy lekarzy w Czechach – niedawna nowelizacja przepisów prawa pracy podwyższa dotychczasowy limit dodatkowej pracy rocznie w przypadku lekarzy z 416 na 832 godziny, w tej sytuacji czescy lekarze wypowiadają umowy o dobrowolnych nadgodzinach oraz skarżą się na to, że chociaż taka umowa ma mieć charakter dobrowolny, często są do niej w różny sposób zmuszani;
- prace nad projektem ustawy dotyczącej wspomaganego samobójstwa we Francji; francuscy lekarze dostrzegają także coraz częstsze stosowanie niekonwencjonalnych metod leczenia.

Na zakończenie tej części dotyczącej raportów krajowych przedstawicielka Izraelskiego Stowarzyszenia Lekarskiego przekazała informacje nt. konfliktu zbrojnego w Izraelu i Strefie Gazy. Podkreślała, że izraelscy lekarze są gotowi udzielać pomocy medycznej każdemu, kto tego potrzebuje, bez względu na to, skąd pochodzi i jakie działania podejmował w trakcie konfliktu.

Podczas popołudniowych posiedzeń grup roboczych omawiano projekty dokumentów, które miały być poddane pod głosowanie podczas posiedzenia ogólnego CPME kolejnego dnia.

W sobotę 11 listopada odbyło się zgromadzenie ogólne CPME.

Delegaci poświęcili dużo czasu dyskusji na temat spraw finansowych CPME. Inflacja i rosnące koszty działalności (w szczególności koszty związane z wynagrodzeniami dla pracowników biura CPME w Brukseli) stanowią wyzwanie w kolejnych latach. Obecny poziom przychodów CPME (niemalże w całości pochodzących ze składek członkowskich) jest poniżej zakładanych wydatków, co powoduje zmniejszanie się rezerw CPME. Projekt budżetu na 2024 r. przewiduje drobny ogólny wzrost wpływu ze

składek członkowskich z 1,1 mln EUR na 1,15 mln EUR. Zastanawiano się, jakie rozwiązania można by w najbliższym czasie przyjąć, aby bardziej bilansować poziom przychodów i wydatków, bez konieczności znaczącego podnoszenia składek członkowskich, co stanowiłoby duży problem dla większości organizacji członkowskich. Omawiano m.in. możliwość wprowadzenia opłaty rejestracyjnej za udział w posiedzeniu CPME w wysokości 200 EUR za udział 3 i kolejnego delegata z danego kraju.

Pracownicy biura CPME przedstawili ostatnie działania związane z polityką informacyjną i komunikacyjną CPME – m.in. wydawanie nowego magazynu informacyjnego (dwa razy do roku), zmiany w biuletynie informacyjnym dla członków CPME. Biuro CPME organizuje spotkanie dla osób z działów mediów organizacji członkowskich, które ma się odbywać dwa razy do roku w celu wymiany doświadczeń i najlepszych praktyk z zakresu strategii komunikacyjnych organizacji lekarskich. Pierwsze spotkanie jest zaplanowane na 30 listopada.

Prezes CPME przedstawił główne założenia dokumentu „Health Check for Europe 2024 - 2029”. W związku z przyszłorocznymi wyborami do Parlamentu Europejskiego CPME zamierza przekazać europejskim decydom, jakie są obecnie najistotniejsze kwestie związane ze zdrowiem w kontekście europejskim. W dokumencie wskazano następujące grupy zagadnień:

#### 1. Przeciwdziałanie kryzysowi w zakresie kadr medycznych

Lekarze muszą mieć zgodne z prawem warunki pracy i ustalone, bezpieczne normy zatrudnienia w ochronie zdrowia.

Pandemia zaostrzyła istniejące problemy – wzrasta nadmierne obciążenie pracą, przemoc i obelgi słowne wobec pracowników ochrony zdrowia, medycyna traci swoją atrakcyjność jako zawód, w którym można pracować przez całe życie.

