

Sprawozdanie z Sympozjum Izb Europy Środkowej i Wschodniej ZEVA

32. Sympozjum Izb Europy Środkowej i Wschodniej ZEVA odbyło się w dniach 5–6 września 2025 r. w Skopje. Hasłem przewodnim spotkania była „Przyszłość Izb Lekarskich”. Wygłoszono ponad 40 prezentacji, dzieląc się szeroką wiedzą i doświadczeniami.

Główne tematy dyskusji:

1. Angażowanie młodych lekarzy w działalność izb, promocja studiów medycznych

Większość izb lekarskich zwraca uwagę na wysoki średni wiek lekarzy aktywnych w samorządzie. To podkreśla potrzebę uczynienia pracy w izbach bardziej atrakcyjną dla młodego pokolenia. Wiele izb powołało komisje ds. młodych lekarzy i oferuje dodatkowe benefity dla nowych członków. Zainteresowanie studiami medycznymi różni się w zależności od kraju. Tam, gdzie kandydatów jest mało, potrzebne są inicjatywy państwowe poprawiające wizerunek zawodu i zachęcające młodzież do wyboru medycyny. Tam natomiast, gdzie nowych lekarzy jest wielu, kluczowe staje się zatrzymywanie ich w kraju – poprzez stabilne zatrudnienie, godziwe wynagrodzenie i możliwości rozwoju zawodowego.

2. Strategiczne planowanie kadr

Zaangażowanie izb w planowanie kadr medycznych jest różne w poszczególnych krajach. Podkreślano, że krajowy plan zatrudnienia w ochronie zdrowia znacząco zwiększyłby zdolność przewidywania braków kadrowych. Decydenci powinni korzystać z wiedzy i baz danych izb lekarskich, aby planowanie było bardziej skuteczne.

3. Mobilność i uznawanie dyplomów

Przepisy dotyczące uznawania zagranicznych kwalifikacji różnią się między państwami. W UE obowiązują jednolite standardy, jednak rola izb lekarskich w tym procesie nie wszędzie jest taka sama. Ponieważ izby dysponują narzędziami do weryfikacji kwalifikacji, ich udział w procedurach nostryfikacyjnych byłby pożądanym we wszystkich krajach.

4. Sztuczna inteligencja

Izby lekarskie dostrzegają ogromne znaczenie AI w medycynie – szczególnie w diagnostyce, medycynie spersonalizowanej i administracji. Niezbędne są jednak krajowe strategie, ramy prawne i plany wdrożeniowe. Austria i Niemcy przedstawiły przykłady regulacji, które mogą być inspiracją dla innych. Część izb już korzysta z AI w praktyce – np. w szkoleniach czy obsłudze zapytań

poprzez chatboty. Prof. dr Kalina Stardelova, Prezes Izby Lekarskiej Macedonii Północnej, gospodarz spotkania, zaznaczyła:

„Wszyscy zgadzają się, że izby lekarskie powinny uczestniczyć w tworzeniu regulacji dotyczących sztucznej inteligencji. Doświadczenia Austrii i Niemiec pokazują, że możliwe jest stworzenie systemu na poziomie państwowym. Potrzebne są jasne zasady chroniące lekarzy i pacjentów przed błędami AI.”

5. Raporty krajowe

5.1. Chorwacja

Chorwacka Izba Lekarska (CMC) nie wypracowała jeszcze stanowiska w sprawie AI. Temat nie pojawia się w komunikacji z członkami, rozważane jest jedynie wdrożenie chatbota obsługującego pytania i odpowiedzi. Od 2015 r. działa w CMC stały Komitet m.in. Młodych Lekarzy. Młodzi członkowie mogą liczyć na dodatkowe świadczenia, takie jak: stypendia na szkolenia międzynarodowe, prezenty z okazji narodzin dziecka czy symboliczny stetoskop powitalny. Izba wspiera też potrzeby mieszkaniowe (m.in. kredyty na warunkach rynkowych).

