

Sprawozdanie z posiedzenia

Stałego Komitetu Lekarzy Europejskich

w dniach 24 – 25 października 2025 r. w Atenach

Stały 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 zrzesza krajowe organizacje lekarskie z 37 państw.

Naczelna Izba Lekarska początkowo posiadała w CPME status obserwatora, od roku 2000 była członkiem stowarzyszonym, a od 2004 r., po przystąpieniu Polski do Unii Europejskiej, jest regularnym członkiem CPME.

Podstawowym celem działalności CPME jest przedstawianie 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 24 – 25 października 2025 r. w Atenach. Naczelną Izbę Lekarską reprezentował dr Wojciech Domka, kierownik Rady Ośrodka Współpracy Zagranicznej Naczelnej Rady Lekarskiej, oraz r. pr. Marek Szewczyński z biura Naczelnej Izby Lekarskiej.



W dniu 24 października regularne spotkania CPME poprzedzone były krótką konferencją nt. ochrony zdrowia w Grecji (Health policy agenda in Greece).

Witając zgromadzonych, prezes Greckiego Stowarzyszenia Lekarskiego dr Athanasios Exadactylos podkreślił, że Stowarzyszenie obchodzi w tym roku 100-lecie powstania, tym bardziej cieszy się zatem, że tegoroczne posiedzenie CPME odbywa się w Atenach (poprzednio greccy lekarze gościli CPME ok. 30 lat temu). Wskazał ponadto, że należy dbać o to, aby kwestie dot. zdrowia były traktowane jako równie istotne co sprawy związane z bezpieczeństwem.

Dr Andreas Papandroudīs, członek zarządu Greckiego Stowarzyszenia Lekarskiego i wieloletni delegat na posiedzenia CPME przedstawił najistotniejsze problemy, z jakimi mierzą się aktualnie lekarze w Grecji, wskazując przede wszystkim na niedobór lekarzy w publicznej ochronie zdrowia (w szczególności na terenach wiejskich oraz niektórych wyspach), złe warunki pracy, wypalenie zawodowe, a także migrację lekarzy do innych państw (ocenia się, że ponad 20 000 greckich lekarzy pracuje obecnie za granicą). Dr Papandroudīs wskazał także, że telemedycyna i sztuczna inteligencja nie mogą być traktowane jako rozwiązanie dla braków kadrowych w ochronie zdrowia – mają stanowić narzędzia pomocnicze, a nie zastępować wykwalifikowanych lekarzy i innych pracowników ochrony zdrowia. Podkreślił, że przemoc wobec pracowników ochrony zdrowia jest niestety rosnącym problemem także w Grecji.

W wystąpieniu nt. wpływu rozwoju technologii i sztucznej inteligencji na medycynę dr Anastasios Germanis podkreślił m.in., że technologia ma bardzo istotny wpływ na rozwój medycyny, ale jednocześnie niekontrolowany rozwój technologiczny może mieć katastrofalne skutki ("uncontrolled technological progress is catastrophic").

Sesja dot. raportów krajowych rozpoczęła się prezentacją z Bułgarii, podczas której wskazano, że od wiosny odbywają się w Bułgarii protesty młodych lekarzy dot. wynagrodzeń i warunków wykonywania zawodu. Stowarzyszenie lekarskie zaproponowało pewne rozwiązania systemowe, jednak te propozycje nie zostały dotychczas podjęte przez władze. Premoc wobec pracowników ochrony zdrowia nasila się - prowadzona jest ogólnokrajowa kampania „Pokonaj swoją złość (gniew)”. Zauważalna jest różnica w podejściu do zawodu i w oczekiwaniach pomiędzy starszym a młodszym pokoleniem lekarzy.