CPME podkreśla, że problemu niedoboru personelu medycznego nie można jednak rozwiązywać poprzez obniżanie wymogów w zakresie kształcenia lub rekrutowanie pracowników z innych państw w sposób niezgodny z etycznymi zasadami rekrutacji określonymi przez WHO. Aby ograniczyć rosnące deficyty poprzez uatrakcyjnienie zawodu lekarza, konieczna jest współpraca między środowiskiem naukowym, pracodawcami i władzami. Należy więcej inwestować w celu zapewnienia wystarczającej liczby pracowników ochrony zdrowia, którzy będą mogli korzystać z wysokiej jakości szkoleń i dobrych warunków pracy, aby móc zapewniać pacjentom najlepszą możliwą opiekę.

#### 2. Zapewnienie bezpiecznej cyfrowej transformacji opieki zdrowotnej

Instytucje UE oraz wszystkie zainteresowane podmioty publiczne i prywatne w całej Europie muszą przestrzegać zasad etycznych związanych z tajemnicą lekarską i zawodową w odniesieniu do danych dotyczących zdrowia. Unijne ramy wymiany danych dotyczących zdrowia, w tym infrastruktura informatyczna, muszą być godne

zaufania i solidne, w przeciwnym razie pacjenci, obawiając się, że ich dane nie pozostaną tajne, mogą niechętnie udzielać informacji lub nawet unikać konsultacji z lekarzem.

Należy zoptymalizować funkcjonalność cyfrowych narzędzi zdrowotnych, ponieważ czas lekarzy powinien być przeznaczony na opiekę nad pacjentem i nie powinien być rozpraszan przez nadmierne obciążenia administracyjne. Transformacja cyfrowego zdrowia nie będzie możliwa bez pełnego wsparcia lekarzy poprzez zapewnienie im zasobów do cyfryzacji i narzędzi zwiększających kompetencje cyfrowe.

### 3. Umożliwienie prowadzenia zdrowszego trybu życia

UE musi wdrożyć podejście „Zdrowie we wszystkich politykach” ((Health in All Policies) i lepiej wykorzystywać swe międzysektorowe narzędzia regulacyjne, aby zapobiegać chorobom oraz poprawiać zdrowie fizyczne i psychiczne oraz dobrostan ludzi.

Brak działań w odniesieniu do chorób, którym można zapobiegać, powoduje wzrost śmiertelności, zachorowalności i kosztów finansowych, których można uniknąć. Dowody wskazują, że ograniczenia marketingowe, opodatkowanie i etykietowanie wyrobów alkoholowych, tytoniowych i nikotynowych przynoszą efekty. Dotyczy to również regulacji dotyczących żywności i napojów o dużej zawartości tłuszczu, cukru i soli. UE powinna również robić więcej w zakresie tworzenia zrównoważonego systemu żywnościowego, promowania zdrowszej diety i poprawy warunków sprzyjających aktywnej mobilności. Osoby w trudnej sytuacji finansowej lub w ubóstwie są bardziej narażone na chroniczny stres, niezdrowy tryb życia lub choroby przewlekłe, takie jak cukrzyca i choroby układu krążenia.

Należy wspierać państwa członkowskie w działaniach w celu zapobiegania infekcjom, zwiększania zasięgu szczepień i zaufania do nich, poprawy wiedzy zdrowotnej i w walce z dezinformacją.

### 4. Zapewnienie dostępności i skuteczności leków

Unijne prawodawstwo farmaceutyczne musi zapewniać wszystkim pacjentom w Europie dostęp do przystępnych cenowo i bezpiecznych leków.

Pogłębiające się niedobory leków negatywnie wpływają na bezpieczeństwo pacjentów i pracę lekarzy. UE musi być wyposażona w dobrze funkcjonujące, bezpieczne łańcuchy dostaw, aby zapewnić dostępność podstawowych leków. Pracownicy ochrony zdrowia domagają się skutecznego systemu monitorowania i ostrzegania, aby móc w odpowiednim czasie reagować na niedobory.

Antybiotykooporność wymaga pilnych i zdecydowanych działań UE w celu zapewnienia potrzebującym tego pacjentom dostępu do skutecznych terapii przeciwdrobnoustrojowych, przy jednoczesnym znacznym ograniczeniu niepotrzebnego stosowania antybiotyków w opiece zdrowotnej i hodowli zwierząt.

