

Sprawozdanie z Rady Światowego Stowarzyszenia Lekarzy (World Medical Association) w dniach 24 - 26 kwietnia 2025 r. w Montevideo

Posiedzenie Rady Światowego Stowarzyszenia Lekarzy (World Medical Association, WMA) odbyło się w czwartek, 24 kwietnia i w sobotę, 26 kwietnia. W czwartek, 24 kwietnia i w piątek, 26 kwietnia odbywały się także posiedzenia komisji finansowej (Finance and Planning Committee), etyki (Medical Ethics Committee) oraz do spraw społeczno-medycznych (Socio-Medical Affairs Committee).

Podczas posiedzeń zatwierdzono sprawozdania z działalności Zarządu WMA (sprawozdania Prezesa, Skarbnika, Sekretarza Generalnego) a także sprawozdania z działalności komisji stałych. Wybrano także Official Advisors na kadencję 2025-2026, do Komisji ds. społeczno-medycznych wybrany został Michał Matuszewski.

Sprawozdanie Przewodniczącego Rady WMA

Przewodniczący Rady WMA, dr Jung Yul Park, w swoim raporcie podsumował dwuletnią kadencję oraz działania prowadzone od października 2024 do marca 2025. Podkreślił globalne wyzwania, takie jak nierówności zdrowotne, dezinformacja, zmiany klimatu i napięcia geopolityczne. Zwrócił uwagę na znaczenie znowelizowanej Deklaracji Helsińskiej, przyjętej na Zgromadzeniu Ogólnym w Helsinkach, której odbiór był bardzo pozytywny, praktycznie bez głosów krytycznych. Nowym przewodniczącym Rady został dr Jack Resneck Junior ze Stanów Zjednoczonych.

Sprawozdanie Prezydenta WMA

Prezydent WMA dr Ashok Philip uczestniczył w szeregu spotkań międzynarodowych, omawiając kwestie autonomii zawodowej, uniwersalnego dostępu do opieki zdrowotnej i praw człowieka. Wskazał na krytyczne wyzwania dotyczące konfliktów zbrojnych i ich wpływu na lekarzy. Równocześnie zwrócił uwagę na potrzebę reagowania na dezinformację oraz wzmocnienia współpracy pomiędzy stowarzyszeniami członkowskimi.

Następnie uczestnicy posiedzenia zostali podzieleni na grupy dyskusyjne: dotyczące migracji lekarzy oraz warunków pracy. Polska delegacja zaprezentowała temat warunkowych praw wykonywania zawodu oraz negatywne skutki wprowadzenia tych regulacji, co spotkało się z dużym odzewem i poparciem licznych stanowisk Naczelnej Izby Lekarskiej ze strony reprezentantów innych państw.

Rozpoczęto także dyskusję nad planowanymi w przyszłości posiedzeniami hybrydowymi. Zwrócono uwagę na problemy, które mogą napotykać uczestników np. z tłumaczeniami i

różnymi strefami czasowymi. Ze strony państw afrykańskich pojawiły się argumenty związane z ograniczeniami wizowymi (np. 60 dni) przy uczestnictwie stacjonarnym. Stany Zjednoczone zaproponowały powołanie grupy roboczej ds. spotkań hybrydowych.

Następnie przedstawiono raport ustny ze współpracy z WHO. WHO planuje reorganizację – obecnie jest w kryzysie finansowym, brakuje środków nawet na wynagrodzenia dla pracowników. Podkreślono, że wpływ na to miało wycofanie się USA z organizacji.

Raporty Komisji:

Raport Komisji ds. Społeczno-Medycznych

Komisja pracowała nad nowymi stanowiskami w sprawach takich jak: zdrowie psychiczne lekarzy, migracja lekarzy, otyłość. Podjęto także dyskusję nad AI w medycynie i koniecznością opracowania nowych szkoleń. Wiele z rekomendacji przekazano do dalszych konsultacji wśród członków WMA. Przewodniczącym Komisji został ponownie wybrany prof. Zion Hagay z Izraela.