Kontynuacją sesji były raporty z:

- Norwegii – wspomniano o toczącej się sprawie sądowej dot. uznania kwalifikacji zawodowych uzyskanych w Danii (podyplomowej praktyki zawodowej wymaganej w Danii do podjęcia szkolenia zawodowego określanej jako kliniczna praktyka podstawowa) – w ocenie środowiska lekarskiego władze norweskie naruszają w tym zakresie przepisy unijne; Norweskie Stowarzyszenie Lekarskie sprzeciwia się projektowi zmian legislacyjnych proponowanych niedawno przez rząd odnoszących się do tajemnicy lekarskiej i dostępu do dokumentacji medycznej;

- Wlk. Brytanii – nowy 10-letni plan dla systemu opieki zdrowotnej w Anglii został opublikowany w lipcu br.; lekarze POZ są w sporze z rządem dot. zmian w kontraktowaniu świadczeń, które weszły w życie z dniem 1 października; ostatnie badania wskazują, że zawód asystenta lekarza określany jako „physician associate” jest niewłaściwie regulowany prawem i stanowi to zagrożenie dla bezpieczeństwa pacjentów;
- Francji – opracowany został raport izby lekarskiej nt. szczepień, którego celem jest poprawienie i wzmocnienie procedury szczepień; przygotowany niedawno raport nt. przemocy w ochronie zdrowia wskazuje na ponad 25% wzrost aktów przemocy (co oznacza podwojenie przypadków w okresie ostatnich 3 lat) – głównie dotyczy to wciąż lekarzy POZ, ale obecnie przedstawiciele wszystkich specjalności są narażeni na przemoc wobec nich;
- Węgier – doświadczenie węgierskie wskazuje, że organizacje reprezentujące osoby wykonujące zawody zaufania publicznego („intelektualistów”) znajdują się w ostatnich latach pod dużą presją ze strony władz, a także społeczeństwa, czego przejawem jest m.in. narastająca przemoc wobec lekarzy;
- Izraela – jak wiadomo, zawieszenie ognia weszło niedawno w życie – są powody do optymizmu co do jego trwałości, m.in. z uwagi na to, że wiele państw się zaangażowało i popiera działania pokojowe; odnosząc się do kwestii ściśle medycznych, wskazano, że w Izraelu również jest problem z funkcjonowaniem zawodu asystenta lekarza, ponieważ pacjenci często nie zdają sobie sprawy, że osoba, która się nimi zajmuje, nie jest lekarzem; ostatnio wprowadzone przepisy znacznie poszerzają uprawnienia i zadania zawodowe pielęgniarek; nadal podejmowane są próby ograniczenia niezależności organizacji lekarskiej, szczególnie w zakresie szkolenia specjalizacyjnego oraz postępowań dyscyplinarnych.

Podczas sesji tematycznej dot. praktyki zawodowej i praw pacjenta omawiano projekt stanowiska CPME w sprawie optymalizacji udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w celu ustalenia ostatecznej wersji i poddania projektu pod głosowanie podczas posiedzenia ogólnego CPME kolejnego dnia. W trakcie dyskusji zastanawiano się m.in. nad znaczeniem i adekwatnością pojęcia opieki o niskiej wartości „low value care” (pojęcie, które znalazło się w raporcie grupy ekspertów Komisji Europejskiej ds. oceny efektywności systemów opieki zdrowotnej [HSPA] z 2025 roku: Identyfikowanie, mierzenie i ograniczanie opieki o niskiej wartości w kontekście oceny efektywności systemów opieki zdrowotnej).

Ponadto w trakcie tej sesji przekazano informacje nt. prac nad raportem Parlamentu Europejskiego dot. kadr w ochronie zdrowie, który ma być gotowy w 2026 r. W związku z tymi pracami CPME przekazał Parlamentowi swoje stanowisko w tej sprawie.

Przekazano informacje o spotkaniu przedstawicieli biura CPME z przedstawicielami Komisji Europejskiej dot. dyrektywy w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych, które odbyło się w dniu 3 lipca br. Podczas spotkania przedstawiciele KE

poinformowali, że sprawami związanymi z tą dyrektywą zajmuje się obecnie Dyrekcja Generalna ds. Zatrudnienia, Spraw Społecznych i Włączenia Społecznego (DG EMPL). Wskazano, że w ramach tzw. Unii umiejętności przewidziane są działania w zakresie: (1) modernizacji systemu dostępu do zawodów regulowanych, (2) reformy dyrektywy w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych, np. poprzez rozszerzenie systemu automatycznego uznawania kwalifikacji na inne zawody, (3) ułatwienia uznawania kwalifikacji dla obywateli państw trzecich. Konsultacje dotyczące spraw nr 1 i 3 planowane są na III kwartał 2026 r., natomiast nie przewiduje się konsultacji w sprawie nr 2.