### 5. Podjęcie działań klimatycznych na rzecz lepszego zdrowia

UE musi osiągnąć swój cel, jakim jest osiągnięcie neutralności klimatycznej do 2050 r., w tym cel pośredni na 2030 r. zakładający redukcję emisji gazów cieplarnianych netto o co najmniej 55% w porównaniu z poziomem z 1990 r.

Fale upałów, zanieczyszczenie, powodzie, susza, a także zmiany w zakresie występowania nowych chorób to główne zagrożenia dla zdrowia związane z klimatem w Europie. Krajowe i lokalne systemy opieki zdrowotnej muszą podjąć działania poprzez zmiany w edukacji i budowania potencjału, zgodnie z podejściem „Jednego zdrowia”.

Europejscy lekarze chcą pomóc w znalezieniu rozwiązań poprawiających ślad środowiskowy sektora opieki zdrowotnej, bez obniżania bezpieczeństwa pacjentów, na przykład poprzez poprawę efektywności energetycznej, ograniczenie odpadów i emisji gazów cieplarnianych, wprowadzenie bardziej zrównoważonych zamówień publicznych oraz promowanie zapobiegania chorobom, jako że najbardziej zrównoważoną opieką zdrowotną jest zmniejszanie zapotrzebowanie na nią.

W trakcie dalszych obrad przyjęto:

#### Stanowisko w sprawie szkodliwych skutków zdrowotnych konopi indyjskich

##### *(Policy on Adverse Health Effects of Cannabis)*

CPME:

- ostrzega, że konopie indyjskie są niebezpiecznym i uzależniającym narkotykiem oraz stanowią poważne zagrożenie dla zdrowia publicznego, i z tego względu odradza ich używania;
- zachęca lokalne, krajowe i europejskie agencje zdrowia publicznego do usprawnienia wysiłków w zakresie nadzoru, aby zapewnić dostępność większej ilości danych na temat krótko- i długoterminowego wpływu konopi indyjskich na zdrowie;
- opowiada się za tym, aby produkty zawierające konopie indyjskie podlegały temu samemu procesowi regulacyjnemu i licencyjnemu, co inne produkty na receptę;
- opowiada się za bardziej stanowczym przekazywaniem całej populacji informacji nt. niekorzystnych skutków zdrowotnych wdychania i spożywania konopi indyjskich i kannabinoidów, z naciskiem na ograniczenie rozpoczynania i częstotliwości używania konopi indyjskich wśród młodzieży;
- opowiada się za zapewnieniem dostępu do kompleksowego i opartego na dowodach leczenia osobom cierpiącym na zaburzenia związane z używaniem konopi indyjskich lub jakiegokolwiek inne problemy zdrowotne wywołane konopiami indyjskimi;
- stanowczo sprzeciwia się dalszej legalizacji w Europie, ponieważ obecnie dostępne dowody wskazują, że legalizacja przyczynia się do szkód zdrowotnych w całej populacji
- domaga się:
  - ustanowienia minimalnego wieku przy zakupie konopi indyjskich wynoszącego 21 lat lub więcej,
  - regulowania sprzedaży detalicznej,

- zakazania wszelkich działań marketingowych i promocyjnych mających na celu zachęcanie do korzystania z konopi indyjskich lub pozyskiwania klientów,
  - ograniczenia siły działania ekstraktów i koncentratów z konopi indyjskich;
  - wprowadzenia wymogu, aby opakowania dostępnych w sprzedaży detalicznej artykułów spożywczych były zabezpieczone przed dziećmi, zawierały informacje o zagrożeniach związanych z niezamierzonym połknięciem przez dzieci i młodzież oraz aby w żaden sposób nie kojarzyły się ze słodyczami i wyrobami cukierniczymi spożywanymi przez dzieci.
- zachęca do prowadzenia badań naukowych i do rozpowszechniania informacji na temat wpływu legalizacji i dekryminalizacji konopi indyjskich w celu promowania zdrowia i bezpieczeństwa publicznego;
  - popiera strategię oparte na zasadach zdrowia publicznego, a nie wprowadzanie kary pozbawienia wolności w przypadku osób posiadających niewielkie ilości konopi indyjskich na własny użytek.