Jednym z najistotniejszych zagadnień poruszonych podczas sesji było stanowisko dotyczące większej przejrzystości w kwestii tytułów i ról pracowników ochrony zdrowia niebędących lekarzami. W odpowiedzi na obawy zgłoszone przez Brytyjskie Stowarzyszenie Medyczne dotyczące używania przez asystentów lekarzy nowych nazw (takich jak „współpracownicy lekarza” lub „współpracownicy anestezjologiczni”), w tekście stanowisko podkreśla się, że tytuły i role pracowników medycznych niebędących lekarzami muszą być jasne, aby uniknąć dezorientacji pacjentów i chronić jakość opieki zdrowotnej. Chociaż asystenci lekarzy i inni członkowie zespołów medycznych, niebędący lekarzami, odgrywają ważną rolę w opiece zdrowotnej działając pod odpowiednim nadzorem lekarzy, tytuły takie jak „współpracownik lekarza” (ang. *physician associate*) czy „współpracownik anestezjologiczny” mogą wprowadzać pacjentów w błąd. Pacjenci mają prawo do pełnej wiedzy na temat kwalifikacji i wykształcenia osób, które się nimi opiekują.

„To niezwykle ważne, by profesjonaliści ci byli określani jako asystenci, a nie współpracownicy, co lepiej odzwierciedla ich wspierającą rolę w zespołach opieki zdrowotnej i zapewnia zaufanie oraz bezpieczeństwo pacjentów.” powiedział prezydent WMA, dr Ashok Philip.

Podkreślono również, że osoby niebędące lekarzami powinny pracować w ramach jasno określonych zakresów obowiązków i pod nadzorem lekarzy. Niezwykle istotne jest również to, aby rozwój ról pracowników niebędących lekarzami nie odbywał się kosztem możliwości szkoleniowych czy zasobów przeznaczonych dla lekarzy i studentów medycyny. Inwestowanie w edukację i rozwój w pełni wykwalifikowanych lekarzy musi pozostać priorytetem, by zapewnić najwyższe standardy opieki nad pacjentem.

„Zapewnienie bezpieczeństwa pacjentów i utrzymanie zaufania społecznego wymaga przejrzystości i uczciwości w określaniu ról wszystkich pracowników ochrony zdrowia,” dodał dr Ashok Philip. „Doceniamy wkład wszystkich członków zespołu medycznego, ale kluczowe jest, aby pacjenci mieli pełną świadomość, kto faktycznie sprawuje nad nimi opiekę. Ciągłe inwestowanie w kompleksowe wykształcenie medyczne pozostaje kluczowe dla zachowania najwyższych standardów opieki zdrowotnej.”

Następnie omówiono fakty dotyczące sztucznej inteligencji w medycynie:

Obecne zastosowania AI w medycynie

- Wsparcie diagnostyczne
 - AI potrafi naśladować myślenie ekspertów (np. radiologów).
 - Narzędzia AI zatwierdzone przez FDA poprawiają dokładność diagnoz (np. w reumatologii, dermatologii, patologii).
- Analityka predykcyjna i wsparcie decyzji klinicznych
 - Modele AI przewidują wyniki kliniczne, jak np. majaczenie na OIOM czy spadek funkcji płuc.
 - LLM-y (Large language models) (np. ChatGPT) osiągają >90% skuteczności na egzaminach medycznych w USA.

Przyszłe kierunki i trendy

- Medycyna spersonalizowana
 - AI pozwala dopasować terapie do genotypu i profilu klinicznego pacjenta (np. w onkologii).
- Odkrywanie i rozwój leków
 - Narzędzia jak AlphaFold przewidują struktury białek, wspierając projektowanie leków i terapii genowych.
- Zamknięte systemy dostarczania leków
 - AI może sterować podawaniem leków (np. w znieczuleniach)
- Zaangażowanie pacjenta i monitoring zdalny
 - Asystenci AI edukują, przypominają o lekach

Aspekty prawne i regulacyjne

- Odpowiedzialność:
 - lekarzy (tradycyjnie odpowiedzialni),
 - instytucji medycznych (jeśli AI jest źle wdrożona),
 - twórców AI (wciąż niejasna sytuacja prawna).
- Regulacje:
Obejmują cały cykl życia AI:
 - badania i rozwój,
 - zatwierdzenie na rynku (różne normy: FDA, MDR, SFDA),
 - nadzór po wdrożeniu (np. WHO).
- Podejścia krajowe:
Od swobodnego rynku po silne regulacje państwowe.