W odniesieniu do reformy dyrektywy, poinformowano, że przyszłe działania polityczne będą miały na celu usprawnienie procesu składania wniosków zarówno dla wnioskodawcy, jak i dla właściwych organów. W szczególności podkreślono korzystanie z technologii cyfrowych i sztucznej inteligencji jako sposób na skrócenie procedur składania wniosków, a także zwrócono uwagę na potencjał certyfikatów cyfrowych w zakresie redukcji zbędnych obciążeń administracyjnych, co ma na celu ograniczenie konieczności składania wniosków między właściwymi organami. Nie będą prowadzone dalsze konsultacje publiczne w tej sprawie, ale uwagi zainteresowanych podmiotów są mile widziane.

Odnosząc się do rozszerzenia dostępu do automatycznego uznawania kwalifikacji, DG EMPL przygotowuje się już do wdrożenia wspólnych ram kształcenia dla fizjoterapeutów. Dodano, że inne brane w tym kontekście pod uwagę zawody medyczne to asystenci medyczni, asystenci pielęgniarzy, psychologowie i pracownicy opieki długoterminowej. Zawody są analizowane pod kątem poziomu ich jednorodności i skali mobilności transgranicznej. CPME zgłosił swe obawy dotyczące zawodów paramedycznych, takich jak asystentów lekarzy, oraz zagrożenia dla bezpieczeństwa pacjentów wynikające z braku odpowiednich regulacji tych zagadnień w niektórych państwach.

Odnosząc się do zharmonizowanych przepisów dotyczących obywateli państw trzecich, przedstawiciele KE wskazali, że jest to obszar o znacznym potencjale, biorąc pod uwagę zróżnicowaną atrakcyjność UE dla tych osób. Jest za wcześnie, aby określić konkretne działania, ponieważ KE jest aktualnie zobowiązana jedynie do oceny, czy w ogóle zaproponować jakieś nowe przepisy dotyczące obywateli państw trzecich. Możliwe opcje na przyszłość obejmują opracowanie systemu zapewniania jakości dla automatycznego uznawania kwalifikacji, umożliwiającego akredytowanym instytucjom w państwach trzecich jednolite uznawanie kwalifikacji przez właściwe organy UE. Wszelkie przyszłe działania dotyczące uznawania obywateli państw trzecich będą opierać się na innej podstawie prawnej, art. 79 Traktatu o funkcjonowaniu UE, który ma inne implikacje niż podstawa prawna zastosowana w dyrektywie w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych.

W trakcie sesji dot. zdrowia publicznego i prewencji omawiano projekt stanowiska CPME odnośnie zgłoszonego przez Komisję Europejską projektu dyrektywy w sprawie struktury i stawek akcyzy stosowanych do tytoniu i wyrobów tytoniowych (dyrektywa UE w sprawie opodatkowania wyrobów tytoniowych).

Ponadto wstępnie omawiano projekt stanowiska CPME w sprawie hazardu i gier komputerowych, które ma podkreślić, że hazard jest istotnym problemem zdrowia publicznego w Europie, powodującym uzależnienia i wywołującym bardzo negatywne skutki dla niektórych osób i ich rodzin, jest legalny w wielu państwach europejskich, choć jego status prawny różni się w zależności od kraju, a branża hazardowa rozwija się dzięki rosnącej popularności hazardu online. Z tego względu różnego rodzaju działania obejmujące całą populację i na poziomie ustawodawstwa unijnego mogą pomóc w zapobieganiu i ograniczaniu wynikających z tego szkód.

Stanowisko to ma także odnosić się do gier komputerowych, ponieważ mogą one mieć podobnie negatywny wpływ na zdrowie jak hazard. Projekt ten ma być przedmiotem dalszych prac w grupie roboczej – planuje się przygotowanie ostatecznej wersji i głosowanie nad jego przyjęciem podczas wiosennego posiedzenia CPME w 2026 r.