Planowaniem kadr zajmują się różne instytucje: Ministerstwo Zdrowia, HZZO (regulator finansowy), HZJZ (rejestr pracowników ochrony zdrowia) oraz 20 powiatów odpowiadających za zatrudnianie w POZ i ambulatoriach. Szpitale publiczne podlegają administracji centralnej. Choć HZJZ gromadzi dane o kadrach (m.in. specjalizacje, strukturę wiekową, rozmieszczenie), potencjał analityczny bazy pozostaje niewykorzystany – brak centralnego systemu planowania. Dyplomy z UE/EOG i Szwajcarii są uznawane automatycznie zgodnie z dyrektywą 2005/36/WE. W przypadku kwalifikacji spoza UE stosuje się procedurę porównawczą; jeśli różnice przekraczają 20% programu, konieczna jest adaptacja (do 3 lat) lub test kompetencyjny.

5.2. Austria

Austriacka Izba Lekarska (ÖÄK) podkreśla konieczność aktywnego udziału lekarzy w rozwoju i regulacji AI. Prowadzi działania informacyjne (konferencje, publikacje) i przygotowuje wytyczne. W 2025 r. prawie 2/3 pracowników ÖÄK korzystało z AI, najczęściej do tłumaczeń i wyszukiwań.

W Austrii działa również AI Service Center jako centralny punkt wsparcia. Na koniec 2024 r. zarejestrowanych było 52 005 lekarzy. W 2022 r. powołano Departament ds. Młodych Lekarzy oraz Federalną Sekcję Lekarzy w Trakcie Szkolenia, która ma przedstawicieli w zarządzie ÖÄK. Choć liczba absolwentów jest wysoka, wielu nie podejmuje pracy w zawodzie, dlatego wprowadzono stypendia zachęcające do pracy w publicznej ochronie zdrowia. Planowanie kadr odbywa się na poziomie federalnym (Austriacki Plan Strukturalny Ochrony Zdrowia) i regionalnym (Regionalne Plany Strukturalne). Liczbę lekarzy kontraktowych ustala się na podstawie lokalnych potrzeb, a nabór prowadzi izby. ÖÄK prowadzi rejestr lekarzy, reguluje szkolenie podyplomowe i uczestniczy w

reformach jako reprezentant środowiska. Dyplomy z UE/EOG i Szwajcarii są uznawane automatycznie, jeśli spełniają wymogi dyrektywy. W przypadku dyplomów spoza UE decyzje o nostryfikacji podejmują uniwersytety medyczne – zwykle w ciągu 3–4 miesięcy.

5.3. Niemcy

Niemiecka Izba Lekarska (GMA) zrzesza 17 izb krajowych i reprezentuje lekarzy na szczeblu federalnym i landowym. Na 129. Zjeździe Lekarskim (2025) AI uznano za priorytet i przyjęto zasady dotyczące odpowiedzialności, bezpieczeństwa, badań, szkoleń i aspektów ekonomicznych. GMA opublikowała dokument „Medical Art with Artificial Intelligence”. Na poziomie landów realizowane są projekty AI – m.in. chatboty edukacyjne (Nadrenia Północna) i kursy online (Badenia-Wirtembergia). Członkostwo w izbie jest obowiązkowe. Na koniec 2024 r. było 437 162 praktykujących lekarzy. Średni wiek członków zarządu GMA wynosił ok. 65 lat, a delegatów – 57 lat. Prowadzone są inicjatywy mające przyciągnąć młodych lekarzy, a GMA apeluje o zwiększenie liczby miejsc na studiach o 6 000, aby zmniejszyć zależność od lekarzy z zagranicy. W Niemczech nie ma jednolitego systemu planowania kadr. Szpitale są planowane przez landy, a izby pełnią funkcję doradczą. Wpływ izb widoczny jest w szkoleniu specjalizacyjnym i doskonaleniu zawodowym. W niektórych regionach funkcjonują umowy obligujące absolwentów do pracy na terenach wiejskich.

GMA opracowała narzędzie ÄPS-BÄK do oceny potrzeb kadrowych w szpitalach, które w przyszłości może być wspierane przez AI. Za uznawanie zagranicznych dyplomów odpowiadają izby poszczególnych landów.

5.4. Węgry

Węgierska Izba Lekarska nie zajęła jeszcze stanowiska w sprawie AI. Rząd prowadzi pilotaże w radiologii, histologii i analizie danych medycznych, ale izba nie uczestniczy w tych działaniach.