Prywatność i prawa pacjenta

- Prywatność danych:
Istniejące przepisy (np. RODO) są niewystarczające;
- Bezpieczeństwo danych:
Technologia blockchain może poprawić kontrolę pacjenta nad danymi.
- Własność danych:
Pacjenci powinni mieć prawo do kontroli i ewentualnego usunięcia swoich danych z systemów AI.
- Własność intelektualna:
Ochrona algorytmów jako tajemnica handlowa ogranicza przejrzystość.

Strategie ograniczania ryzyka

- Najlepsze praktyki dla lekarzy:
Dokumentowanie decyzji wspieranych przez AI
- Nadzór człowieka:
AI nie może działać autonomicznie – musi być zrozumiała, zgodna z wytycznymi i oceniana przez komisje etyczne.

Wnioski końcowe

- AI w opiece zdrowotnej to ogromny potencjał i równie duże wyzwania.
- Brakuje globalnych, spójnych standardów.
- Lekarze powinni aktywnie uczestniczyć w kształtowaniu zasad i ram regulacyjnych.
- AI wspiera, ale nie zastępuje lekarzy
- LLM-y (jak ChatGPT) są obiecujące, ale wymagają walidacji
- Automatyzacja zmniejsza obciążenie personelu
- AI poprawia efektywność placówek medycznych
- Bezpieczeństwo danych i prywatność to priorytety

Raport Komisji Finansowej

Komitet omówił sytuację finansową WMA w 2024 r. - wykazano nadwyżkę w wysokości 52 tys. Euro. Zarekomendowano zatwierdzenie planu strategicznego WMA na lata 2026–2030 oraz udzielenie ulgi składkowej dla organizacji z Mjanmy. Nowym przewodniczącym został Philippe Cathala z Francji.

Raport Komisji Etyki

Wśród głównych punktów znalazły się: rewizja wytycznych dot. migracji pracowników ochrony zdrowia oraz neutralności medycznej w konfliktach. Zaplanowano rewizję Deklaracji z Tajpej, która dotyczy etyki badań medycznych z wykorzystaniem materiału biologicznego pochodzenia ludzkiego oraz danych zdrowotnych - stanowi ona uzupełnienie Deklaracji Helsińskiej. Rozpoczęto także prace nad rewizją wytycznych dotyczących opieki paliatywnej i eutanazji. Celem jest dostosowanie stanowisk do zmieniających się uwarunkowań społecznych, prawnych i kulturowych. Uwzględniono potrzeby pacjentów, obowiązek szacunku dla godności oraz integralność zawodową lekarzy.

Raport o Migracji Lekarzy i Niedoborze Kadry Medycznej

Raport WMA wskazuje na poważne braki w liczbie lekarzy, szczególnie w krajach rozwijających się. Przedstawiono dane krajowe nt. migracji – zarówno odpływu, jak i napływu lekarzy. WMA apeluje o poprawę warunków pracy i międzynarodowe porozumienia ws. etycznej rekrutacji, przy jednoczesnym zabezpieczeniu interesów krajów o niskim i średnim dochodzie.