Brytyjskie Stowarzyszenie Lekarskie poinformowało, że przygotowało niedawno raport nt. ochrony zdrowia w obliczu konfliktów zbrojnych. W raporcie podkreślono, że ataki na placówki ochrony zdrowia w strefach konfliktów nasilają się, pomimo ochrony zapewnianej opiece zdrowotnej na mocy międzynarodowego prawa humanitarnego. Pracownicy i placówki ochrony zdrowia oraz pacjenci padają ofiarą ataków w konfliktach na całym świecie, a sprawcy zachowują się bezkarnie. Raport analizuje wpływ tego zjawiska na zdolność pracowników ochrony zdrowia do opieki nad pacjentami i na zdrowie populacji, a także analizuje ewolucję działań wojennych i ich wpływ na opiekę zdrowotną w strefach konfliktów.

Poinformowano uczestników sesji, że CPME analizuje obecnie temat dezinformacji w ochronie zdrowia i chciałby poznać opinię organizacji członkowskich nt. wpływu misinformacji i dezinformacji w poszczególnych państwach oraz jakie działania są w tym zakresie podejmowane przez krajowe organizacje lekarskie. CPME nie przyjęło dotychczas stanowisko dot. tego problemu. Natomiast „Deklaracja WMA w sprawie pseudonauki i pseudoterapii w ochronie zdrowia” zawiera rekomendację, aby lekarze byli szkoleni w zakresie rozpoznawania pseudonauki / pseudoterapii, błędów logicznych i błędów poznawczych oraz udzielania pacjentom odpowiedniego poradnictwa.

Podczas sesji dot. zdrowia cyfrowego przedstawicielka Agencji Unii Europejskiej ds. Cyberbezpieczeństwa (ENISA) przedstawiła aktualne działania ENISA w zakresie cyberbezpieczeństwa w ochronie zdrowia oraz planowane prace w ramach Europejskiego planu działania w sprawie cyberbezpieczeństwa szpitali i świadczeniodawców. ENISA to agencja unijna utworzona w 2004 r. z siedzibą w Atenach, która uczestniczy w realizacji unijnej polityki w dziedzinie

cyberbezpieczeństwa, mając za zadanie osiągnięcie wysokiego, wspólnego poziomu cyberbezpieczeństwa w Europie (www.enisa.europa.eu).

Podczas sesji dot. produktów farmaceutycznych i wyrobów medycznych omawiano m.in. projekt odpowiedzi CPME w ramach konsultacji publicznych Komisji Europejskiej dotyczących tzw. Biotech Act (nieformalne określenie przyszłego europejskiego aktu prawnego o biotechnologii, którego celem ma być przyspieszenie rozwoju sektora biotechnologicznego w UE – poprzez ułatwienia w zakresie przenoszenia produktów biotechnologicznych z laboratorium do fabryki, a następnie na rynek, przy jednoczesnym zachowaniu najwyższych standardów bezpieczeństwa w celu ochrony ludności i środowiska).

W sobotę 25 października odbyło się zgromadzenie ogólne CPME.



W raporcie z działalności biura sekretarz generalna CPME Sarada Das wskazała m.in., że:

- CPME przygotował latem artykuł nt. swojej aktualnej działalności, który ukazał się niedawno Polsce w Gazecie Lekarskiej;
- letni magazyn CPME koncentruje się na kwestiach dot. kadr w ochronie zdrowia;
- CPME skupia się obecnie na tym, aby zdrowie pozostało jednym z istotnych zagadnień w programach prac instytucji unijnych, co staje się coraz trudniejsze w obliczu rosnącego znaczenia kwestii związanych z bezpieczeństwem.

Przedstawiono projekt budżetu CPME na rok 2026, który przewiduje nieznaczny wzrost przychodów (łącznie o ok. 25 000 EUR), jednakże z uwagi na niedawną rezygnację z członkostwa w CPME Belgijskiego Stowarzyszenia Związków Zawodowych Lekarzy ABSyM/BVAS składki dla poszczególnych organizacji członkowskich wzrosną odpowiednio więcej (przewidywana składka NIL za 2026 r. wzrośnie o ok. 4 000 EUR). Budżet przyjęto jednogłośnie.