### Stanowisko w sprawie dobrostanu lekarzy promujące równowagę między życiem zawodowym a prywatnym

*(Policy on Doctors' Well-being:*

*Promoting Work-Life Balance and Supportive Environments)*

CPME wskazuje, że lekarze, mocno zaangażowani w świadczenie opieki zdrowotnej, stoją przed poważnymi wyzwaniami związanymi z utrzymaniem własnego dobrostanu. Wymagający charakter i długie godziny pracy lekarzy oraz wiążący się z tym wysoki poziom stresu mogą odbijać się na ich własnym zdrowiu fizycznym i psychicznym. Wyzwania te dodatkowo pogłębiają niedobory kadr medycznych i dążenie do równowagi między życiem zawodowym a prywatnym, która uwzględnia życie rodzinne.

Badania wykazały, że wypalenie zawodowe wśród lekarzy jest stanem stanowiącym dokładne przeciwieństwo dobrostanu – narasta z biegiem czasu, a lekarze odczuwają mniejsze zadowolenie z równowagi między życiem zawodowym a prywatnym w porównaniu z resztą populacji. Dobrostan, zgodnie z definicją, odnosi się do osobistego poczucia satysfakcjonującego, zrównoważonego życia, które pozwala na dobre zdrowie fizyczne i psychiczne. W tym kontekście CPME podkreśla znaczenie dobrego samopoczucia lekarzy i zaleca holistyczne podejście obejmujące środki regulacyjne, zmiany kulturowe i zwiększanie odporności osobistej.

Zawód lekarza przechodzi głęboką transformację, szczególnie w porównaniu z dotychczasową praktyką. Obecnie lekarze poszukują bardziej zrównoważonej równowagi między życiem zawodowym a prywatnym, co zasługuje na pochwałę, gdyż przynosi korzyści zarówno lekarzom, jak i ich pacjentom. Lekarze zasługują na warunki pracy, które są nie tylko zgodne z prawem, ale także sprzyjają ich dobremu samopoczuciu, ponieważ znaczenie dbania o dobro lekarzy wykracza poza ich życie osobiste; ma to bezpośredni wpływ na bezpieczeństwo pacjentów i jakość opieki zdrowotnej. Badania wykazały, że wypalenie zawodowe lekarzy koreluje z obniżonym

poziomem bezpieczeństwa pacjentów, spadkiem profesjonalizmu i zmniejszonym zadowoleniem pacjentów.

Aby sprostać zmieniającym się potrzebom lekarzy, najważniejszym priorytetem jest staranne nadzorowanie przez państwa członkowskie wdrażania istniejącego prawodawstwa. Państwa członkowskie muszą rozważyć skuteczne stosowanie prawa pracy zarówno na poziomie krajowym, jak i europejskim, w tym dyrektyw takich jak dyrektywa o czasie pracy i dyrektywa o urlopie rodzicielskim. Dyrektywy te obejmują kluczowe aspekty, takie jak godziny pracy, urlop rodzicielski, praca zdalna i zapobieganie przemocy w miejscu pracy.

CPME proponuje, aby zarówno Komisja Europejska, jak i europejscy partnerzy społeczni przyjęli proaktywną postawę podczas przeglądu i aktualizacji tych dyrektyw, aby lepiej dostosować je do dobrostanu lekarzy.

CPME zaleca instytucjom opieki zdrowotnej podejmowanie działań w celu poprawy warunków pracy w szczególności poprzez wdrożenie standardów dotyczących minimalnego poziomu kadr w opiece zdrowotnej, co należy powiązać z zapewnieniem godziwego poziomu wynagrodzeń. Placówki ochrony zdrowia powinny zapewniać dostęp lekarzom do świadczeń w zakresie zdrowia psychicznego, w tym poradnictwa, terapii i linii pomocy, zachęcając jednocześnie lekarzy do szukania takiej pomocy w razie potrzeby. Należy wdrożyć środki przyjazne rodzinie, w tym elastyczną organizację pracy, odpowiedni urlop rodzicielski i dostęp do placówek opieki nad dziećmi, aby wspomóc lekarzy w pełnieniu roli rodziców i opiekunów.