Według ostatnich danych z 2022 roku w UE ukończyło studia medyczne 69 279 osób, co odpowiada 15,5 absolwentom na 100 000 mieszkańców. Najwyższe wskaźniki absolwentów odnotowano w:

- Bułgarii: 29,5 na 100 000 mieszkańców
- Malcie: 27,7
- Łotwie: 27,5

Najniższe wskaźniki odnotowano w:

- Słowenii: 11,4
- Estonii: 12,2
- Niemczech: 12,4

Według analizy Komisji Europejskiej z grudnia 2024 roku, aby sprostać rosnącemu zapotrzebowaniu na opiekę zdrowotną do 2071 roku, liczba lekarzy w UE powinna wzrosnąć o 30%. Na przykład kraje takie jak Włochy, Estonia i Luksemburg będą musiały podwoić liczbę nowo rekrutowanych lekarzy. We Włoszech najliczniejszą grupą wiekową lekarzy w 2021 roku (około 19%) byli lekarze w wieku 65–69 lat, czyli blisko wieku emerytalnego. Podobna sytuacja miała miejsce w Niemczech, choć w mniejszym stopniu – największe grupy wiekowe lekarzy to 55–60 lat (21%) oraz 60–64 lata (16%). W Szwecji występuje bardziej równomierny rozkład liczby lekarzy w poszczególnych grupach wiekowych. Odwrotnie jest w krajach takich jak Irlandia, Cypr i Finlandia, gdzie liczba młodszych lekarzy była większa. W 2021 roku najliczniejszą grupą wiekową lekarzy w Irlandii była grupa 35–39 lat. Na Cyprze dominowała grupa 40–44 lata, natomiast w Finlandii – grupa 30–39 lat.

Zdrowie Psychiczne Lekarzy

Podkreślono alarmujący wzrost wypalenia zawodowego, depresji i samobójstw wśród lekarzy. Zarekomendowano wdrażanie systemów wsparcia psychologicznego, promowanie równowagi między pracą a życiem prywatnym oraz walkę ze stygmatyzacją. WMA zachęca organizacje członkowskie do aktywnego promowania polityk chroniących dobrostan psychiczny lekarzy.

Udział WMA w rewizji WHO Code of Practice

WMA bierze udział jako doradca w procesie rewizji Kodeksu WHO dotyczącego etycznej rekrutacji pracowników ochrony zdrowia. Wskazano potrzebę jego wzmocnienia,

uszczelnienia raportowania i wspierania migracji cyrkulacyjnej. Apelowano również o konkretne narzędzia wdrożeniowe i wsparcie dla krajów o ograniczonych zasobach.

Nowy Plan Strategiczny WMA 2026–2030

Plan obejmuje pięć priorytetowych obszarów: etykę medyczną, zdrowie globalne, prawa człowieka, zmiany klimatyczne i zdrowie psychiczne. Dokument definiuje cele operacyjne i środki oceny ich realizacji. Zawarto też mechanizmy wdrażania polityk, komunikacji z członkami i budowania wizerunku WMA.

Stanowiska:

Rezolucja WMA w sprawie obrony etycznych fundamentów opieki zdrowotnej

W obliczu rosnących zagrożeń dla etycznych podstaw medycyny, takich jak naciski polityczne, ideologiczne i prawne, WMA przyjęła rezolucję podkreślającą konieczność ochrony autonomii zawodowej lekarzy oraz przestrzegania zasad etyki medycznej. Dokument wskazuje na przypadki, w których lekarze są zmuszani do działań sprzecznych z etyką zawodową, co zagraża jakości opieki i zaufaniu społecznemu do zawodu lekarza. WMA apeluje o globalne wsparcie dla niezależności zawodowej lekarzy i przestrzegania międzynarodowych standardów etycznych.

Rezolucja WMA w sprawie finansowania zdrowia publicznego na świecie

WMA wyraża głębokie zaniepokojenie cięciami w finansowaniu zdrowia publicznego, które zagrażają globalnemu bezpieczeństwu zdrowotnemu. Redukcja środków na szczepienia, leki i personel medyczny zwiększa ryzyko rozprzestrzeniania się chorób zakaźnych, takich jak HIV, gruźlica i malaria. WMA wzywa światowych liderów do wspólnego działania na rzecz przywrócenia i zwiększenia finansowania podstawowej opieki zdrowotnej, aby zapobiec potencjalnym kryzysom zdrowotnym.