Zarząd CPME zaproponował wprowadzenie kilku zmian do Regulaminu CPME, odnoszących się do działań CPME w sytuacjach kryzysów humanitarnych, udziału gości w zgromadzeniu ogólnym CPME, konfliktu interesów podczas posiedzeń zarządu CPME. Po dyskusji zarząd wycofał część z proponowanych zmian, pozostałe przyjęto jednogłośnie.

W trakcie obrad przyjęto:

Stanowisko CPME w sprawie optymalizacji udzielania świadczeń opieki zdrowotnej

(Policy on optimisation of healthcare service delivery)

Stanowisko zwięźle analizuje kilka kwestii, takich jak:

- adekwatność pojęcia produktywności w kontekście ochrony zdrowia (CPME przestrzega przed stosowaniem wąskich, przemysłowych koncepcji produktywności w opiece zdrowotnej; produktywność nie uwzględnia indywidualnych potrzeb, preferencji pacjentów i uwarunkowań społecznych, koncentrując się na bardzo wąskim zestawie nakładów i efektów);
- pojęcie opieki o niskiej wartości / rozsądnej opieki zdrowotnej (w dostępnych publikacjach sugeruje się, że wydatki na opiekę zdrowotną świadczoną przez wysoko wykwalifikowanych specjalistów są marnotrawstwem, jeżeli opiekę tę mogłyby również świadczyć osoby o niższych kwalifikacjach, z tego powodu świadczenia opieki zdrowotnej uznawane za nieopłacalne określono mianem „opieki o niskiej wartości” – CPME ostrzega przed stosowaniem tego pojęcia, ponieważ jest ono mylące i może prowadzić do nadużyć w celu uzasadniania niebezpiecznego zastępowania wiedzy medycznej; zamiast tego CPME zaleca stosowanie określenia „rozsądna opieka zdrowotna” – prudent healthcare);
- pojęcie przenoszenia zadań (pojęcie to (task shifting) jest zwykle stosowane w ochronie zdrowia do opisanie sytuacji, w której zadanie zwykle wykonywane przez lekarza jest przekazywane do wykonania pracownikowi o innym lub niższym poziomie wykształcenia i przeszkolenia lub osobie specjalnie przeszkolonej do wykonywania jedynie ograniczonego zadania, nieposiadającej formalnego wykształcenia medycznego);
- nowe zawody pojawiające się w ochronie zdrowia,
- technologie cyfrowe i sztuczna inteligencja.

W oparciu o analizę powyższych zagadnień CPME przedstawia następujące rekomendacje:

- optymalizacja opieki zdrowotnej nie może być napędzana ograniczaniem kosztów, lecz poprawą jakości opieki i wyników leczenia pacjentów oraz efektywną alokacją zasobów;
- przenoszenie zadań nie powinno zastępować długoterminowych inwestycji w bezpieczne zatrudnienie, szkolenia i warunki pracy;
- władze krajowe muszą współpracować z przedstawicielami pracowników ochrony zdrowia i ich organizacjami przy określaniu zakresu i granic przenoszenia oraz delegowania zadań zawodowych w celu ochrony standardów wykonywania zawodów medycznych;
- zasady etyczne i kryteria bezpieczeństwa są niezbędne do określenia dobrych praktyk we wdrażaniu przenoszenia zadań;
- CPME sprzeciwia się zastępowaniu lekarzy niewystarczająco przeszkolonymi pracownikami, ponieważ zagraża to jakości i ciągłości opieki oraz bezpieczeństwu pacjenta;
- CPME opowiada się za przejrzystymi, inkluzywnymi procesami decyzyjnymi, w których uczestniczyć powinni lekarze;
- CPME podkreśla ryzyko związane z wykorzystaniem narzędzi cyfrowych i sztucznej inteligencji w celu rozwiązania problemu niedoborów kadrowych i podkreśla, że odpowiednio sprawdzone narzędzia mogą jedynie wspierać, a nie zastępować wiedzę kliniczną.