W ocenie CPME organy władzy na poziomie unijnym oraz krajowym powinny zapewnić skuteczne egzekwowanie przepisów prawa unijnego, takich jak dyrektywa o czasie pracy i dyrektywa o urlopie rodzicielskim, promując rozsądne harmonogramy pracy z odpowiednimi przerwami na odpoczynek i czasem wolnym. Powinny dążyć do zapewnienia odpowiedniego finansowania sektora opieki zdrowotnej oraz ograniczać niepotrzebne wymagania dot. dokumentacji i obciążenia administracyjnego.

Podmioty prowadzące kształcenie medyczne powinny włączyć promocję dobrego samopoczucia do programów nauczania, aby wyposażyć przyszłych lekarzy w umiejętności umożliwiające im poprawę swego dobrostanu. Należy także odchodzić od podejścia, zgodnie z którym sukces w zawodzie lekarza mierzy się wyłącznie na podstawie osiągnięć akademickich, zaniedbując osobiste dobro.

### Oświadczenie CPME w sprawie prawa lekarzy do strajku i zastępowania lekarzy

*(CPME Statement on Doctors' Right to Strike and physician substitution)*

CPME wyraża zaniepokojone niedawnymi działaniami brytyjskiego rządu mającymi na celu ograniczenie prawa lekarzy do strajku – przepisy prawa, takie jak brytyjska ustawa Strikes (Minimum Service Levels) Act, naruszają prawo lekarzy do strajku.

*Strikes (Minimum Service Levels) Act to akt prawny mający na celu zmuszenie pracowników związkowych w Anglii, Szkocji i Walii, aby podczas akcji strajkowych powadzonych w określonych sektorach, w tym w ochronie*

*zdrowia, byli zobowiązani do zapewnienia, że będzie świadczona praca w minimalnym zakresie określonym przepisami wykonawczymi.*

Europejscy lekarze potwierdzają, że wszyscy lekarze zasługują na godne i zgodne z prawem warunki pracy oraz że mają prawo się tego domagać, podejmując zgodne z prawem działania, które nie zagrażają nadmiernie bezpieczeństwu pacjentów.

CPME wzywa wszystkie rządy krajowe do zapewnienia lekarzom możliwości korzystania z ich praw socjalnych, w tym prawa do strajku gwarantowanego przez prawo międzynarodowe.

CPME podziela także obawy związane z coraz częstszym korzystaniem z „asystentów lekarzy” i wyraża wsparcie dla koleżanek i kolegów z Wielkiej Brytanii w związku z ich obawami i sprzeciwem wobec coraz częstszego zastępowania lekarzy przez „asystentów lekarzy”. CPME wyraża zaniepokojenie potencjalnymi konsekwencjami, jakie mogą z tego wynikać dla bezpieczeństwa pacjentów i ich zdrowia.

Poinformowano o planowanym na dzień 13 grudnia w godz. 10.30 – 12.30 webinarze dot. jakości kształcenia lekarzy (studiów lekarskich). Inicjatywa ta wiąże się m.in. ze zgłaszanymi przez NIL zastrzeżeniami co do otwierania studiów na kierunku lekarskim w Polsce na kolejnych uczelniach, zwłaszcza niemających statusu uniwersytetu i nie mających pozytywnej opinii Polskiej Komisji Akredytacyjnej. We wstępnym programie przewidziane jest krótkie wprowadzające wystąpienie przedstawiciela NIL. Program przewiduje także wystąpienie m.in. przedstawicieli Stowarzyszenia Uczelni Medycznych w Europie (Association of the Medical Schools in Europe, AMSE), Światowej Federacji na rzecz Edukacji Medycznej (World Federation for Medical Education).

Ponadto przedstawiono opracowane przez CPME dokumenty lobbingowe dot. legislacji z zakresu farmaceutyki oraz w sprawie EHDS, zachęcając organizacje członkowskie do aktywnego z nich korzystania na poziomie krajowym.

Sporządzili:

Wojciech Domka, Marek Szewczyński.