Planuje się wykorzystanie AI w przyszłości, np. do wspierania decyzji klinicznych. Zarząd izby liczy 9 osób w wieku 28–68 lat. Dla zachęcenia młodych lekarzy wprowadzono m.in.: członkostwo stowarzyszone dla studentów, darmowe członkostwo przez pierwszy rok rezydentury i zniżki do czasu uzyskania specjalizacji. Co roku studia medyczne rozpoczyna ok. 1 200 osób.

Izba prowadzi kampanie promujące zawód. Na Węgrzech nie ma wiarygodnych danych dotyczących liczby lekarzy. Brak także narzędzi i instytucji, które kompleksowo koordynowałyby planowanie zasobów kadrowych. Węgierska Izba Lekarska bierze udział w tym procesie jedynie sporadycznie.

5.5. Serbia

Zastosowanie AI w serbskiej ochronie zdrowia dopiero się rozwija. Dotychczas używano jej m.in. przy logistyce szczepień i w diagnostyce raka piersi. Szersze wdrożenia planowane są na 2026 r. Serbska Izba Lekarska (SMC) koncentruje się na kwestiach etycznych, ochronie pacjentów, edukacji i odpowiedzialności

klinicznej. Udziela się także w międzynarodowych debatach nad regulacjami AI. Podkreśla, że AI ma wspierać lekarzy, a nie ich zastępować. Medycyna pozostaje jednym z najpopularniejszych kierunków studiów – co roku ponad 1 800 studentów rozpoczyna naukę na pięciu uczelniach publicznych. Średni wiek lekarzy wynosi 49,5 roku, a z 36 475 praktykujących – 10 328 to osoby poniżej 40.

W Zgromadzeniu Ogólnym SMC zasiada 138 delegatów, średnio 53-letnich (17% ma mniej niż 40 lat). SMC wspiera młodych poprzez nagrody i fundusz rozwoju zawodowego.

Za planowanie kadr odpowiada Ministerstwo Zdrowia, które przygotowuje Narodowy Plan Zatrudnienia. Instytuty zdrowia publicznego gromadzą dane, a izba prowadzi własny rejestr i współpracuje z ministerstwem. Organizuje też kształcenie ustawiczne i kongresy. Uznawaniem dyplomów zajmują się uczelnie, głównie wydziały lekarskie. Rozważane jest włączenie izby do tego procesu w roli konsultacyjnej.

5.6. Macedonia Północna

W Macedonii Północnej temat AI w medycynie pozostaje w fazie dyskusji – brak strategii i dokumentów regulacyjnych. Zagadnienie poruszane jest głównie na konferencjach i w debatach o cyfryzacji. Szczególną uwagę zwraca się na etykę, odpowiedzialność prawną i edukację lekarzy. AI mogłaby w przyszłości wspierać planowanie kadr i analizę potrzeb. Izba rozważa jej wdrożenie w procesach administracyjnych.

Struktura wiekowa władz izby: do 30 lat – 1 osoba, 31–40 – 25, 41–50 – 43, 51–60 – 39, powyżej 61 – 41 osób. Aktywnie działa komisja ds. Rezydentów i Młodych Lekarzy, która monitoruje problemy i inicjuje działania wspierające. Izba nagradza też najlepszych studentów nagrodą im. dr. Dimitar Ivanovskiego, finansując m.in. egzaminy zawodowe.

Planowaniem kadr zajmuje się głównie Ministerstwo Zdrowia, które tworzy prognozy i ustala nabór na uczelniach. Izba prowadzi szkolenia, wspiera działalność naukową i walczy o poprawę warunków pracy. Za uznawanie dyplomów odpowiada Ministerstwo Edukacji i Nauki (MES) przy wsparciu Uniwersytetu w Skopje. Po decyzji MES sprawa trafia do Izby Lekarskiej, która wymaga pełnej dokumentacji (dyplom, tłumaczenia, protokoły egzaminów, potwierdzenia notarialne).

Ponadto przyjęto Wspólną rezolucję w sprawie solidarności z Węgierską Izbą Lekarską (treść w załączniku).

Sprawozdanie sporządził uczestnik posiedzenia:

dr Michał Matuszewski – Członek Naczelnej Rady Lekarskiej i Członek Rady Ośrodka Współpracy Zagranicznej NRL