Stanowisko CPME odnośnie projektu Komisji Europejskiej w sprawie struktury i stawek akcyzy stosowanych do tytoniu i wyrobów tytoniowych

(Feedback to the EC proposal for a Council Directive on the structure and rates of excise duty applied to tobacco and tobacco related products)

CPME zdecydowanie popiera propozycję KE dotyczącą aktualizacji dyrektywy UE w sprawie opodatkowania wyrobów tytoniowych, ponieważ ostatnia aktualizacja dyrektywy pochodzi z 2010 r., a dynamika rynku od tego czasu znacząco się zmieniła.

CPME proponuje wzmocnienie projektu Komisji poprzez dodatkowe regulacje, mające na celu:

- zapewnienie niezależności osób podejmujących decyzje dotyczące polityki tytoniowej,
- podniesienie podatku od tytoniu do samodzielnego skręcania do minimum 287 EUR/kg, aby zniwelować różnicę w stosunku do papierosów produkowanych fabrycznie,
- dostosowanie opodatkowania podgrzewanych wyrobów tytoniowych tak, aby odzwierciedlało rzeczywistą wagę (0,3 g), i ustalenie minimalnej stawki podatku w wysokości 360 EUR/kg,
- opodatkowanie podgrzewanych wyrobów tytoniowych i produktów nikotynowych taką samą stawką jak papierosy, aby zapobiec wprowadzającym w błąd przekonaniom o ich „mniej szkodliwym” charakterze i aby zniechęcać do ich używania,

- zharmonizowanie i znaczne zwiększenie minimalnej podstawy opodatkowania dla wszystkich wyrobów tytoniowych i nikotynowych, stosując średnią ważoną cenę detaliczną, aby zapewnić sprawiedliwość i ograniczyć uchylanie się od płacenia podatków,
- stosowanie jednej stawki akcyzy na litr dla wszystkich płynów do e-papierosów, niezależnie od zawartości nikotyny w celu uproszczenia egzekwowania prawa,
- dostosowywanie podatków w oparciu o ich udowodnioną skuteczność w kontekście ograniczania konsumpcji tytoniu,
- skrócenie okresów przejściowych dla cygar, wyrobów podgrzewanych, e-papierosów i innych produktów.

Odpowiedź CPME w ramach konsultacji publicznych Komisji Europejskiej
dotyczących aktu prawnego o biotechnologii

(Response to European Commission questionnaire on the Biotech Act)

W odpowiedzi podkreślono m.in., że w projektowanym akcie należy podkreślić znaczenie kwestii etycznych, które należy brać pod uwagę we wczesnej fazie rozwoju oraz w badaniach przedkomercyjnych lub klinicznych. Rozumiejąc delikatność tej kwestii i wolę państw członkowskich do zachowania swoich prerogatyw w kwestiach etycznych, CPME uważa, że projektowany akt prawny powinien spełniać wysokie standardy określone w rozporządzeniu w sprawie badań klinicznych. W tym kontekście należy również uwzględnić Deklarację z Tajpej, dotyczącą nieograniczonego wykorzystywania danych pacjentów i materiałów biologicznych. Zdaniem CPME priorytetem powinno być zawsze bezpieczeństwo, prawa i dobro jednostki. Priorytet ten powinien mieć pierwszeństwo przed wszystkimi innymi interesami.

Ponadto podczas posiedzenia przedstawiono informacje nt. rezultatów badania dot. stanu zdrowia psychicznego i samopoczucia lekarzy i pielęgniarek w UE, Islandii i Norwegii, prowadzonego wspólnie przez WHO i Komisję Europejską.

Raport z tego badania jest dostępny publicznie na stronie www WHO: <https://www.who.int/europe/publications/i/item/WHO-EURO-2025-12709-52483-81031>.

Badanie było prowadzone od października 2024 r. do kwietnia 2025 r. w 29 krajach. Uzyskano ponad 120 000 odpowiedzi, z czego ponad 90 000 poddano analizie, z której wynika, że problemy ze zdrowiem psychicznym wśród lekarzy i pielęgniarek są częste (częstsze niż wśród reszty społeczeństwa) i występują we wszystkich państwach. Raport rekomenduje siedem działań politycznych, które mają pomóc państwom członkowskim przeciwdziałać tej tendencji.

Sporządzili:

Wojciech Domka i Marek Szewczyński.